

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА
ПРИНЦИПИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ
ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗОНИ
ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ
(методичні рекомендації)

Київ – 2018

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Український центр наукової медичної інформації

та патентно-ліцензійної роботи

«УЗГОДЖЕНО»

Начальник лікувально-

організаційного

Управління НАМН України

д-р мед. наук, професор

_____ І.Д. Шкробанець

_____ 2018 р.

**ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО
ВІКУ ІЗ ЗОНИ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ**

(методичні рекомендації)

Київ – 2018

Установа-розробник: Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Укладачі:

д-р мед. наук, професор

канд. мед. наук

канд. мед. наук

канд. мед. наук

д-р психол. наук

наук. співроб.

канд. мед. наук

д-р мед. наук

канд. біол. наук

д-р мед. наук, професор

Лебець І.С. (0572) 62-80-03

Толмачова С.Р.

Ніконова В.В.

Матковська Т.М.

Кукуруза Г.В.

Циліорик С.М.

Костенко Т.П.

Диннік В.О.

Кашкалда Д.А.

Майоров О.Ю.

Рецензент:

професор кафедри підліткової медицини

Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

д-р мед. наук, професор Л.А. Страшок

Рішення Експертної проблемної комісії НАМН і МОЗ України «Педіатрія»

Протокол № 2 від 28.06.2018 р.

Голова ЕПК

академік НАМН України, д-р мед. наук, професор Антипкін Ю.Г.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	5
Вступ.....	6
Основна частина	9
1 Характеристика психосоматичних та психологічних змін, притаманних школярам із зони збройного конфлікту	9
1.1 Стан емоційної напруги та показників стрес-регулюючих систем у дітей шкільного віку із зони збройного конфлікту	10
1.2 Особливості психосоматичної патології в дітей шкільного віку із зони збройного конфлікту	11
1.3 Основні тенденції змін щодо психологічної картини особистості зазначеного контингенту	14
2 Принципи медико-психологічного супроводу школярів із зони збройного конфлікту.....	15
2.1 Реабілітаційні заходи, спрямовані на корекцію психологічних відхилень...	16
2.2 Принципи профілактики розвитку та прогресування психосоматичної патології в дітей із зони збройного конфлікту	18
Висновки	22
Перелік рекомендованої літератури.....	25

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АОС – антиоксидантна система

ВКЗ – внутрішня картина здоров'я

ГПО – глутатіонпероксидаза

МОДТ – багатомірна оцінка дитячої тривожності

ПМПК – психолого-медико-психологічна консультація

ПОЛ – перекисне окислення ліпідів

ПТСР – посттравматичні стресові розлади

СОД – супероксиддисмутаза

ВСТУП

Життя в сучасному суспільстві, зокрема українському, вже декілька років переповнено непередбачуваними соціально-економічними подіями. Разом з тим, можливості пристосування (психологічні, фізіологічні, соціальні) за таких умов рано чи пізно у певної частини населення вичерпуються, що сприяє зростанню чисельності стресових розладів, які відіграють важливу роль у виникненні порушень здоров'я. Переживання людиною життєвонебезпечних подій неминуче призводить до різноманітних медико-психологічних та соціально-психологічних наслідків. Зазначені зміни можуть торкатися серцево-судинної, ендокринної систем, психічної сфери ін. Є дані щодо розладів функції щитовидної залози, більш частого виникнення діабету, порушень менструальної та фертильної функцій, розвитку первинної або вторинної аменореї.

Відомо, що провідним фактором розвитку емоційного стресу є негативні емоції. Основними біологічними маркерами психотравматичних стресових розладів є кортизол, катехоламіни і серотонін. Одним із центральних неспецифічних механізмів стресового пошкодження різних чинників навколишнього середовища є стимуляція вільнорадикального (перекисного) окислення ліпідів (ПОЛ). До не менш важливих регуляторних периферичних стрес-лімітуючих систем, які, виступаючи в ролі модуляторів, можуть обмежувати надмірні ефекти катехоламінів і попереджають тим самим стресові пошкодження, відноситься антиоксидантна система (АОС). Порушення співвідношення процесів ПОЛ і АОС складає загальний механізм прояву як адаптивно-компенсаторних реакцій, так і розвитку патологічного процесу.

Найбільший психотравмуючий вплив на стан здоров'я людини, якість життя та психологічне благополуччя здійснюють не тільки бойові дії, терористичні акти, насилля проти особистості, а й міграція. Сьогодні поняття «вимушені мігранти» синонімічно терміну «біженці». За даними Управління Верховного Комісара в справах біженців у світі серед біженців налічується

більше половини дітей. На сьогоднішній день проблема дітей, що пережили той чи інший травматичний досвід, стає однією з центральних в дитячій психіатрії. У дитини може зафіксуватися в пам'яті картина події. Вона буде знову й знову представляти найстрашніші моменти того, що сталося. Дитина може втратити віру в те, що дорослі, в тому числі й батьки, можуть впоратися з ситуацією. У неї зникають почуття впевненості в собі і в близьких людях. Дитина, що пережила військові та пов'язані з ними негативні події, відчуває такі ж сильні почуття, що і дорослі – страх повторення подій, руйнування ілюзії справедливості світу, безпорадність, не бачить життєвої перспективи.

Ступінь дезадаптації особистості внаслідок стресорного впливу залежить від системи психологічного захисту. Аналіз психологічних проблем постраждалих від стресу показує, що вони носять комплексний характер, який включає основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційно-потребову, комунікативну і в цілому це може призвести до глобальних змін особистості. Досить сильно впливає на психологічний розвиток дитини соціальна ситуація вимушеної міграції. У певної частини дітей присутнє відчуття «втрати», «нешчасності», конфлікт цінностей. Нерідко вони «педагогічно запусчені», що приводить до серйозного відставання в пізнавальному та емоційно-вольовому розвитку, психологічного інфантилізму. Відомо, що реакції на травматичні події залежать від віку, стадії розвитку дітей, а також від уміння цих дітей застосовувати різні засоби для свого порятунку. Наприклад, діти до 3-х років проявляють страх, плутанину відчуттів, порушення сну, втрату апетиту, страх перед чужими людьми. Діти дошкільного віку часто демонструють регресивну реакцію. Значно змінюються після стресів діти молодшого шкільного віку. Вони стають дратівливими, грубими, в них з'являються скарги на погане самопочуття без функціональних і органічних порушень. Особливі труднощі переживають діти підліткового віку, який є важливим етапом у формуванні й розвитку ідентичності.

Всесвітня організація охорони здоров'я прогнозує, що після закінчення війни на Донбасі 15–20% мирного населення (більшою мірою діти) потребуватимуть серйозної психологічної допомоги.

Представлені методичні рекомендації були підготовлені за результатами науково-дослідної роботи «Дослідити стан здоров'я дітей шкільного віку із зони антитерористичної операції (АТО) та розробити систему медико-психологічного супроводу» (№ держреєстрації 0116U003034; 2016–2018 роки).

Новизна даних методичних рекомендацій полягає в тому, що в них на підставі результатів проведеного дослідження вперше представлені дані, які підтверджують наявність в дітей шкільного віку із зони збройного конфлікту емоційної напруги та різний ступінь її вираженості; окреслені основні тенденції стосовно змін у стані здоров'я, психологічних особливостей зазначеного контингенту, принципи їх медико-психологічного супроводу.

Дані рекомендації видаються вперше. Вони сприятимуть зменшенню числа дітей із психосоматичними розладами, психологічними відхиленнями в умовах дії посттравматичного стресу різного рівня.

Методичні рекомендації призначені для використання в практичній роботі в умовах поліклінік і стаціонарів лікарів: педіатрів, підліткових терапевтів, психоневрологів, ендокринологів, гінекологів, психологів, лікарів загальної практики/сімейної медицини.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

1 ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІН, ПРИТАМАННИХ ШКОЛЯРАМ ІЗ ЗОНИ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Представлені методичні рекомендації базуються на даних обстеження 286 дітей шкільного віку, які мешкають на території Донецької та Луганської областей, а також їх однолітків, які вимушені були покинути зазначену місцевість через військові дії й проживають в інших регіонах України, тобто практично були біженцями. На час дослідження вони знаходилися на стаціонарному лікуванні в ДУ «ІОЗДП НАМН України». Для кількісного визначення рівня стресу використовували кардіоінтервалографію з наступним аналізом варіабельності серцевого ритму. Для встановлення психологічних особливостей використовувалась психологічна методика багатовимірної оцінки дитячої тривожності (МОДТ). Особливості уявлень про власне здоров'я вивчали за допомогою методики визначення внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ), для виявлення емоційних особливостей особистості використовували тест вибору кольору М. Люшера. Інтенсивність стрес-реалізуючих систем оцінювалась із урахуванням показників: кортизолу, адреналіну, норадреналіну, продуктів ПОЛ. Для визначення стану стрес-лімітуючих систем вивчали: серотонін, мелатонін, відновлений глутатіон, активність глутатіонпероксидази і супероксиддисмутази. У всіх хворих ретельно аналізувалося соматичне та психічне здоров'я – скарги, клінічні прояви, додаткові параклінічні дослідження. Проведене висококваліфіковане дослідження в умовах багатопрофільної лікувальної й наукової установи дозволило детально оцінити стан здоров'я зазначеного контингенту та визначити головні напрями щодо його медико-психологічного спостереження й оздоровлення як на стаціонарному так і поліклінічному етапах.

1.1 Стан емоційної напруги та показників стрес-регулюючих систем у дітей шкільного віку із зони збройного конфлікту

За даними кардіоінтервалографії, у більшості дітей із зони збройного конфлікту були визначені ознаки перенесеного стресу різного рівня вираженості. Загалом середній та високий ступінь стресу встановлено в 33% осіб. Разом з тим, зниження індексів, які віддзеркалюють емоційну напругу в період ментального навантаження («зворотна лічба в голові») можна розглядати як прояви адаптації. Дані психологічних методик (тест Люшера) підтверджували вищезазначене. При цьому не було виявлено відмінностей за частотою наявності чи різного рівня стресу між постійними мешканцями із зони збройного конфлікту та переселенцями.

Аналіз біохімічних показників свідчив про те, що у дітей із зони збройного конфлікту перенесений стрес провокує активацію стрес-регулюючих систем, вираженість якої залежить від інтенсивності стресу. Особлива роль у цих процесах відводиться кортизолу, дієвовим кон'югатам, ТБК-активним продуктам, відновленому глутатіону, мелатоніну. Вплив інтенсивності перенесеного стресу на активацію стрес-регулюючих систем мав статеві особливості. У хлопців зі збільшенням інтенсивності стресу зростали порушення адаптаційних механізмів, що може сприяти формуванню розладів у психосоматичній сфері. У дітей-переселенців реєструвався більш високий рівень окремих показників стрес-реалізуючої системи (адреналін) порівняно зі школярами із зони бойових дій, що свідчило про вплив на організм дитини зміни місця мешкання як додаткового фактора стресу. Встановлено, що найбільш часто стрес високої сили у дівчаток виявляється при неправильному старті пубертатну, асоційованому з посиленням роботи кори надниркових залоз. Стреси середньої й низької сили при фізіологічному пубертаті, випереджені та ретардації статевого розвитку можуть свідчити про напругу в системі адаптації.

Отримані дані не викликають сумніву щодо розвитку стресових подій в організмі дітей шкільного віку різної статі як постійних мешканців зони

військового конфлікту, так і переселенців, які залишили цю місцевість та переїхали в інші регіони України. Слід зазначити, що інтенсивність стресу більшою мірою впливає на відхилення вивчених показників у хлопців, зачіпаючи не тільки компоненти АОС і ПОЛ, але й і зміни стрес-реалізуючих гормонів, що може сприяти прогресуванню клініко-психологічних проявів стресу. Слід відмітити, що в жіночому організмі еволюційно запрограмований високий антирадикальний захист, який забезпечується значною активністю антиоксидантних ферментів, зокрема СОД, і жіночими статевими гормонами.

1.2 Особливості психосоматичної патології в дітей шкільного віку із зони збройного конфлікту

Дані наших спостережень свідчили про те, що практично у всіх пацієнтів реєструються соматичні скарги (97,6%). При цьому в 24,4% вони були декілька надмірними. Більше половини пацієнтів пред'являли щоденні скарги на різноманітні больові відчуття, що заважають їх функціонуванню та повсякденній діяльності. Більшість з них пов'язували погіршення стану здоров'я з психоемоційним навантаженням. За частотою перші позиції займали астено-невротичні та гастроентерологічні скарги. Особливо у цьому відношенні виділялися діти-переселенці. У структурі соматичної патології провідне місце займали розлади з боку органів травлення (52,7%), серед яких переважали функціональні порушення. Органічна патологія (гастродуоденіт, холецистит) виявлялася в 23,0% дітей. Захворювання органів кровообігу зареєстровано в 29,8% пацієнтів, суглобів – 31,3%. Але частота уражень вищезазначених й інших систем організму суттєво не відрізнялась від основних показників по Україні.

Серед ендокринопатій провідне місце займав цукровий діабет. Відсоток дітей, хворих на цукровий діабет, мешканців зони збройного конфлікту, достовірно перевищував показники дітей м. Харкова. Друге місце в структурі ендокринної патології належить хворим із патологією щитоподібної залози, частота якої теж значно вище була в осіб зони збройного конфлікту ніж у

мешканців м. Харкова. Переважали дифузний нетоксичний зоб та аутоімунний тироїдит. Необхідно відмітити, що біля третини (31,5%) дітей мали по декілька ендокринологічних захворювань.

За даними дослідження встановлено, що статевий розвиток, який відповідав хронологічному (паспортному) віку, реєструвався у 70,4 % всіх обстежених дівчат. За даними світової літератури старт статевого розвитку до 8 річного віку на сьогодні вважається передчасним. Наявність ознак статевого розвитку до 8 річного віку зазначалося у 15,8 % дівчаток, що в 1,7 рази частіше, ніж у мешканок м. Харкова (9,4%; $p < 0,001$). Можна припустити, що перебування в зоні військового конфлікту стало поштовхом до активації гіпоталамо-гіпофізарно-гонадного комплексу і початку несвоєчасного статевого розвитку у цього контингенту дітей. Прискорені темпи статевого розвитку (коли бал вторинних статевих ознак випереджав нормальні значення на 2 роки і більше при своєчасному початку пубертату) серед усіх обстежених дівчаток 10-13 років виявлялися в 29,4%. Ретардація статевого розвитку 14-17 річних підлітків відзначалася в 14,3 % випадків, що в 7,5 разів частіше, ніж аналогічні показники у Харківських школярок. Оцінка статевого розвитку виявила, що у частини дітей (14,1 %) порушувалася черговість появи вторинних статевих ознак, і це починалося з ініціації вторинного оволошіння, так званий, інвертований пубертат. Становлення менструальної функції є інтегрованим показником стану системи репродукції. Нормальний менструальний цикл визначався більше ніж у половини дівчат (53,7 %). Разом з тим, порушення менструальної функції були зареєстровані у 46,3 %, що значно частіше, ніж в популяції.

При скринінговій бесіді у всіх пацієнтів виявлялися підвищені показники рівня тривоги та депресії, деякі пацієнти навіть відмовилися від психіатричного обстеження та психологічних консультацій. Звертало на себе увагу посилення проявів енурезу (24,4 %), нав'язливих дій (27,3 %), тиків (23,6 %), заїкання (25,6 %), диспноє (22,4 %). Гострих стресових реакцій не було виявлено. Переважали тривожні розлади, короткочасна та довготривала невротична і депресивна

реакції. Психіатр найчастіше виявляв наступні скарги: головний біль (96,8 %), порушення сну (96,8 %), дратівливість (68,5%), когнітивні порушення (51,0 %), стомлюваність (42,4 %), агресія (36,8 %), нудьга (29,6 %), фобії (28,8 %), погіршення працездатності (28,0%), вегетативні порушення (24,4 %), апатія (23,2 %), втрата відчуття задоволення (23,4 %).

Розглядаючи гендерний аспект симптоматики, слід зазначити, що більшість симптомів зустрічалися однаково часто незалежно від статі.

Для всіх дітей було характерне погіршення успішності в школі, дратівливість, пригнічений настрій, у більшості – гіпоактивність, легке утримання афекту у виразі обличчя, надмірна плаксивість, соціальна самоізоляція.

Симптом відчуття провини зареєстровано у 60,0 % дітей. При цьому відчуття провини або сорому, невідповідне до описуваних подій, відмічено у 46,4% обстежених, а відчуття провини з приводу подій, що не підконтрольні дитині і заважають виконанню щоденних функцій, – у 23,6 % осіб.

У 70,4 % обстежених виявлено зниження самооцінки. При цьому 27,6 % дітей вказували на одну важливу проблему, вирішити яку вони були не в силах, 36,8% – оцінювали себе переважно негативним чином або мляво відповідали на запитання, що ставилися, говорили про себе зневажливо, з приниженням або недооцінювали себе, що є типовим для проявів депресивного розладу.

Одним з патогномонічних симптомів, що часто має місце у дітей із депресією, був пригнічений настрій (100 %). Відчували себе нещасними велику частину часу без істотної першопричини і розповідали про тривалі періоди відчуття себе нещасними 65,6% осіб, а 16,0% дітей постійно відчували себе такими і характеризували свій стан як стан «душевного болю».

Практично у всіх досліджуваних дітей (97,6 %) встановлено симптом надмірної плаксивості. При цьому самі пацієнти та їх батьки констатували, що діти плачуть частіше за своїх однолітків, а іноді і без видимої причини, а 46,4% плачуть майже щодня.

Гіперактивна поведінка реєструвалася у 73,6 % обстежених, моторна загальмованість – у 19,2%, сповільнені рухи тіла – у 7,2 % осіб.

Академічна успішність була порушена у більшості дітей шкільного віку.

Отже, для даного контингенту дітей характерна поліморфність симптомів, частково неспецифічного характеру із переважанням у клінічних проявах астенії, емоційної лабільності, напруги, підвищеної психічної та фізичної втомлюваності, головного болю, що ускладнює своєчасну діагностику саме депресивних розладів, початок їх формування, маскує соматичну, ендокринну патологію.

1.3 Основні тенденції змін щодо психологічної картини особистості зазначеного контингенту

Характеризуючи емоційну сферу з використанням у своєму дослідженні колірною тесту Люшера, нами встановлено, що школярі, які постійно мешкали в Донецькій і Луганській областях, та переселенці не відрізнялися за рівнем стресу. Разом з тим, діти з зони збройного конфлікту, які не були свідками бойових дій, були більш пильними в своїх проявах та схильні приховувати свої психологічні проблеми, у них частіше фіксувалося нервово виснаження, ознаки тривожності.

Аналіз профілів внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ) виявив деякі особливості у різних групах школярів. За даними тесту діти, які мешкали в зоні військових дій, були більш спрямовані на подолання хвороби та вірять в одужання, а діти-переселенці більше мають знань про здоров'я та хвороби, більш широкі уявлення щодо них і більше про них говорять. Останні в більшій мірі усвідомлюють позитивний вплив стану свого здоров'я на можливості спілкування з іншими людьми. Під час аналізу показників шкали спрямованості індивіда до здоров'я та здорового способу життя виявилось, що за градацією «Прагнення до здоров'я» та «Заперечення хвороби» кількість дітей – мігрантів була значно більшою та достовірно перевищувала кількість тих, хто постійно мешкав у зоні збройного конфлікту. А от песимістична оцінка реальності,

глобалізація негативних тенденцій щодо свого здоров'я та наявність руйнівної поведінки були більш притаманні школярам останньої групи. Серед постійних мешканців зони збройного конфлікту діти, що були свідками обстрілів, бомбувань та ін., менше звертають увагу на тілесні відчуття ніж ті, що не мали подібного досвіду. Перші частіше переносили увагу свого здоров'я на узагальнений образ здоров'я, соціальні стереотипи й шаблони. Вони більш оптимістично сприймають реальність та більш бережно ставляться до свого здоров'я на відміну від групи дітей, які не були свідками бойових подій, про що свідчили дані аналізу градації «Песимістична оцінка реальності, глобалізація негативних тенденцій щодо здоров'я та руйнівна поведінка».

За даними багатомірної оцінки дитячої тривожності (МОДТ) можна акцентувати на тому, що досліджувані з зони бойових дій меншою мірою тривожні ніж їх однолітки, які їх не бачили. Це стосувалося питань щодо відносин з однолітками, пов'язаних з навчанням, самовираженням. У цій групі відмічається більша кількість досліджуваних, що мають зменшення психічної активності, пов'язаною з тривогою. Що стосується порівняння характеру тривожності постійних мешканців зони військового конфлікту і переселенців, у перших підвищена загальна тривожність зустрічалася частіше.

2 ПРИНЦИПИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ШКОЛЯРІВ ІЗ ЗОНИ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Враховуючи спектр виявлених відхилень щодо стану здоров'я в дітей шкільного віку з зони військового конфлікту, виникає необхідність постійної дії алгоритму щодо заходів стосовно збереження та підвищення їх здоров'я, який базується на організаційних, лікувальних, профілактичних заходах:

1. На рівні шкільних лікарів, підліткових терапевтів, педіатрів:
 - регулярне проведення лікувально-профілактичних заходів у межах амбулаторно-стаціонарної допомоги за місцем проживання (у разі можливостей) або у закладах тимчасово для цього відведених із використанням

сучасних лікувально-діагностичних та реабілітаційних технологій із урахуванням особливостей формування функціональних розладів та патологічних станів в умовах дії психоемоційного стресу;

– інформаційне забезпечення, організація та контроль за своєчасним проведенням консультативної допомоги хворим у спеціалістів різного профілю за місцем проживання, за необхідністю (або неможливістю) – у республіканських центрах, науково-дослідних установах;

– проведення санітарно-освітньої роботи серед школярів, батьків, поширення знань щодо профілактики гострої та хронічної соматичної патології, інфекційних, паразитарних захворювань в умовах зони збройного конфлікту;

– удосконалення особистих знань лікарів стосовно розвитку та особливостей проявів соматичних, нервово-психічних розладів та ін. на тлі стресових ситуацій.

2. У межах психологічної допомоги за місцем проживання (школах, поліклініках, стаціонарах) у разі можливостей або у закладах тимчасово для цього відведених, серед мігрантів – проведення індивідуальних та групових занять щодо психологічної корекції дітей із урахуванням стану соматичного здоров'я.

2.1 Реабілітаційні заходи, спрямовані на корекцію психологічних відхилень

Психологічний супровід дітей та підлітків з Донбасу (зони бойових дій) та переселенців має включати в себе наступні напрями роботи:

1. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або інших психологічних відхилень. Для цього використовуються: спостереження за реакцією дитини під час спілкування з лікарем або практичним психологом та тілесними сигналами несвідомих процесів (приховані емоції, витіснені, але актуальні переживання); аналіз висловлювань дитини (особисте ставлення до травми та її значення для неї); проєктивні методики (тест Люшера, малюнки), які виявляють актуальні процеси емоційно-вольової сфери, дозволяють зрозуміти, наскільки травма спотворила сприйняття себе та навколишнього

світу, виявляють особливості реакції на подію; опитувальник Басса-Дарки, симптоматичний опитувальник Ю. Олександровича, батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей, тести МОДТ та Спілбергена-Ханіна для діагностики тривожності, а також інших методик, які використовуються для швидкої діагностики стану дітей. Психологічна діагностика дітей до чотирнадцяти років здійснюється за згодою батьків чи осіб, які їх замінюють.

Перше інтерв'ю з дітьми та підлітками зазвичай проводиться в присутності батьків, щоб діти могли подолати страх перед лікарем або психолога. Надалі зустрічі з дитиною та її батьками проводяться окремо.

2. Психологічне консультування дітей із психологічними стресовим розладом передбачає індивідуальну та групову психоконсультативну допомогу. Для зменшення емоційної напруги, викликаної стресом, використовують емпатійне слухання. Якщо дитині необхідно поговорити, емоційно відреагувати переживання, що накопичилися з приводу травми – використання цього прийому допомагає їй відчувати себе почутим, легалізувати травмуючі переживання у відповідь на емоційну підтримку та прийняття з боку фахівця.

Лікар або психолог повинен допомогти дитині зрозуміти, що її почуття тривоги і страху є нормальним і загальним для всіх людей. Необхідно переконати дитину в тому, що їй, незважаючи на те, що сталося і ще може статися, завжди хтось захистить.

3. Психологічне консультування батьків дітей та підлітків. В основному консультування спрямоване на розвиток можливостей сімейної психокорекції психологічних розладів, підвищення адаптивних можливостей самих батьків.

4. Психологічне консультування та психопросвіта медичних працівників щодо питань супроводу дітей з психологічними стресовими розладами з метою безпечного та дружнього середовища в тому закладі, у тому числі й медичному, де дитина знаходиться.

5. Психокорекція спрямована на допомогу дитині стати над ситуацією, навчити її пристосовуватися до дійсності й долати психотравмуючі впливи. В її

основі може бути комплекс психокорекційних методик : навчання прийомам релаксації та зняттю м'язової напруги, психокорекційні вправи, соціально-психологічні тренінги, різні прийоми групової та індивідуальної арт-терапевтичної корекції (фіксація травмуючих переживань у формі малюнка, метафори, складеної дитиною про себе, історії, які дозволяють направити в певне русло емоційну енергію, знизити її руйнівний потенціал та зробити керованою).

Робота з близьким оточенням дітей із психологічними розладами включає в себе психологічну просвітницьку та консультативну роботу з їх батьками (чи особами, які їх замінюють) та іншими дітьми, що перебувають з ними.

2.2 Принципи профілактики розвитку та прогресування психосоматичної патології в дітей із зони збройного конфлікту

Враховуючи, що за частотою соматичної патології, її загострень суттєвих розбіжностей між школярами зони збройного конфлікту і популяційними показниками серед дітей по Україні не виявлено, принципи їх диспансерного нагляду співпадають. Разом з тим, особливу увагу слід приділяти саме особам із високим та середнім рівнем емоційного стресу (за даними кардіоінтервалографії або тесту Люшера) із гастроентерологічними захворюваннями або скаргами, які можуть їх супроводжувати. Таких школярів доцільно обстежити в умовах стаціонару з обов'язковим консультуванням психіатра та психолога. В разі визначення низького рівня емоційного стресу при наявності хронічної соматичної патології або функціональних розладів обстеження в стаціонарі бажано проводити один раз на рік з подальшим амбулаторним наглядом у педіатра, консультаціями психолога, при необхідності – психіатра, інших спеціалістів.

За нашими даними діагностика та лікування невротичних та психічних розладів у зазначеного контингенту ускладнюються тим фактом, що класичні за критеріями ознаки часто маскуються іншими коморбідними станами. У зв'язку з цим особлива роль у процесі діагностики відводиться сімейним лікарям,

педіатрам, динамічному спостереженню пацієнтів. Особливої уваги потребують діти з наступними психопатологічними симптомами: тривожними, депресивними, поведінковими (характерним є тенденція до короткочасних афективних розладів поведінки), вегетативними, соматичними. Серед афективних розладів виділяються такі як: знижений настрій і схильність до невмотивованих страхів і побоювань, що можуть супроводжуватися вегетативними проявами (прискореним серцебиттям, задишкою, потовиділенням, похолоданням кінцівок), порушеннями сприйняття свого тіла. Лікарі первинної ланки повинні звертати увагу на достатньо часті неспецифічні симптоми для афективної патології: порушення сну, апетиту, зменшення енергії, напади паніки (раптово наступаючі сильні фізичні та емоційні розлади – непритомність, запаморочення, біль у грудях, передчуття небезпеки). Виділені симптоми можуть з'явитися предиктором формування на наступних етапах нозологічних форм психічних розладів, таких як: тривожно-депресивний, соматоформний, психосоматичні захворювання ін. При виявленні дітей з окресленими вище ознаками їх необхідно обов'язково консультиувати у психіатра. Важливо підкреслити, що у дітей депресивні розлади можуть мати маскований вигляд або бути непомітними на тлі інших клінічних проявів. У дітей молодшого віку діагностичними ознаками, еквівалентними депресивним симптомам, слід вважати такі соматичні прояви: головний біль, біль у животі, зниження апетиту, нічний енурез, енкопрез і труднощі в навчанні. У підлітків еквівалентами невротичних ознак найчастіше виступають: агресивна та асоціальна поведінка, протестні прояви. При депресіях із поведінковими розладами проблеми контролю імпульсивної чи аутоагресивної поведінки домінують над проблемами, обумовленими суто депресивними проявами. Актуальним для дитячого та підліткового віку є існування таких форм невротичних депресивних розладів, при яких пацієнти не висловлює скарг і навіть заперечують, що у них пригнічений настрій, але при цьому виявляються різні поведінкові порушення. Зазначена категорія дітей обов'язково потребує консультації психіатра.

З огляду на те, що діти із зони збройного конфлікту мають високу частоту ендокринних захворювань, вони потребують щорічних оглядів спеціалістом ендокринологом.

Алгоритм ендокринологічного обстеження повинен включати: вимірювання зросту і ваги тіла, визначення ступеня статевого дозрівання, розмір тестикул і статевого члена, розвитку мошонки, ступеня розвитку вторинних статевих ознак, наявності гінекомастії. Варто враховувати індекс маскулінізації як інтегрального показника статевого розвитку хлопців.

Необхідно враховувати наявність соматичної патології, яка може бути причиною розвитку порушень пубертатного дозрівання. Важливу роль відіграє наявність ендокринних захворювань у сімейному анамнезі. Опитування батьків і дитини дозволить виявити анамнестичні дані і скарги, характерні для патології ендокринної системи. Аналіз вищевикладеного допоможе скласти програму подальших дій ендокринолога. Періодичність спостережень за дітьми залежить від тяжкості і перебігу патологічного процесу.

Починаючи з молодшого шкільного віку, слід виділити дітей із дисгармонійним фізичним розвитком. Ці діти вимагають огляду ендокринолога кожні 6 місяців для попередження прогресування виявлених відхилень та щорічне проведення ультразвукового дослідження щитоподібної залози. Дітей із дисгармонійним фізичним розвитком слід віднести до групи ризику можливих порушень тиреоїдного статусу. При діагностиці зоба необхідно знати повний тиреоїдний статус із визначенням рівнів ТТГ, fT4 і fT3, оцінити співвідношення ТТГ/fT4. У подальшому кратність обстеження визначається індивідуально.

Хворі на цукровий діабет 1 типу потребують ретельного контролю за станом компенсації вуглеводного обміну. Необхідно своєчасно виявляти діабетичні ускладнення. Огляд ендокринологом повинен проводитися, як правило, 1 раз на місяць. Контроль глікемічного профілю 1 раз на тиждень, нічна глікемія 1 раз на місяць. За необхідністю та у дітей молодшої вікової групи – частіше. Слід відзначити роль самоконтролю цукрового діабету. Стан

компенсації вуглеводного обміну слід оцінювати за рівнем глікозильованого гемоглобіну, який визначається за частотою відповідно до Протоколів надання медичної допомоги дітям зі спеціальності «Дитяча ендокринологія».

Враховуючи високий рівень тиреоїдної патології у дітей зони збройного конфлікту, хворих на цукровий діабет, необхідно щорічно проводити ультразвукове дослідження щитоподібної залози. При виявленні відхилень у розмірі щитоподібної залози або в її структурі, ехогенності потрібно визначати тиреоїдний статус.

З позицій можливого формування гінекологічної патології необхідно обов'язково консультувати дівчаток у дитячого гінеколога для активного виявлення порушень менструального циклу, часу початку та дотримання фізіологічних темпів статевого розвитку. Огляд дівчаток повинен проводитися в 7, 10, 12, 14, 15 років. В першу чергу підлягають спостереженню діти з порушеннями статевого розвитку і розладами менструальної функції (поява вторинних статевих ознак до 8 років, відсутність вторинних статевих ознак в 12-13 років, відсутність менструацій в 14,5 років навіть при наявності вторинних статевих ознак, порушення циклічності і тривалості менструацій). Цим дівчаткам необхідно визначати масо-ростові показники, ступень статевого дозрівання за формулою Таннера, рівень гонадотропних і статевих гормонів (ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, естрадіол, тестостерон, кортизол), проводити ультразвукове дослідження органів малого тазу.

Висока сполучуваність гінекологічної патології з порушеннями соматичного, психічного, ендокринного регістра, ЛОР-захворюваннями, змінами з боку офтальмологічного статусу справляє негативний вплив на тяжкість стану, адаптаційні можливості дівчинки і знижує ефективність проведеної терапії. Це диктує необхідність розробки алгоритму обстеження і створення ефективних реабілітаційних методик з урахуванням високих показників коморбідності, орієнтованих на відновлення як соматичного, психічного, ендокринного так і гінекологічного статусу даних пацієнток.

Комплексний і диференційований підхід до обстеження та спостереження дітей із зони збройного конфлікту, сприятиме своєчасному визначенню можливих порушень з боку різних систем організму і проведенню лікувально-профілактичних заходів, що, в свою чергу, сприятиме збереженню здоров'я цього контингенту.

ВИСНОВКИ

1. Більшість дітей із зони збройного конфлікту має підвищений рівень емоційної напруги (стресового стану). Перенесений стрес провокує активацію стрес-регулюючих систем, вираженість якої залежить від інтенсивності стресу. Особлива роль у цих процесах відводиться кортизолу, дієновим кон'югатам, ТБК-активним продуктам, відновленому глутатіону, мелатоніну. В більшій мірі вплив інтенсивності стресу на порушення адаптаційних механізмів спостерігається у хлопчиків-переселенців.

2. Для даного контингенту, перш за все це стосується дівчат, притаманна підвищена частота скарг психосоматичного характеру, що в значній мірі залежить від наявності та інтенсивності перенесеного стресу. Серед органічних та функціональних розладів переважають захворювання органів травлення, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, порушення темпів статевого розвитку, менструальної функції, невротичні та непсихотичні розлади резидуально-органічного генезу, посилення проявів енурезу, нав'язливих дій, тиків, заїкання, диспноє. Типовими для школярів зони збройного конфлікту є наступні скарги: головний біль, порушення сну, дратівливість, когнітивні порушення, тривога, зниження мотивації до навчання, стомлюваність, агресія, зниження енергії, нудьга, фобії, погіршення працездатності, вегетативні порушення, апатія, відчуття провини, втрата відчуття задоволення, незрозумілий біль у різних частинах тіла. Серед психологічних симптомів депресивного рівня реєструються: сум і розпач, розчарування, зневіра, на

фізичному рівні відчуття тяжкості, низька самооцінка, небажання спілкуватися з людьми, низький рівень активності і/або бездіяльність.

3. Одним із пріоритетних напрямків збереження й укріплення здоров'я школярів із зони збройного конфлікту є використання принципів медико-психологічного супроводу. Алгоритм його дії базується на організаційних, лікувальних, профілактичних заходах на рівні шкільних лікарів, підліткових терапевтів, педіатрів (регулярне проведення лікувально-профілактичних заходів у межах амбулаторно-стаціонарної допомоги із використанням сучасних лікувально-діагностичних та реабілітаційних технологій із урахуванням особливостей формування функціональних розладів та патологічних станів в умовах дії психоемоційного стресу; інформаційне забезпечення, організація та контроль за своєчасним проведенням консультативної допомоги хворим у спеціалістів різного профілю; проведення санітарно-освітньої роботи серед школярів, батьків, поширення знань щодо профілактики гострої та хронічної соматичної патології, інфекційних, паразитарних захворювань в умовах збройного конфлікту; удосконалення особистих знань лікарів стосовно розвитку та особливостей проявів соматичних, нервово-психічних розладів на тлі стресових ситуацій та у межах психологічної допомоги.

4. Психологічний супровід дітей та підлітків з Донбасу (зони бойових дій) та переселенців має включати в себе наступні напрями роботи:

– психодіагностику з використанням спостереження за реакцією дитини під час спілкування з лікарем або практичним психологом, аналізу висловлювань дитини (особисте ставлення до травми та її значення для неї); таких методик як тест Люшера, малюнки, опитувальник Басса-Дарки, симптоматичний опитувальник Ю.Олександровича, батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей, тести МОДТ та Спілбергена-Ханіна для діагностики тривожності, а також інших методик, які використовуються для швидкої діагностики стану дітей;

- психологічне консультування дітей, яке передбачає індивідуальну та групову психоконсультативну допомогу;
- психологічне консультування батьків дітей та підлітків;
- психологічне консультування та психопросвіта медичних працівників з питань супроводу дітей з психологічними стресовими розладами;
- психокорекція зазначеного контингенту.

5. Необхідність профілактики розвитку та прогресування психосоматичних розладів у дітей із зони збройного конфлікту базується на значній їх частоті та поліморфності, що потребує консультування та нагляду спеціалістами різного профілю – педіатром, підлітковим терапевтом, сімейними лікарями, при можливості – кардіоревматологом, гастроентерологом, психіатром, неврологом, гінекологом, ендокринологом та іншими спеціалістами.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Влияние нервно-психического напряжения на репродуктивную функцию женщин молодого возраста [Текст] / Н.В. Шевчик [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 4. – С. 27–30.
2. Войналович І.А. Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх прав в Україні [Текст] /І.А. Войналович, М.О. Кримова, Л.В. Щетініна // Соціально-трудові відносини: теорія та практика: зб. наук. праць. – К.: КНЕУ, 2014. – № 2 (8). – С. 250–258.
3. Лібанова Е М. Вимушене переселення з Донбасу : масштаби та виклики для України (за матеріалами наукової доповіді на засіданні Президії НАН України 8 жовтня 2014 р.) [Текст] / Е.М. Лібанова // Вісн. НАН України. – 2014. – № 12. – С. 15–24.
4. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі [Текст]: метод.рек. / уклад.: О.С. Мусій [та ін.]. – К.,2014. – 32 с.
5. Коренєв М.М. Стан соматичного та психічного здоров'я дітей із зони антитерористичної операції [Текст] /М.М. Коренєв, І.С. Лебець [та ін.] // Здоровье ребенка. – 2017. – Т. 12., № 1. – С. 10–14.
6. Кулинич Р. Украденное детство. Война на Донбассе глазами детей [Електронний ресурс] / Р. Кулинич. – Режим доступа: <http://24smi.org/article/20387-uzhasy-vojna-na-donbasse-gl-spect.html>.
7. Кутько И.И. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт [Текст] / И.И. Кутько, О.А. Нанченко, А.Н. Линева // Укр. мед. часопис. – 2016. – № 1 (111). – с. 24–27.
8. Портнова А.А. Острые психические нарушения у захваченных террористами детей и подростков [Текст] / А.А. Портнова // Журн. неврологии и психиатрии. – 2005. – Т. 105, № 6. – С. 10–15.
9. Пшенникова М.Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и роль в патологии [Текст] / М.Г. Пшенникова // Пат.физиология и эксперим. терапия. – 2000. – № 3. – С. 20–26.