

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ЧЕРКАШИН МИХАЙЛО МИКОЛАЙОВИЧ**

**УДК 616-053.2/.6:355.01**

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ**  
**ВОЄННОГО ЧАСУ**

Спеціальність 222 – «Медицина»

Галузь знань 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ М.М. Черкашин

Науковий керівник: Шевченко Наталя Станіславівна, доктор медичних наук,  
професор

Харків – 2026

## АННОТАЦІЯ

*Черкашин М.М.*. Особливості стану здоров'я дітей і підлітків в умовах воєнного часу. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Подається на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина (галузь знань – 22 Охорона здоров'я) – Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, 2026.

Дисертаційна робота присвячена змін ментального та соматичного стану здоров'я дітей і підлітків в умовах воєнного часу з урахуванням їхніх потреб у медичній допомозі та соціально-демографічних чинників.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні задачі: дослідити частоту та характер ознак посттравматичного стресового розладу у дітей, довоєнних мешканців м. Харкова, визначити провідні зміни в їхньому психологічному статусі з урахуванням міграційних процесів після 24 лютого 2022 року; надати характеристику асоційованих зі стресом соматичних змін та розладів у дітей і підлітків в умовах воєнного стану; вивчити динаміку звернень за медичною допомогою дітей і підлітків протягом періоду воєнних дій та надати характеристику змінам їхнього соматичного здоров'я за даними електронної системи охорони здоров'я; визначити фактори погіршення ментального й соматичного здоров'я дитячого населення в умовах воєнного стану з урахуванням соціально-демографічних показників.

У дослідженні взяли участь 2336 респондентів – батьків дітей від 3 до 18 років. Формування вибірки відбувалося за методом випадкового відбору серед родин – довоєнних мешканців м. Харкова. Діти не мали хронічних соматичних захворювань до війни і спостерігались педіатром за місцем проживання. Критерії включення до дослідження: участь у дослідженні приймали батьки дітей, яким виповнилось три роки і були молодше 18 років, які проживали у прифронтовому місті Харкові (Україна); дозвіл батьків, здатних заповнити анкети, на участь у дослідженні. Були відокремлені наступні групи аналізу: дівчатка (1165 осіб, 49,87 %), хлопчики (1171 осіб, 50,13 %), діти до 7 років (330 осіб, 14,13 %), діти

старше за 7 років (2006 осіб, 85,87 %), діти, які на момент дослідження перебували в м. Харкові (1819 осіб, 77,87 %), в інших містах України (275 осіб, 11,77 %) та за кордоном (242 особи, 10,36 %). Середній вік склав  $10,58 \pm 0,08$  років і не відрізнявся в різних групах. Використовувались наступні методи дослідження: он-лайн опитування (скринінг дитячих та підліткових травм, версія 2 (Child and Adolescent Trauma Screen – 2 (CATS-2)); спеціалізована дитяча версія опитувальника соматичних симптомів (Children’s Somatic Symptoms Inventory-8 (CSSI-8)), аналіз даних медичних записів Електронної системи охорони здоров’я (ЕСОЗ) відповідно до Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги, друге видання (International Classification of Primary Care-2 (ICPC-2)) та за міжнародною класифікацією хвороб X перегляду (МКХ - 10); статистичні (параметричні, непараметричні, кореляційний аналіз, розрахунок відносного ризику, побудова рівняння логістичної регресії).

Результати дослідження встановили, що проживання в умовах активних бойових дій є потужним фактором формування травматичного досвіду в більшості дітей (97,95 %). Найбільше травматичних подій зазнали діти, які продовжують проживати в м. Харкові та в інших містах України, переважно діти старшого віку, дівчата. Максимальне накопичення травматичних подій відмічалось на третьому році війни.

Переважає більшість дітей у всіх групах мала скринінгові показники CATS, що відповідали нормі. Разом із тим майже кожна третя дитина демонструвала підвищений рівень посттравматичного дистресу (28,6 %). Частота виявлення ознак імовірного ПТСР у дитячій популяції досягла 10,48 %, без суттєвих розбіжностей за гендерною ознакою чи географічним розташуванням. Вищий ступінь уразливості продемонстрували окремі когорти: діти-мігранти за кордоном, дівчата старше 7 років, а також представники родин із погіршенням матеріального становища. Пікові показники негативних змін у психоемоційній сфері зафіксовані наприкінці третього року військового конфлікту, коли частка ймовірного ПТСР складала 16,77 %, загальна частота дистресу зберігалась на одному рівні упродовж усього терміну спостереження.

Клінічні ознаки ПТСР реєструвалися в усіх вікових когортах педіатричної популяції, проте їхня інтенсивність та структура варіювали залежно від віку, статі й геолокації. Максимальний рівень уразливості продемонстрували дівчата віком від 7 років (ймовірний ПТСР склав 12,24 %) та діти, які залишились в Україні. Серед них підвищений дистрес був в два рази частіше, ніж серед тих, хто виїхав за кордон. Разом з тим, в останній групі частота ймовірного ПТСР досягала 13,64 %. У дітей домінували симптоми інтрузії (повторного переживання), депривація сну, тривожні стани та когнітивна дисфункція у вигляді дефіциту концентрації уваги. Отримані результати свідчать про вплив тривалого воєнного стресу на психоемоційний стан дітей та необхідність диференційованого підходу до їх психологічної підтримки з урахуванням віку, статі та умов проживання.

Найбільш вираженими компонентами ПТСР в дітей були симптоми кластера «Вторгнення / повторне переживання» та «Гіперзбудження», які домінували незалежно від віку та місця перебування. Серед молодших дітей найвищу інтенсивність симптомів спостерігали у дітей, які перебували за кордоном, а серед дітей старше 7 років Натомість у дітей віком понад 7 років, які перебувають в інших регіонах України, спостерігається більша варіативність і ширший спектр симптомів посттравматичного стресу, що свідчить про різні механізми психоемоційної адаптації залежно від умов проживання під час війни.

Встановлено, що характер проявів ПТСР відрізняється залежно від місця перебування та віку дітей. У дітей, які залишаються в Харкові, найбільш вираженими є симптоми гострої реакції на стрес, активного уникнення спогадів про травматичні події, соціальної ізоляції та унікальної поведінки. Натомість у дітей віком понад 7 років, які перебувають в інших регіонах України, спостерігається більша варіативність і ширший спектр симптомів посттравматичного стресу, що свідчить про різні механізми психоемоційної адаптації залежно від умов проживання під час війни. Додатковими факторами ризику більш тяжких проявів ПТСР виявились погіршення матеріального становища сім'ї.

За опитувальником CSSI виявлено наявність стрес-асоційованих симптомів від 12,68 % (запаморочення) до 60,78 % (головний біль). Встановлено статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між вираженістю посттравматичної симптоматики за шкалою CATS та інтенсивністю соматичних скарг за в усіх досліджуваних підгрупах. Найсильнішу кореляцію встановлено серед дівчат ( $\rho = +0,634$ ), що свідчить про більш виражену схильність до соматизації психоемоційного дистресу. Подібні за силою кореляційні зв'язки в різних вікових і територіальних групах підтверджують стабільність взаємозв'язку між психологічною травматизацією та соматичними проявами незалежно від віку дітей і місця їхнього перебування. Найбільша ймовірність виникнення характерна для таких стрес-асоційованих симптомів, як головний біль, відчуття втоми та біль у спині.

Аналіз динаміки медичних записів в ЕСОЗ за 2019–2025 роки ( $N = 1\ 214$ ) зафіксував різке зростання навантаження на систему охорони здоров'я після 24.02.2022 року — загальна кількість візитів на рік збільшилась на 43,96%. При цьому відбулася докорінна зміна патернів кодування: якщо на етапі становлення системи (2019–2020 рр.) суттєво переважали первинні звернення за ІСРС, то у воєнний період реєстрація записів за МКХ-10 зросла на 124,92%, фактично зрівнявшись у 2025 році з записами первинної медичної допомоги (відношення шансів дорівнює 1,05).

За результатами кореляційного аналізу, показники скринінгу за шкалою CATS демонструють статистично значущий прямий зв'язок із частотою реєстрації патології нервової системи ( $R_s = 0,41$ ), яка посідає суттєве місце у структурі загальної захворюваності дитячого населення (44,1 %). Водночас у структурі нозологічних класів у воєнний період домінують ураження зорового аналізатора (57,4 %) та хвороби респіраторної системи (44,1 %). Зниження матеріального достатку родини під час війни статистично значущо пов'язане з вищим рівнем психотравматичної симптоматики у школярів ( $\beta = 0,043$ ,  $p = 0,019$ ).

Динаміка стану здоров'я дітей визначається клінічними та

психопатологічними параметрами разом із соціально-демографічними ознаками. Вищий рівень посттравматичної симптоматики (CATS) статистично пов'язаний із більшою інтенсивністю соматичних скарг (CSSI;  $R_s = 0,45$ ), частішою реєстрацією захворювань нервової системи ( $R_s = 0,41$ ), а також зі збільшенням кількості медичних звернень і встановлених діагнозів за ICPC ( $R_s = 0,30$ ) та МКХ-10 ( $R_s = 0,31$ ). Погіршення психологічного стану ( $\Delta$ CATS) було обумовлено початковим рівнем посттравматичної симптоматики ( $R_s = -0,696$ ), вираженість стрес-асоційованих соматичних проявів (CSSI) та рівень освіти батьків. Найбільший вплив на прогноз мала соматизація ( $OR = 6,61$ ;  $p = 0,026$ ).

Отримані закономірності дозволили рекомендувати ввести рутинний скринінг посттравматичної симптоматики із застосуванням валідизованих опитувальників, зокрема Child and Adolescent Trauma Screen (CATS), на рівні первинної медичної допомоги та в закладах освіти.

В представленій роботі вперше визначено закономірності взаємопов'язаного формування порушень ментального та соматичного статусу дітей та підлітків в умовах тривалого воєнного стану. Доведено, що психоемоційне напруження (ознаки ймовірного ПТСР) та соматична патологія розвиваються як синхронні маркери загального негативного впливу чинників війни на дитячий організм. Вперше проведено порівняльний аналіз асоційованих із впливом війни особливостей психосоматичного стану дітей з урахуванням міграційного маршруту родини: виїзду за межі України, внутрішнього переміщення, повернення до місця постійного проживання або продовження проживання у прифронтовому місті Харкові.

Уперше визначено зростання потреби дитячого населення у медичній допомозі із збільшенням тривалості воєнного стану. Доведено достовірне збільшення кількості звернень до лікарів первинної ланки медичної допомоги з приводу захворювань крові, травм, патології органу зору, ЛОР-органів, шкіри, серцево-судинної, опорно-рухової та нервової систем. Визначено процес кумуляції хронічної патології у дітей та підлітків в умовах тривалої війни, насамперед з боку зорового аналізатора, ендокринної, кістково-м'язової,

сечостатевої систем, а також інфекційних і паразитарних хвороб. Доведено, що ризик підвищення рівнів захворюваності має віково-статеву диференціацію та безпосередньо корелює із тривалістю впливу факторів воєнного часу.

Уперше визначено поширеність та клініко-психологічні особливості проявів ймовірного посттравматичного стресового розладу у дітей, довоєнних мешканців прифронтового мегаполіса (м. Харків) в умовах воєнного стану. Обґрунтовано провідну роль подій, пов'язаних з війною, як домінуючого психотравмуючого чинника, питома вага якого у загальній структурі пережитих дітьми психотравм становить 68,62 %. Виявлено, що симптоми помірної та високої психотравматизації реєструються у 18,11 % дитячого населення, тоді як ознаки ймовірного ПТСР виявляються у 10,48 % обстежених. Статистично доведено стабільність частоти ознак ПТСР незалежно від місця перебування (міграційного статусу) дітей, проте виявлено їхню віково-статеву залежність із достовірним превалюванням серед дівчат (17,68 %, ( $p < 0,05$ )) та осіб віком понад 7 років (15,16 %, ( $p < 0,05$ )). Встановлено, що у структурі виявлених порушень домінують симптоми інтрузії, гіперзбудження та агресивного реагування.

Встановлено, що ключовими чинниками погіршення загального стану здоров'я дітей та підлітків (довоєнних мешканців м. Харкова) є кумулятивний ефект психоемоційних порушень, зниження фінансового благополуччя родин, а також чинник міграції (як внутрішньої, так і зовнішньої). Доведено, що стрес-асоційовані соматичні прояви, зокрема інтенсивний біль у ділянці серця, задишка, судоми, хронічний абдомінальний біль, цефалгії та інші функціональні скарги, не свідчать про наявність органічної патології, проте можуть розглядатися як клінічні маркери несприятливого психічного стану дітей.

Встановлено, що динаміка стану здоров'я дітей і підлітків під час війни визначається комплексною дією демографічних, соціальних та психоемоційних чинників. Визначено найбільш значущі предиктори його погіршення, до яких належать вік і стать дитини, місце її перебування під час війни, рівень освіти та сімейний стан батьків, матеріальне благополуччя родини, а також первинний

рівень психотравматизації, визначений за результатами скринінгового обстеження із застосуванням опитувальника CATS-2.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що викладені в дисертаційному дослідженні положення, мають теоретико-прикладну спрямованість і можуть бути використані у:

- освітньому процесі – як основа для розширення відомостей про сучасні аспекти змін психологічного стану дітей- мешканців м. Харкова, накопичення змін стану здоров'я і формування хронічної патології в умовах воєнного часу сучасних підлітків, у викладанні педіатрії, внутрішньої медицини, соціальної медицини, психології та психіатрії, впровадженням отриманих відомостей у науковий процес відповідних кафедр медичних закладів вищої освіти;

- практичній діяльності закладів охорони здоров'я щодо відокремлення групи дітей, які мають ризик погіршення стану здоров'я під час війни; розширення підходів щодо раннього виявлення психологічних порушень у дітей відповідного віку і статі, що пов'язано із подальшим погіршенням соматичного здоров'я дітей;

- науково-дослідній діяльності – для проведення подальших поглиблених наукових досліджень щодо попередження розвитку порушень стану здоров'я дітей і накопичення патології в молодому віці в умовах подовження війни в Україні і перебування в прифронтовому регіоні. Практичні положення дисертації впроваджені та використовуються у лікувально-діагностичному процесі та у підготовці здобувачів вищої медичної освіти.

**Ключові слова:** діти, підлітки, воєнний час, ментальне здоров'я, ознаки ПТСР, стрес-асоційовані соматичні прояви, поширеність захворювань, електронна система охорони здоров'я.

## ABSTRACT

*Cherkashyn M.M.* Health Status Characteristics of Children and Adolescents under Wartime Conditions. – Qualifying scientific work submitted as a manuscript.

The dissertation is submitted for the degree of Doctor of Philosophy (PhD) in Specialty 222 – Medicine (Field of Knowledge 22 – Healthcare). – V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, 2026.

The dissertation is devoted to investigating the changes in the mental and somatic health status of children and adolescents during wartime, accounting for their medical care needs and socio-demographic factors. To achieve the defined objective, the following tasks have been resolved: to investigate the frequency and nature of post-traumatic stress disorder signs in children who were pre-war residents of Kharkiv, and to identify leading shifts in their psychological status, considering migration processes after February 24, 2022; to characterize stress-associated somatic changes and disorders in children and adolescents under martial law conditions; to evaluate the dynamics of healthcare utilization among children and adolescents during the period of hostilities, and to profile the changes in their somatic health using electronic health record data; as well as to identify factors contributing to the deterioration of mental and somatic health in the pediatric population under martial law conditions, taking into account socio-demographic indicators.

The study included 2,336 respondents, who were parents of children aged 3 to 18 years. The study sample was formed using random sampling among families who had resided in Kharkiv before the full-scale war. Before the onset of the war, the children had no chronic somatic diseases and had been under routine pediatric follow-up at their primary healthcare facilities. The inclusion criteria were as follows: parents of children aged 3 to 17 years who had lived in the frontline city of Kharkiv (Ukraine) and provided informed consent and were able to complete the study questionnaires. The following analytical subgroups were identified: girls ( $n = 1,165$ ; 49.87%), boys ( $n = 1,171$ ; 50.13%), children younger than 7 years ( $n = 330$ ; 14.13%), children aged 7 years and older ( $n = 2,006$ ; 85.87%), children residing in Kharkiv at the time of the

survey (n = 1,819; 77.87%), those residing in other regions of Ukraine (n = 275; 11.77%), and those living abroad (n = 242; 10.36%). The mean age of the participants was  $10.58 \pm 0.08$  years and did not differ significantly between the study groups.

The following research methods were applied: an online survey using the Child and Adolescent Trauma Screen-2 (CATS-2) and the Children's Somatic Symptoms Inventory-8 (CSSI-8); analysis of medical records from the Electronic Healthcare System of Ukraine (eHealth) according to the International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2) and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10); and statistical methods, including parametric and non-parametric analyses, correlation analysis, relative risk estimation, and binary logistic regression modeling.

The results of the study established that living in conditions of active hostilities is a powerful factor in the formation of traumatic experience in the majority of children (97.95%). The greatest number of traumatic events was experienced by children who continue to reside in Kharkiv and other cities of Ukraine, predominantly older children and females. The maximum accumulation of traumatic events was noted in the third year of the war.

The majority of children across all groups presented with CATS screening scores within the normal range. Concurrently, nearly one in three children demonstrated an elevated level of post-traumatic distress (28.6%). The prevalence of probable PTSD within the pediatric population reached 10.48%, showing no significant differences based on gender or geographic location. However, specific cohorts demonstrated a higher degree of vulnerability: migrant children abroad, girls over 7 years of age, and individuals from families experiencing financial deterioration. Peak indicators of negative alterations in the psychoemotional sphere were recorded at the end of the third year of the military conflict, when the proportion of probable PTSD reached 16.77%, while the overall frequency of distress remained stable throughout the entire observation period.

Clinical signs of PTSD were registered across all age cohorts of the pediatric population; however, their intensity and structure varied depending on age, gender, and

geolocation. The maximum level of vulnerability was demonstrated by girls aged 7 years and older (with probable PTSD accounting for 12.24 %) and children who remained in Ukraine. Among the latter, elevated distress was twice as frequent compared to those who had relocated abroad. At the same time, within the displaced group, the frequency of probable PTSD reached 13.64%. The predominant clinical manifestations included symptoms of intrusion (re-experiencing), sleep deprivation, anxiety states, and cognitive dysfunction in the form of attention deficit. These findings underscore the profound impact of prolonged wartime stress on the psychoemotional state of children, highlighting the imperative for a differentiated approach to their psychological support that accounts for age, gender, and living conditions.

The most prominent PTSD symptom clusters in children were Intrusion/Re-experiencing and Hyperarousal, which predominated regardless of age or place of residence. Among younger children, the highest symptom severity was observed in those residing abroad. In contrast, among children aged 7 years and older living in other regions of Ukraine, PTSD manifestations were characterized by greater variability and a broader spectrum of symptoms, suggesting different mechanisms of psychological adaptation depending on wartime living conditions. An additional risk factor for more severe PTSD manifestations was deterioration in the family's financial status. The pattern of PTSD symptoms also varied according to children's age and place of residence. Children who remained in Kharkiv more frequently exhibited acute stress reactions, active avoidance of trauma-related memories, social withdrawal, and avoidant behavior. Conversely, children aged 7 years and older residing in other regions of Ukraine demonstrated greater heterogeneity and a wider range of post-traumatic stress symptoms, indicating distinct mechanisms of psychological adaptation associated with different wartime living environments.

Assessment using the Children's Somatic Symptoms Inventory-8 (CSSI-8) revealed the presence of stress-associated somatic symptoms, with prevalence ranging from 12.68% for dizziness to 60.78% for headache. A statistically significant positive correlation was found between the severity of post-traumatic stress symptoms measured by the Child and Adolescent Trauma Screen-2 (CATS-2) and the intensity

of somatic complaints across all study subgroups. The strongest correlation was observed among girls ( $\rho = 0.634$ ), indicating a greater tendency toward somatization of psychological distress. Similar correlation coefficients across different age and residential groups confirm the stability of the association between psychological trauma and somatic manifestations, regardless of children's age or place of residence. The highest probabilities of occurrence were observed for headache, fatigue, and back pain.

Analysis of electronic health records from the Electronic Healthcare System of Ukraine (eHealth) for the period 2019–2025 ( $N = 1,214$ ) demonstrated a marked increase in healthcare utilization following February 24, 2022, with the annual number of medical visits increasing by 43.96%. At the same time, a substantial shift in coding practices was identified. During the initial implementation of the system (2019–2020), consultations were predominantly coded according to the International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2), whereas during the wartime period the number of records coded according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) increased by 124.92%, reaching an almost equal distribution with ICPC-2 coding by 2025 (odds ratio = 1.05).

CATS-2 screening scores demonstrated a significant positive correlation with the frequency of nervous system diseases (Spearman's  $R_s = 0.41$ ), which accounted for a substantial proportion of the overall morbidity burden among children (44.1%). The highest proportions of diagnosed conditions during the wartime period were represented by diseases of the eye (57.4%) and diseases of the respiratory system.

A decline in family financial status during the war was significantly associated with higher levels of post-traumatic stress symptoms among school-aged children ( $\beta = 0.043$ ,  $p = 0.019$ ). A statistically significant positive correlation was also found between CATS-2 scores and the frequency of nervous system diseases (Spearman's  $R_s = 0.41$ ), supporting the association between psychological traumatization and the development of neurological disorders in children. During the wartime period, diseases

of the eye (57.4%), respiratory diseases, and nervous system diseases (44.1%) constituted the largest proportions of overall morbidity.

The dynamics of children's health status were determined by a combination of clinical, psychopathological, and sociodemographic factors. Higher levels of post-traumatic stress symptoms (CATS-2) were significantly associated with greater severity of somatic complaints (CSSI-8;  $R_s = 0.45$ ), a higher frequency of nervous system diseases ( $R_s = 0.41$ ), and increased numbers of healthcare visits and recorded diagnoses according to both the International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2) ( $R_s = 0.30$ ) and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) ( $R_s = 0.31$ ). Worsening psychological status ( $\Delta$ CATS-2) was associated with baseline post-traumatic stress symptom severity ( $R_s = -0.696$ ), the severity of stress-associated somatic symptoms (CSSI-8), and parental educational level. Somatization demonstrated the strongest predictive value for adverse psychological outcomes ( $OR = 6.61$ ;  $p = 0.026$ ).

The established regularities substantiate the recommendation to introduce routine screening for post-traumatic symptoms using validated questionnaires, specifically the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS), at the primary healthcare level and within educational institutions

For the first time, the regularities of the interconnected development of mental and somatic status disorders in children and adolescents under the conditions of prolonged martial law have been identified. It has been proven that psycho-emotional tension (signs of probable PTSD) and somatic pathology develop as synchronous markers of the overall negative impact of war factors on the child's body. For the first time, a comparative analysis was conducted on the features of children's psychosomatic status associated with the impact of war, taking into account the family's migration route: leaving Ukraine, internal displacement, returning to the permanent place of residence, or continuing to reside in the frontline city of Kharkiv.

For the first time, an increase in the pediatric population's need for medical care with the advancing duration of martial law has been identified. A statistically significant increase in the number of visits to primary healthcare physicians has been

proven for blood diseases, injuries, pathologies of the visual organ, ENT organs, skin, cardiovascular, musculoskeletal, and nervous systems. The process of chronic pathology accumulation in children and adolescents under the conditions of prolonged war has been determined, primarily regarding the visual analyzer, endocrine, musculoskeletal, and genitourinary systems, as well as infectious and parasitic diseases. It has been proven that the risk of rising morbidity levels has age and sex differentiation and directly correlates with the duration of exposure to wartime factors.

For the first time, the prevalence and clinical-psychological features of manifestations of probable post-traumatic stress disorder have been identified in children, pre-war residents of a frontline megacity (Kharkiv), under the conditions of martial law. The leading role of war-related events has been substantiated as the dominant psychotraumatic factor, accounting for a specific weight of 68.62% in the overall structure of psychotraumas experienced by children. It was revealed that symptoms of moderate and severe psychotraumatization are registered in 18.11% of the pediatric population, while signs of probable PTSD are detected in 10.48% of the examined individuals. The stability of the frequency of PTSD signs was statistically proven regardless of the children's location (migration status); however, their age and sex dependence was revealed, with a statistically significant prevalence among girls (17.68%, ( $p < 0.05$ )) and individuals over 7 years of age (15.16%, ( $p < 0.05$ )). It was established that intrusion symptoms, hyperarousal, and aggressive response dominate the structure of the identified disorders.

It was established that the key factors in the deterioration of the overall health status of children and adolescents (pre-war residents of Kharkiv) are the cumulative effect of psycho-emotional disorders, a decrease in the financial well-being of families, and the migration factor (both internal and external). It has been proven that stress-associated somatic manifestations, including intense chest pain, shortness of breath, convulsions, chronic abdominal pain, cephalgias, and other functional complaints, do not indicate the presence of organic pathology, but can be considered clinical markers of an unfavorable mental state in children.

It was established that the dynamics of the health status of children and adolescents during the war are determined by the complex action of demographic, social, and psycho-emotional factors. The most significant predictors of its deterioration were identified, which include the child's age and sex, their location during the war, the education level and marital status of the parents, the financial well-being of the family, as well as the baseline level of psychotraumatization determined by the screening results using the CATS-2 questionnaire.

The practical significance of the study lies in the fact that its findings have both theoretical and applied value and may be used in:

- medical education, as a basis for expanding knowledge on contemporary changes in the psychological status of children from Kharkiv, the accumulation of health disorders and the development of chronic diseases among adolescents under wartime conditions, as well as in the teaching of pediatrics, internal medicine, social medicine, psychology, and psychiatry, and for incorporation into the educational and research activities of medical universities;

- clinical practice, to facilitate the identification of children at increased risk of health deterioration during wartime and to improve strategies for the early detection of psychological disorders according to children's age and sex, thereby enabling timely prevention of subsequent deterioration in physical health;

- scientific research, as a foundation for further investigations aimed at preventing health disorders and the accumulation of chronic pathology in children and adolescents during the prolonged war in Ukraine, particularly in frontline regions.

The practical recommendations developed in this dissertation have been implemented in clinical practice and are currently used in the education and training of undergraduate and postgraduate medical students.

**Keywords:** children, adolescents, wartime, mental health, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, stress-associated somatic symptoms, disease prevalence, Electronic Healthcare System of Ukraine (eHealth).

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### Публікації у наукових фахових виданнях України, які входять до міжнародних наукометричних баз Scopus:

1. Shlieienkova H.O., **Cherkashyn M.M.**, Voloshyn K.V., Rzhavska O.O., Tsiura O.M., Shevchenko N.S. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances (Wiad Lek.* 2025;78(6):1059-1065). DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>.
2. Шлеєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., **Черкашин М.М.**, Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина».* 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. DOI: <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024-48-0>
3. Шевченко Н.С., **Черкашин М.М.** Накопичення потенційно посттравматичних симптомів у дітей, довоєнних мешканців міста Харкова, з урахуванням їх міграції. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2026. Т. 13. № 2(34). С. С. 302–313. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-34-06>

### Статті у рецензованих фахових періодичних виданнях України:

4. Шевченко Н.С., **Черкашин М.М.**, Шлеєнкова Г.О., Носова О.М. Зміни психо-соматичного статусу дітей – мешканців прифронтового м. Харкова. *Медицина сьогодні і завтра.* – 2025. - 94(4). DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.4.shc>

### Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Шлеєнкова Г.О., **Черкашин М.М.**, Шевченко Н.С. Стан здоров'я дітей та підлітків на тлі стресового фактору внаслідок воєнних дій в Україні. «Проблеми сьогодення в педіатрії» / Матеріали Х ювілейної щорічної науково-практичної

конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, 27 лютого 2025 року, м.Харків. С. 63-65.

**URL:**

<https://medicine.karazin.ua/resources/6b3e31645c9ec3d16cfd0656575895c2.pdf>

2. **Черкашин М.М.** Дитяча популяція прифронтового міста: нові виклики. Сучасна педіатрія. Україна. (2025). 5(149): 166-167.

DOI: [https://doi.org/10.15574/SP.2025.5\(149\).166167](https://doi.org/10.15574/SP.2025.5(149).166167)

3. **Черкашин М.М.** Накопичення несприятливих психологічних порушень у дітей, мешканців прифронтового регіону Харківщини. «Проблеми сьогодення в педіатрії / Матеріали XI ювілейної щорічної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, 26 лютого 2026 року, м.Харків. С. 63-65.

**URL:**

<https://medicine.karazin.ua/resources/d47b976f9de592768c96785d04f5437b.pdf>

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ЗМІСТ	18
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	20
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	30
1.1. Вплив воєнних дій на стан здоров'я дітей у світі та Україні	30
1.2. Ментальне здоров'я та ризик розвитку посттравматичного стресу в дітей та підлітків під час війни	34
1.3. Сучасне уявлення щодо вимірювання посттравматичного стресу в дітей і підлітків	44
1.4. Психо-соматичні паралелі при розвитку посттравматичного синдрому	48
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	54
2.1. Дизайн дослідження та біоетичні компоненти дослідження	54
2.2. Методи дослідження	55
2.3. Демографічна характеристика родин – учасників дослідження	60
РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ДІТЕЙ	66
3.1. Характеристика травматичних подій, які перенесли діти протягом воєнного часу	66
3.2. Поширеність ознак посттравматичної стресової реакції у дітей за відповідями батьків/опікунів	70

		19
3.3	Характеристика симптомів посттравматичного стресу в дітей різного віку	75
3.4	Основні компоненти посттравматичного стресу відповідно до класифікаційних критеріїв психічних розладів	88
РОЗДІЛ 4.	СОМАТИЧНІ ПРОЯВИ, АСОЦІЙОВАНІ ЗІ СТРЕСОМ, В ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ	95
РОЗДІЛ 5.	ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МІСТА ХАРКОВА ЗА ДАНИМИ ЄДИНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	103
5.1.	Поширеність патологічних станів у дітей-учасників дослідження на етапі надання первинної медичної допомоги	103
5.2.	Поширеність захворювань на другому етапі надання медичної допомоги (спеціалізованої допомоги) дітям – учасникам дослідження	112
РОЗДІЛ 6.	ПРОГНОЗУВАННЯ НЕГАТИВНИХ ЗМІН У СТАНІ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	137
	ВИСНОВКИ	155
	ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	158
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	159
	ДОДАТОК А. СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ	187
	ДОДАТОК Б. АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	189

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АТО	-	антитерористична операція;
ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я;
ЕСОЗ	-	електронна система охорони здоров'я;
МКХ-10	-	міжнародна класифікація хворіб X перегляду;
ООН	-	організація об'єднаних націй;
ПТСР	-	посттравматичний стресовий розлад;
ШІ	-	штучний інтелект;
CATS-2	-	Child and Adolescent Trauma Screen – 2;
CSSI-8	-	Children's Somatic Symptoms Inventory-8;
DSM-5	-	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th edition;
ICPC-2	-	International Classification of Primary Care-2;
KW	-	Kruskal–Wallis.

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Російське вторгнення в Україну, яке розпочалося в лютому 2022 року, є найбільшим європейським наземним наступом з часів Другої світової війни, експерти підтверджують безпрецедентний для пост-воєнної Європи рівень залучення живої сили, техніки та інтенсивності бойових дій [1, 2]. Війна є ескалацією збройного конфлікту, який охоплює частини сходу України з 2014 року [2, 3]. Загинула незліченна кількість цивільних осіб, мільйони дітей, жінок і людей похилого віку покинули країну. За оцінками Дитячого фонду Організації об'єднаних націй (ООН), 0,5 мільйона дітей стали біженцями лише за перший тиждень конфлікту, і з того часу ця цифра зростає [4, 5].

Лютий 2022 року позначився масштабним нападом росії на Україну, що призвело до глибокої травматизації українського суспільства. Постійна загроза для життя, дестабілізація та різке погіршення його умов критично відобразилися на здоров'ї громадян, зокрема на їхньому психоемоційному стані. Екстремальні чинники воєнного стану — обстріли, втрата близьких, руйнація осель та інфраструктури — виступають тригерами для розвитку психічних розладів, депресії та тривожних станів серед дорослого й дитячого населення [6-12].

Збройний конфлікт на сході України триває вже 10 років, увага більше надавалась вивченню травматичних ушкоджень, особливо у військових, а також впливу епідемії Covid-19, підкреслюючи, що загрози війни наздогнали суспільство, яке вже було психологічно та економічно виснажене пандемією Covid-19, що суттєво ускладнило загальну картину травматизації [13-15]. З 2022 року з'явилося багато досліджень щодо ментального здоров'я різних вікових груп і соціальних верст населення, більше уваги надавалось особам, які максимально вразливі до стресу, в тому числі молоді люди і діти до 18 років [16-18]. В подальшому з'явилися окремі повідомлення про стан психічного здоров'я дітей і підлітків, які постраждали від війни. Стало відомо, що під час війни ця категорія населення стикається із злочинами, насиллям, розлукою із родиною та

вимушеною зміною місця проживання, однак чітких параметрів щодо реакції на такий різноплановий виклик у дітей на сьогодні не відомо, оскільки відповідь дитячої психіки на стрес можуть бути різноспрямованими [19-21]. Стосовно дитячого віку важливо враховувати, що ці стресогенні фактори відбуваються під час критичних фаз фізичного, емоційного, соціального та когнітивного розвитку. Хоча зв'язок між ризиками для психічного здоров'я та збройними конфліктами добре відомий, дані про поширеність психічних розладів серед дітей та підлітків, які постраждали під час воєнних конфліктів, дуже різняться [20-23]. Ірако-іранська війна 1980-1988 років залишила близько 188 000 постраждалих і 378 540 ветеранів з інвалідністю та військовополонених, однак через два десятиліття наслідки війни не припинилися. Ті, хто вижив після хімічної війни, – не єдині жертви. Наступне покоління – також були травмовані війною, адже вони перейняли патерни поведінки батьків (опікунів) [24]. Дослідження іранських військових виявили, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), велика депресія і тривога дуже поширені серед дітей ветеранів і військовополонених. Згідно з дослідженням стану психічного здоров'я, тривалість перебування батьків у полоні чинить значний вплив на психічне здоров'я їхніх дітей. Порівняння рівня тривоги у дітей військових, ветеранів війни та військовополонених виявили, що у дітей військовополонених рівень тривоги значно вищий у порівнянні з іншими категоріями [24].

Міжнародні дослідження війни підкреслюють довготривалість і накопичення психологічних наслідків війни [20, 25, 26]. Підкреслюється, що фактори депресії і тривоги залишаються загальновідомими. Сімейні проблеми, такі як хвороби батьків, смерть, розлучення або розлука під час війни, поєднується із депресією та тривогою, що виникають в результаті травматичних і стресових ситуацій під час війни – однозначно екстремальної травматичної події [20, 25]. Тобто Загальноприйнятим наслідком війни є збільшення кількості тривожних та депресивних розладів. Разом з тим, в літературі обговорюються різні аспекти проблеми. Втрата рідних, вимушене переміщення, імміграція – все це чинить негативний вплив на ментальне здоров'я дитини та може зумовити

психологічну травму [21-25]. Також досвід війни та переміщення можуть спричиняти глибокий вплив на афективний розвиток і психічне здоров'я дітей, хоча механізми, що лежать в основі цих афектів, залишаються невідомими [19, 20]. Одночасно підкреслюється, що є різні стадії перебігу психологічної травми, пов'язаної з війною, вона має диференційовані ознаки в ранні та пізні стадії афективної поведінки у дітей-біженців [19]. Тому слід приймати до уваги факт подовження російсько-української війни, очікувано буде супроводжуватись пролонгацією психологічних змін, характер яких невідомий.

Поширеність ПТСР, тривоги та депресії в різних дослідженнях коливається від 7,6 % до 68,9 %, від 23,7 % до 94,9 % та від 4,1 % до 41,2 % відповідно [21-23], що потребує уточнення для раціональної організації медичної і психологічної допомоги. Такі широкі варіації можна пояснити типами та рівнями впливу, методологічними проблемами та використанням різних інструментів психіатричної оцінки [21].

Внаслідок ескалації російської воєнної агресії в Україні зросла також кількість соматичних захворювань у дітей [27, 28]. Травматичні події суттєво посилили загострення хронічних хвороб у дітей. У наукових оглядах, присвячених здоров'ю дітей під час війни в Україні, вчені зазначають, що стрес від обстрілів та тривале перебування у сирих, холодних і погано провітрюваних бомбосховищах стали прямими тригерами для масових загострень бронхіальної астми та важких рецидивів atopічного дерматиту у дітей, погіршення перебігу та загострення цукрового діабету 1 типу у дітей та підлітків, зростання рецидивів та загострень хронічних гастродуоденітів, виразкової хвороби та функціональних розладів біліарного тракту після початку повномасштабної війни [29-33]. Однак, в доступній літературі ми не знайшли достатньої інформації щодо загального стану здоров'я дітей під час війни.

Необхідність комплексного інтегративного підходу до порушень здоров'я та пошуку шляхів його збереження та відновлення була доведена ще під час антитерористичної операції на сході України (АТО) з 2014 року. Розглядалися можливі механізми впливу стресу, пов'язаного з воєнним конфліктом на Сході

України, на показники фізичного та психічного здоров'я дітей постраждалих категорій — внутрішньо переміщених осіб і таких, що втратили батьків [25, 28, 34]. Військові дії в Україні, життя в умовах повномасштабного вторгнення, безпрецедентна міграція, тривалість війни протягом майже 4 років стають абсолютно новими умовами формування змін психічного та соматичного здоров'я дітей і підлітків України.

На підставі визначеної актуальності було сформульовано мету, завдання та методи дослідження.

**Мета дослідження.** Визначення змін ментального та соматичного стану здоров'я дітей і підлітків в умовах воєнного часу з урахуванням їхніх потреб у медичній допомозі та соціально-демографічних чинників.

**Задачі дослідження:**

1. Дослідити частоту та характер ознак посттравматичного стресового розладу у дітей, довоєнних мешканців м. Харкова, визначити провідні зміни в їхньому психологічному статусі з урахуванням міграційних процесів після 24 лютого 2022 року.

2. Надати характеристику асоційованих зі стресом соматичних змін та розладів у дітей і підлітків в умовах воєнного стану.

3. Вивчити динаміку звернень за медичною допомогою дітей і підлітків протягом періоду воєнних дій та надати характеристику змінам їхнього соматичного здоров'я за даними електронної системи охорони здоров'я.

4. Визначити фактори погіршення ментального й соматичного здоров'я дитячого населення в умовах воєнного стану з урахуванням соціально-демографічних показників.

**Об'єкт дослідження:** стан соматичного і ментального здоров'я дитячого населення дітей і підлітків, які до початку повномасштабного вторгнення проживали в м. Харкові.

**Предмет дослідження:** закономірності виникнення порушень здоров'я дітей і підлітків і негативні прогностичні фактори погіршення ментального та соматичного стану дітей в умовах війни з урахуванням наявності ознак

посттравматичного стресу, стрес-асоційованих соматичних розладів, потреби дітей в медичній допомозі, а саме: числа і характеру записів в медичних картах дітей на етапах первинної і вторинної спеціалізованої ланки системи охорони здоров'я.

**Методи дослідження:** он-лайн опитування (скринінг дитячих та підліткових травм, версія 2 (Child and Adolescent Trauma Screen - 2 (CATS-2)); спеціалізована дитяча версія опитувальника соматичних симптомів (Children's Somatic Symptoms Inventory-8 (CSSI-8)), аналіз даних медичних записів Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) відповідно до Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги, друге видання (International Classification of Primary Care-2 (ICPC-2) та за міжнародною класифікацією хвороб X перегляду (МКХ - 10); статистичні (параметричні, непараметричні, кореляційний аналіз, розрахунок відносного ризику, побудова рівняння логістичної регресії).

**Наукова новизна отриманих результатів.** Уперше визначено закономірності взаємопов'язаного формування порушень ментального та соматичного статусу дітей та підлітків в умовах тривалого воєнного стану. Доведено, що психоемоційне напруження (ознаки ймовірного ПТСР) та соматична патологія розвиваються як синхронні маркери загального негативного впливу чинників війни на дитячий організм. Вперше проведено порівняльний аналіз асоційованих із впливом війни особливостей психосоматичного стану дітей з урахуванням міграційного маршруту родини: виїзду за межі України, внутрішнього переміщення, повернення до місця постійного проживання або продовження проживання у прифронтовому місті Харкові.

Уперше визначено зростання потреби дитячого населення у медичній допомозі із збільшенням тривалості воєнного стану. Доведено достовірне збільшення кількості звернень до лікарів первинної ланки медичної допомоги з приводу захворювань крові, травм, патології органу зору, ЛОР-органів, шкіри, серцево-судинної, опорно-рухової та нервової систем. Визначено процес кумуляції хронічної патології у дітей та підлітків в умовах тривалої війни,

насамперед з боку зорового аналізатора, ендокринної, кістково-м'язової, сечостатевої систем, а також інфекційних і паразитарних хвороб. Доведено, що ризик підвищення рівнів захворюваності має віково-статеву диференціацію та безпосередньо корелює із тривалістю впливу факторів воєнного часу.

Уперше визначено поширеність та клініко-психологічні особливості проявів ймовірного посттравматичного стресового розладу у дітей, довоєнних мешканців прифронтового мегаполіса (м. Харків) в умовах воєнного стану. Обґрунтовано провідну роль подій, пов'язаних з війною, як домінуючого психотравмуючого чинника, питома вага якого у загальній структурі пережитих дітьми психотравм становить 68,62 %. Виявлено, що симптоми помірної та високої психотравматизації реєструються у 18,11 % дитячого населення, тоді як ознаки ймовірного ПТСР виявляються у 10,48 % обстежених. Статистично доведено стабільність частоти ознак ПТСР незалежно від місця перебування (міграційного статусу) дітей, проте виявлено їхню віково-статеву залежність із достовірним превалюванням серед дівчат (17,68 %, ( $p < 0,05$ )) та осіб віком понад 7 років (15,16 %, ( $p < 0,05$ )). Встановлено, що у структурі виявлених порушень домінують симптоми інтрузії, гіперзбудження та агресивного реагування.

Встановлено, що ключовими чинниками погіршення загального стану здоров'я дітей та підлітків (довоєнних мешканців м. Харкова) є кумулятивний ефект психоемоційних порушень, зниження фінансового благополуччя родин, а також чинник міграції (як внутрішньої, так і зовнішньої). Доведено, що стрес-асоційовані соматичні прояви, зокрема інтенсивний біль у ділянці серця, задишка, судоми, хронічний абдомінальний біль, цефалгії та інші функціональні скарги, не свідчать про наявність органічної патології, проте можуть розглядатися як клінічні маркери несприятливого психічного стану дітей.

Встановлено, що динаміка стану здоров'я дітей і підлітків під час війни визначається комплексною дією демографічних, соціальних та психоемоційних чинників. Визначено найбільш значущі предиктори його погіршення, до яких належать вік і стать дитини, місце її перебування під час війни, рівень освіти та сімейний стан батьків, матеріальне благополуччя родини, а також первинний

рівень психотравматизації, визначений за результатами скринінгового обстеження із застосуванням опитувальника CATS-2.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом самостійно проведено інформаційний пошук та проаналізовано більшість літературних даних з теми наукової роботи, розроблено дизайн дослідження. Автором особисто проведено онлайн-опитування батьків, за результатами яких 2336 відповідей були включені до аналізу. Дослідницька робота проводилась упродовж 2023–2025 рр. особисто Черкашиним М.М. на клінічній базі Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (ректор – д.юр.н., професор Кагановська Т.Є.) - ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної Академії медичних наук України» (директор – д.мед.н., професор Даниленко Г. М.) та на базі дитячої «Амбулаторії Орленок» (директор - Черкашин М.М.). Здобувач самостійно систематизував і статистично опрацював отримані результати, написав всі розділи дисертації та оформив їх, зробив висновки і сформулював практичні рекомендації. Автор особисто підготував до друку наукові праці і забезпечив впровадження наукових розробок в роботу лікувально-профілактичних і педагогічних закладів України. Ідеї та розробки співавторів дисертантом не використані.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи представлені та обговорені на науково-практичних конференціях з міжнародною участю: VIII, IX, X, XI Науково-практична конференція з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії» (м. Харків, 23 лютого 2023 р.; 29 лютого 2024 р.; 27 лютого 2025 р.; 26 лютого 2026 р.); щорічна Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків» (м. Харків, 15–16 листопада 2023 р., 13-14 листопада 2024 р., 12–14 листопада 2025 року); VII Конгрес Української Академії педіатричних спеціальностей, м.Львів, 6-8 червня 2025 р.; майстер-клас RedSMART Практикум, м.Харків, 24.04.2026 р.

Апробація дисертаційної роботи відбулася на розширеному засіданні кафедри педіатрії медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна 16 червня 2026 року.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 194 сторінках комп'ютерного тексту, складається зі вступу, огляду літератури, 6 розділів результатів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій та додатків. Список літератури складається з 220 джерел (26 друкованих аркушів). Робота ілюстрована 3 рисунками і 39 таблицями.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами.**

Робота ЧЕРКАШИНА Михайла Миколайовича виконувалась у відповідності до плану науково-дослідних робіт кафедри і є фрагментом науково-дослідної роботи Державної станова «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України» «Дослідити особливості перебігу хронічних захворювань у підлітків в умовах війни та повоєнного часу та удосконалити систему їхньої медико-психологічної реабілітації» (2024–2026 рр.), номер державної реєстрації 0123U103127. Дисертант є співвиконавцем зазначеної НДР.

**Практичне значення отриманих результатів.** Викладені в дисертаційному дослідженні положення, мають теоретико-прикладну спрямованість і можуть бути використані у:

- освітньому процесі – як основа для розширення відомостей про сучасні аспекти змін психологічного та соматичного стану дітей-мешканців м.Харкова, формування хронічної патології в умовах воєнного часу сучасних підлітків; у викладанні педіатрії, внутрішньої медицини, соціальної медицини, психології та психіатрії, впровадженні отриманих відомостей у науковий процес відповідних кафедр медичних закладів вищої освіти;
- практичній діяльності закладів охорони здоров'я щодо розширення можливостей раннього виявлення психологічних порушень у дітей відповідного віку і статі;

- науково-дослідній діяльності – для проведення подальших поглиблених наукових досліджень щодо попередження розвитку порушень стану здоров'я дітей і накопичення патології в молодому віці в умовах подовження війни в Україні та перебування в прифронтовому регіоні.

## РОЗДІЛ 1

### ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

#### 1.1. Вплив воєнних дій на стан здоров'я дітей у світі та Україні

Військові конфлікти супроводжують розвиток людства з давніх часів. Незважаючи на технічне і економічне зростання, електронну еволюцію засобів виробництва і зв'язку, наукові відкриття останніх років, сучасний світ характеризується перманентним станом війни в різних куточках Землі [35, 36]. Масштабні наслідки війни охоплюють не тільки військову сферу, а й громадське населення. Поряд з іншими цивільними проблемами відбувається істотне погіршення громадського здоров'я, включаючи масові травми, зростаючу інвалідність, психічні розлади та збільшення смертності серед цивільного населення [37, 38]. Разом з цим, наслідки сучасних воєн викликають довготривале зростання смертності від хвороб навіть після завершення конфлікту [39].

Провідними причинами таких змін вважають руйнування роботи системи охорони здоров'я із порушенням функціонування всіх її компонентів — від медичних закладів і кадрового забезпечення до управління та фінансування, від руйнування інфраструктури та порушення системи надання медичних послуг та медичної логістики, що негативно впливає як прямо, так і опосередковано, і потребує тривалого післявоєнного відновлення [40-46]. Вторинно це спричиняє спалахи інфекційних захворювань, порушення економічної діяльності медичних закладів, втрату заробітної плати та доходів медичних працівників, їх звільнення, що безумовно впливає на погіршення загального здоров'я населення [44, 46-50].

Найбільш вразливою групою населення, яка страждає під час війни, є діти і підлітки, а вплив воєнних дій на них є найбільш руйнівним. Війна та військова агресія проти дітей розглядаються як порушення їх основних прав, що постійно впливають на їх фізичне та психічне здоров'я, соціальне благополуччя, мають довгострокові наслідки для їх розвитку [51]. За оцінками міжнародних досліджень, близько 246 млн дітей у світі проживають у регіонах, охоплених

збройними конфліктами, що робить війну одним із ключових соціальних детермінант дитячого здоров'я [52].

Серед основних факторів, що спричиняють погіршення здоров'я дітей, називають поганий доступ до базових ліків, медичного обслуговування, імунізації та основних санітарних послуг. Подовження війни посилює зазначені проблеми, тривалі війни призводять до погіршення показників здоров'я населення, зростання дитячої смертності та зниження доступу до медичної допомоги [47]. Наслідки війни для здоров'я дітей мають довготривалий міжпоколінний характер. Наукові дані свідчать, що негативний вплив війни може зберігатися протягом декількох поколінь, впливаючи на здоров'я, розвиток та соціальне благополуччя дітей [53].

Обговорюючи вплив війни на здоров'я дитячого населення, слід виділити акушерські проблеми – ускладнення перебігу вагітності жінок під час війни, вибірккову смертність плода, передчасні пологи [53-55]. Все це відбувається на тлі небезпечних або неадекватних умов життя, голоду або хронічного недостатнього споживання їжі, неправильних методів годування дітей, особливо немовлят, частих інфекційних захворювань, переважно кишкових інфекцій [56].

Особливо підкреслюється значущий негативний зв'язок між збройними конфліктами та харчовим статусом дітей. Багатьма дослідниками доведено, що збройні конфлікти суттєво погіршують харчовий статус дітей і асоціюються зі зростанням частоти затримки росту, виснаження та недоїдання, а інтенсивність і тривалість конфліктів корелюють із вираженістю погіршень. Порушення продовольчих систем, міграція населення та бідність у воєнний час є окремими складовими зростання гострого та хронічного недоїдання серед дітей [57-59]. Негативно впливає на харчування інтенсивне переміщення людей, мігранти та біженці часто стикаються з харчовою небезпекою, яка пов'язана з бідністю, соціально-економічними труднощами, змінами середовища та доступу до продуктів [48, 59]. Збройні конфлікти руйнують аграрне виробництво та торгові ланцюги, що спричиняє продовольчу небезпеку та зростання гострого і хронічного недоїдання серед дітей [49].

Відповідно, одним з основних наслідків війни є негативний вплив на фізичний розвиток дітей [60]. Дослідження у 56 країнах показали, що діти, які проживають у зоні конфлікту, мають гірші антропометричні показники — нижчі показники росту, маси тіла та індексу маси тіла, вплив збройних конфліктів робить дітей на 6,6% нижчими відносно їхнього віку, на 11,0 % худішими відносно їхнього зросту та на 9,0 % худішими відносно їхнього віку. Вплив збройних конфліктів додатково підвищує ймовірність затримки росту, виснаження та недостатньої ваги, а діти, народжені матерями з низьким рівнем освіти, діти з відносно бідних сімей та діти, які проживають у сільській місцевості, як правило, мають більші проблеми зі здоров'ям.

Війна порушує освітній процес і соціальний розвиток дітей, призводить до руйнування шкіл. Вимушена міграція та небезпека бойових дій призводять до масового переривання навчання, що негативно впливає на когнітивний і соціальний розвиток дітей [60-63].

Ще одним соціальним явищем, яке з'являється під час війни і негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я дітей, є соціальне сирітство внаслідок загибелі батьків, міграції або роз'єднання сімей, зростає кількість дітей-сиріт та дітей без батьківського піклування [64, 65].

Прямим наслідком війни є підвищення дитячої смертності і травматизму, оскільки збройні конфлікти супроводжуються різким зростанням смертності, поранень та інвалідації серед дітей через бойові дії, мінно-вибухові травми і руйнування цивільної інфраструктури [60, 66].

За даними багатьох дослідників, війна знижує охоплення дитячої популяції імунізацією, у зонах конфлікту відзначається зменшення рівня вакцинації, що сприяє поверненню контрольованих інфекційних хвороб і зростанню епідемічних ризиків. Матаналіз зв'язку вакцинації і воєнних дій за період 1985-2025 роки показав, що у 85,0 % досліджень війна асоціювалася зі зниженням рівня вакцинації дітей, інколи більш ніж на 20,0 % для таких вакцин, як проти дифтерії, коклюшу, правця, туберкульозу і поліомієліту. В той же час,

аналіз вакцинації дітей у зоні Нагорно-Карабахського конфлікту показав, що рівень вакцинації був збережений [48, 67, 68].

Доведено, що діти в умовах війни частіше хворіють на інфекційні захворювання, нестача чистої води та медичних ресурсів сприяє поширенню респіраторних, кишкових та паразитарних інфекцій серед дітей. За оцінками, збройні конфлікти спричинили приблизно 30 мільйонів смертей серед цивільного населення протягом останніх 27 років, причому дві третини з них сталися серед жінок та дітей. Діти надзвичайно вразливі до масового переміщення населення, відчуваючи сукупну втрату безпеки, харчування, житла, гігієни і медичного обслуговування. За цих обставин виникнення та поширення численних інфекційних захворювань може призвести до підвищеної захворюваності та смертності ще довго після закінчення активного конфлікту. Гострі респіраторні інфекції, дифтерія, кір, вітряна віспа та холера – це деякі з найпоширеніших інфекційних захворювань, поширеність яких зростає серед населення, переміщеного або постраждалого від конфлікту [53, 69-73].

Аналіз зв'язку між впливом конфлікту та показниками здоров'я дитини від внутрішньоутробного періоду до 5 років, використовуючи вибірку з 590 488 дітей дошкільного віку з 52 країн за період з 1997 по 2018 рік, показав, що до вагомих факторів погіршення стану здоров'я відносять місце знаходження інцидентів або конфліктів (як рівень, так і серйозність конфліктів) та гетерогенний вплив різних показників конфлікту в різних країнах з часом [74]. Тому, війна в Україні має свої особливості і характеризується іншим впливом на дітей, ніж війни в Афганістані, Сирії, інших країнах.

Попередні дані показали, що вплив тероризму та конфліктів може мати катастрофічні наслідки для психологічного благополуччя людей, призводячи до різних проблем із психічним здоров'ям, включаючи депресію, гострі стресові реакції, зміни особистості, когнітивні порушення, тривожні розлади та ПТСР. Це стосується тих, хто безпосередньо бере участь у конфлікті, військовослужбовців та ветеранів, а також невинних цивільних осіб, таких як біженці та населення загалом [15, 75-78]. Збройне протистояння між Україною та росією з 2014 року

вже призвело до низки психологічних проблем [15, 79]. Емпіричне дослідження, яке оцінювало психологічне благополуччя українського народу до та після агресії, виявило, що частка людей з показниками стресу зросла на 5% з 2012 по 2016 рік [15]. Опитування, проведене серед 2203 молодих українців, які були переселені по всій Україні у 2016 році, виявило, що 32% людей мали ПТСР, 22% відчували депресію, а 17% стикалися з тривогою [77, 80].

Оскільки люди переживають травматичні події та стрес тривалої війни, існує підвищена ймовірність проблем із психічним здоров'ям та погіршення психосоціального благополуччя [76, 77, 81, 82]. Однак, було проведено обмежену кількість доказів щодо виникнення психологічних симптомів у населення України під час російсько-українського конфлікту. Згідно з науковими дослідженнями, проведеними у 2022 році, серед громадян Польщі та українських біженців, які проживають у Польщі, було задокументовано помітну частоту воєнної тривоги, яка досягла 77,7% [83]. Було проведено опитування серед студентів та співробітників чотирьох університетів в Україні, за результатами якого спостерігалася значна поширеність емоційних станів гніву (76,9%), депресії (84,3%), нервозності (84,4%), самотності (51,8%) та виснаження (86,7%) [84]. Отже, виникає нагальна потреба дослідити поширеність психічних відхилень, змін ментального здоров'я серед населення під час російського вторгнення в Україну, як в цілому, так і серед найбільш вразливої частини населення – дітей та підлітків.

## **1.2. Ментальне здоров'я та ризик розвитку посттравматичного стресу в дітей та підлітків під час війни**

На психічне благополуччя дітей впливає безліч факторів. Дослідження, що охоплюють переважно такі дисципліни, як психологія, охорона здоров'я та соціологія, постійно підкреслюють важливість наступних змінних – соціально-економічний статус, сімейне середовище та доступ до освіти, у формуванні ментального здоров'я дітей [86, 87].

Однак, ці фактори, хоча й є вирішальними, представляють лише частину великого набору детермінант, що впливають на психічне благополуччя дитини. Вплив війни, яка суттєво змінює ці фактори та їх вплив на психологічний стан дітей, залишається недостатньо дослідженим [20, 88]. Війна або конфліктні ситуації створюють серйозні виклики для всіх аспектів життя, особливо для дітей, оскільки вони кардинально змінюють соціально-культурне, економічне та екологічне середовище. Збройні конфлікти призводять до значного зростання поширеності депресії, тривожних розладів та ПТСР серед населення, що пов'язано з хронічним стресом, насильством, втратою близьких, вимушеним переселенням і руйнуванням звичного соціального середовища [89]. Ці умови потенційно порушують та переосмислюють традиційні фактори, які впливають на психічне здоров'я, тим самим змінюючи їхню роль та вплив. Наприклад, захисний ефект певних факторів (сімейне середовище або соціально-економічний статус), може послабитися або навіть змінитися перед обличчям труднощів війни [51, 90, 91].

Діти є найбільш вразливою групою до психотравмуючих факторів війни, вони часто позбавлені базових потреб, психологічної підтримки, можливостей для навчання та професійної діяльності в умовах збройних конфліктів, а також інших ресурсів, що сприяють позитивному психосоціальному розвитку та психічному здоров'ю [92]. Мають визначальне значення незрілі когнітивні та емоційні механізми, які обмежують здатність дітей до адекватного опрацювання травматичних подій, що підвищує ризик розвитку психічних розладів у порівнянні з дорослими [51]. Війна непропорційно впливає саме на дітей, формуючи довготривалу психічну кризу, оскільки діти та підлітки є групою, яка може не надавати відповідну реакцію на психотравму війни [93].

Існуюча література надає цінну інформацію про стан психічного здоров'я дітей в умовах конфлікту або війни. Кілька досліджень задокументували поширеність проблем психічного здоров'я серед дітей, які зазнали впливу війни та конфліктів. Наприклад, систематичний огляд, проведений В.Аттанаяке та ін. (2009), показав, що поширеність ознак ПТСР серед дітей, які зазнали впливу

війни, коливалася від 4,5 до 89,3%, тоді як рівень депресії досягав 25,0 % [94, 95]. Інший метааналіз, проведений Ф.Чарлсоном та ін. (2019), оцінив, що серед постраждалих від конфлікту груп населення 22,1% мали психічні розлади, причому тривога та ПТСР були найпоширенішими [96].

Дослідження також виявили різні фактори ризику поганого стану психічного здоров'я в цих умовах. Т.С.Бетанкур та ін. (2013) виявили, що вплив насильства та втрата опікунів були значними предикторами інтерналізації проблем серед молоді, яка постраждала від війни у Сьєрра-Леоне [97]. Аналогічно К.Пантер-Брік та ін. (2015) повідомили, що вплив травми та щоденні стресові фактори були пов'язані з вищим рівнем ПТСР та симптомів депресії серед афганської молоді [98].

Тривала війна в Україні має глибокий вплив як на місцеву, так і на світову економіку, а також на інфраструктуру та загальне благополуччя людей. Багаторічна тривалість конфлікту в поєднанні з численними пов'язаними з ним наслідками, такими як повна невизначеність, несприятливі економічні умови та тривожний медіа-фон, визначають тривалий руйнівний вплив на психічне здоров'я населення [99]. У результаті формується високий ризик розвитку ПТСР, депресії та тривожних розладів у дітей та підлітків [94].

У дослідженні, проведеному під час повномасштабної війни, у клінічній вибірці дітей та молоді поширеність станів, які відповідають критеріям ПТСР згідно з Діагностичним та статистичним посібником з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5) та Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду, становила до 68,7% та 31,3% відповідно [100]. За даними інших авторів, у підлітків, які зазнали воєнних травм, середня поширеність ПТСР становить приблизно 29,4%, що підтверджує високу вразливість цієї вікової групи до психологічних наслідків війни, при чому тривалість конфлікту прямо корелює з тяжкістю психологічних наслідків, поширеність ПТСР у підлітків зростає з часом після пережитих травматичних подій [101]. Слід вказати, що серед дітей, які пережили бойові дії, 44,00 % мають щонайменше один психічний розлад, включаючи депресію, тривожні та посттравматичні розлади [102].

Наукові дослідження, які проведені протягом 2022-2025 років, намагались знайти взаємозв'язки психічних і психологічних порушень із рядом факторів, які можуть стати прогностично вагомими. Війна, безсумнівно, збільшує психологічне напруження. Разом з цим, було визначено кілька додаткових факторів, пов'язаних з проблемами психічного здоров'я у дітей. Найбільш важливими серед них щодо ризику розвитку ПТСР у дітей вважається безпосереднє спостереження насильства, руйнування житла, поранення або смерть родичів [103, 104]. Порушення сімейної структури, включаючи втрату батьків або тривалу розлуку з ними, є одним із найсильніших предикторів розвитку психотравматичних реакцій у дітей під час війни [94].

За даними звітів міжнародних організацій, кожна п'ята дитина в Україні повідомила про втрату близького родича або друга з моменту ескалації війни майже чотири роки тому. Кожна третя дитина повідомила, що почувається настільки безнадійно та сумно, що не може займатися своїми звичайними справами [105].

Доведено, що переживання, пов'язані з війною, особливо таке як жертва насильства та примусове розлучення з батьками, були пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ПТСР [106], а втрата близької людини була пов'язана з депресивними та тривожними симптомами [107]. О.Осокіна із співавт. (2023) та A.Sourander та ін. (2024) показали, що переживання ненасильницьких воєнних подій, включаючи втрату мереж соціальної підтримки, пошук безпечніших місць та тривале перебування на контрольно-пропускних пунктах, збільшувало ризик розвитку ПТСР, тривоги, депресії та суїцидальних схильностей або самоушкодження [106, 108]. Слід зауважити, що для дітей стає травмуючим вплив будь-якої воєнної події внаслідок інтерналізації проблем, що негативно впливає на всі оцінені сфери психічного здоров'я [109, 110].

Рівень травматичного досвіду був особливо високим серед дітей, батьки яких перебували на передовій або проживали на окупованих територіях [111]. Підлітки повідомляли про пов'язаний з війною досвід, такий як примусове розлучення з сім'ями, смерть родичів та пошкодження майна [112, 113]. Також

виявлена дозозалежність між впливом воєнної травми та суїцидальними схильностями або самоушкодженням [114].

Щодо статевих відмінностей, окремі дослідження повідомили, що дівчата відчують вищий рівень емоційного дистресу, ПТСР, депресії та тривоги, суїцидальних думок та спроб самогубства, ніж хлопці [9, 114-116]. В іншому дослідженні проблеми з поведінкою були більш поширеними серед хлопчиків, ніж у дівчаток [117]. В той же час ряд дослідників не підтверджують наявності значних відмінностей між хлопчиками та дівчатками в балах за оцінкою травма-специфічної поведінки [100, 118-120]. Примітно, що хлопчики демонстрували вищий рівень стійкості, ніж дівчатка, які більше демонстрували психологічні зміни [121].

За даними огляду 2026 року зв'язок між віком дитини та результатами психічного здоров'я був непослідовним. Депресивні симптоми та проблеми інтерналізації були більш поширеними у дітей старшого віку, тоді як молодші діти частіше відчували проблеми, пов'язані з концентрацією уваги [109, 122].

Аналіз впливу російсько-української війни також виявив залежність розвитку психічних розладів і місця перебування дітей, особливо на початкових етапах. Встановлено, що проживання в районах, які постраждали від війни, збільшувало ризик ПТСР, тривоги, депресивних симптомів та суїцидальності або самоушкодження порівняно з підлітками, які проживали в регіонах, що безпосередньо не постраждали від війни на її ранній стадії [106, 123]. Переміщені діти часто вказували на нічні кошмари та замкнутість [113, 124], а також демонстрували агресивну поведінку [125]. Діти та молодь, які проживають за кордоном, повідомляли про вищий рівень депресії і низьку стійкість порівняно зі своїми однолітками, які проживають в Україні. [126]. Малюнки внутрішньо переміщених дітей відображали руйнування через війну, втрачені домівки та домашніх тварин, спогади про довоєнне життя та соціальну ізоляцію [127, 128].

Вимушене переселення внаслідок війни супроводжується значним психологічним стресом через втрату соціальних зв'язків, школи та безпечного середовища [28], воно створювало додатковий психологічний тягар, оскільки

переміщені підлітки відчували симптоми посилення депресії, тривоги та ПТСР [106]. У дослідженні, проведеному під час повномасштабної війни, поширеність депресії або тривоги, розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, розладів харчової поведінки та психологічної травми була високою не лише в регіонах, що постраждали від війни, але й за кордоном [110]. Серед українських біженців, 17,5 % відчували тривогу, а 12,3 % мали депресивні симптоми [120]. Біженці загалом повідомляли про більше симптомів, ніж їхні однолітки в Україні, хоча інше дослідження не виявило значних відмінностей у впливі травм, посттравматичному стресовому розладі або складному посттравматичному стресовому розладі між підлітками в Україні та тими, що перебувають за кордоном [100].

Встановлено, що вік є значущим модератором тяжкості симптомів, причому молодший вік асоціюється з гіршими довгостроковими психічними наслідками [129]. Дослідження психічного здоров'я дітей в Україні після повномасштабного вторгнення показало, що 12,6% дітей шкільного віку та 17,5% дошкільнят відповідають критеріям ПТСР [130]. Діти молодшого віку є більш вразливими до тривалих і тяжких психічних наслідків війни, оскільки їхня нервова система перебуває на критичних етапах розвитку. Діти молодшого віку мають обмежені когнітивні та емоційні ресурси і, відповідно, меншу здатність до когнітивної переробки травматичного досвіду, що ускладнює ефективну переробку травматичного досвіду і може призводити до більш тривалих і тяжких проявів психічних розладів після пережитої війни. Це призводить до більш виражених і пролонгованих симптомів ПТСР, тривоги та поведінкових розладів, включаючи регрес розвитку, порушення прив'язаності та соматичні прояви порівняно зі старшими дітьми [131, 132]. З іншого боку, в дітей старшого віку, у підлітків, травматичні події війни можуть проявлятися через агресивну поведінку, порушення навчання, соціальну ізоляцію та ризиковану поведінку [129, 132, 133].

Іншими факторами, що впливали на психічне здоров'я дітей, були структура сім'ї, соціально-економічний статус та відносини з батьками.

Проживання в неповній сім'ї було пов'язане з високим рівнем проблем екстеріоризації, а низька освіта батьків або соціально-економічний статус був пов'язаний з високим рівнем проблем інтеріоризації та уваги [109].

Поганий батьківський нагляд, непослідовна дисципліна та тілесні покарання були визначені як фактори ризику для розладу поведінки, тоді як недостатня участь батьків збільшувала ризики як розладу поведінки, так і булінгу [117]. Було виявлено, що самотність, перитравматичні переживання та низька соціальна підтримка збільшували ризики депресії та посттравматичного стресового розладу [9, 115]. Перехресне дослідження виявило, що попередні психологічні або фармакологічні втручання були пов'язані з більш вираженими симптомами ПТСР [119].

Аналіз літератури за темою наслідків війни для дітей показав, що тривале перебування в умовах воєнного конфлікту може спричинити комплексну травму, що включає поєднання емоційних, когнітивних і поведінкових порушень у дітей, а хронічний стрес, спричинений війною, може призводити до порушень нейропсихологічного розвитку, включаючи проблеми пам'яті, уваги та емоційної регуляції. Війна порушує нормальний процес соціалізації дітей, що підвищує ризик формування соціальної дезадаптації та поведінкових розладів у підлітковому віці [134-135]. Підлітки, які пережили травматичні події війни, часто демонструють порушення навчальної мотивації та когнітивної продуктивності, що негативно впливає на освітні результати.

Вочевидь, слід очікувати, що подовження війни сприяє нашаруванню ментальних змін. Світові вчені, які займаються проблемами психологічної адаптації під час війни, доводять, що наслідки війни можуть зберігатися роками після завершення бойових дій, проявляючись у вигляді хронічного ПТСР, депресії, тривожних розладів та соціальної дезадаптації, що підвищує ризик розвитку психічних розладів у дорослому віці [136-138].

Навіть при перебуванні в безпечному просторі психічні розлади можуть зберігатися роками після травматичних подій війни, особливо за умов соціальної

нестабільності, а симптоми ПТСР у дітей можуть зберігатися протягом багатьох років, особливо якщо не проводиться лікування [139-140].

Одночасно світові науковці почали вивчати захисні фактори та стійкість у дітей, які постраждали від війни. Так, В.А.Тол та ін. (2013) провели систематичний огляд стійкості та психічного здоров'я дітей, які проживають у зонах збройного конфлікту, і виявили, що такі фактори, як соціальна підтримка, психічне здоров'я опікунів та прийняття громадою, пов'язані з кращими результатами психічного здоров'я [141]. При цьому залишається остаточно невизначеним, як війна чи конфлікт взаємодіють із встановленими предикторами психічного благополуччя дітей. Більшість досліджень зосереджувалися на прямому впливі війни на характеристики психічного здоров'я, але менше відомо про те, як війна може пом'якшувати зв'язок між іншими факторами та психічним благополуччям. Незважаючи на погіршення психічного здоров'я дітей з початку війни, мало хто звертався за психологічною підтримкою [113]. В той же час серед дітей, хто отримував спеціалізовану допомогу, спостерігалось зменшення симптомів ПТСР, депресії та тривоги [142].

За останнім метаналізом немає єдиної думки щодо наслідків російсько-української війни [114]. Так, серед публікацій англомовного наукового середовища, показники поширеності ментальних порушень значно варіювалися в різних дослідженнях, частково через використання різних інструментів, різні періоди збору даних та різних інформаторів (тобто, самостійних повідомлень та повідомлень опікунів) для вимірювання тих самих проблем, що обмежувало можливості порівнянь. Депресію та тривогу зазвичай вимірювали за допомогою самостійно повідомленої анкети здоров'я пацієнта-9 або генералізованого тривожного розладу-7 та за допомогою звіту батьків/опікунів ПТСР [106, 110, 116, 118, 119], емоційні та поведінкові проблеми – за допомогою самозвіту молоді [117, 122] та контрольного списку поведінки дітей [120, 143].

Таким чином, проведений аналіз сучасних наукових досліджень переконливо свідчить про те, що війна є потужним і багатовимірним чинником порушення психічного здоров'я дітей, формуючи довготривалу, системну та

часто міжпоколінну кризу. На відміну від дорослого населення, діти демонструють значно вищу вразливість до психотравмуючих факторів збройного конфлікту, що обумовлено незрілістю нервової системи, залежністю від дорослих та критичною роллю стабільного середовища для їхнього розвитку.

Важливим аспектом є те, що війна не лише погіршує поточний психічний стан дітей, але й впливає на їхній подальший розвиток, включаючи когнітивні функції, емоційну регуляцію та соціальну адаптацію. Дослідження демонструють, що тривала експозиція до стресу змінює базові механізми психічного благополуччя, формуючи підвищену вразливість до психічних розладів у дорослому віці. Крім того, встановлено наявність міжпоколінного ефекту, коли наслідки травматичного досвіду можуть передаватися наступним поколінням через психосоціальні та біологічні механізми.

Особливої уваги потребують діти з груп підвищеного ризику, зокрема внутрішньо переміщені особи, біженці, діти, які втратили членів сім'ї або проживають у зонах активних бойових дій. У цих категорій спостерігається більш виражений рівень депресії, тривоги та травматичних симптомів, що підкреслює необхідність диференційованого підходу до надання психосоціальної підтримки[144, 145].

Одним з великих напрямів досліджень, які розпочались в період російсько-української війни, стало вивчення ментального здоров'я людей, які переживають воєнний досвід. Так, Pfeiffer E. із співавт. (2024) провели дослідження, яке мало на меті висвітлення поширеності травматичних подій, ПТСР та комплексного ПТСР у дітей та підлітків. Вони обрали групу юних осіб, які звертаються за психіатричною допомогою після російського вторгнення [100]. Науковці європейських країн, куди мігрувала велика кількість українських дітей, свідчать про досить значну частину розповсюдженості ознак посттравматичного стресу серед них. Так, **з у** 200 українських дітей та підлітків (вік = 12,01, діапазон 4–21; 62,0% дівчат), стан яких досліджувався з жовтня 2022 року по серпень 2023 року, відмічено в середньому чотири різні травматичні події, найчастіше про війну (n = 123; 68,7 %), погрози знущань (n = 71; 39,7%) та домашнє насильство (n = 68;

38,0 %). Майже 70 % ( $n = 123$ ) відповідали критеріям ПТСР за DSM-5, а 31,0 % ( $n = 56$ ) відповідали критеріям ПТСР за МКХ-11 та 21,0 % ( $n = 38$ ) – критеріям комплексного посттравматичного стресового розладу за МКХ-11. Рівень ПТСР був ще вищим у дітей дошкільного віку (95%). Порівняння власних повідомлень та повідомлень осіб, які здійснюють догляд, про травматичні події та балів тяжкості ПТСР/комплексного ПТСР показало помірну або високу кореляцію між пацієнтами й особами, які здійснюють догляд ( $r = 0,710-0,767$ ). Це було перше дослідження, що досліджувало травму та ПТСР у дітей та підлітків під час війни в Україні за допомогою самостійних звітів і звітів опікунів. Українські діти та підлітки в цьому дослідженні повідомляли про досвід в середньому чотирьох різних посттравматичних травм, що подібно до інших вибірок дітей і підлітків, які проходили лікування психічного здоров'я, у Німеччині, Норвегії та США [100]. Незважаючи на те, що зміни ментального здоров'я можуть відбуватись на тлі інших подій, не пов'язаних з війною (домашнє насильство, булінг, нещасні випадки/травми), саме українські діти показали найвищу частоту ПТСР [52].

Іншим напрямком наукового пошуку було визначення узгодженості повідомлень про травми та ПТСР і дійсними об'єктивними симптомами цих порушень. Показано, що українські діти та підлітки, які розпочинають лікування, повідомляють про велику кількість травматичних подій і симптомів, пов'язаних з травмою, що може мати довготривалий негативний вплив на їхній соціально-емоційний розвиток та якість життя. Задачами на майбутнє стає впровадження травмоорієнтованих інтервенцій, заснованих на чітких діагностичних критеріях. Існують окремі дослідження, наприклад, частина проекту «TF-CBT Ukraine» [13], метою якого є впровадження та оцінка травмоорієнтованої терапії «Травмоорієнтованої когнітивно-поведінкової терапії» (TF-CBT) в Україні під час війни [100].

### **1.3. Сучасне уявлення щодо вимірювання посттравматичного стресу в дітей і підлітків**

Будь-які дослідження змін, які відбулись у відповідь на дію психогенної травми або травмуючої події, потребують чітких і валідованих інструментів. Тому з 90-х років попереднього сторіччя стали застосовуватись різноманітні шкали для вимірювання ступеня і диференціації проявів психологічних змін. Другою метою використання таких шкал стала оцінка ефективності терапії та можливість довготривалого спостереження, і відповідно, порівняння психологічного статусу в різні періоди існування [146-150].

Науковці отримали задовільні результати і розповсюдили цей досвід на широкий спектр досліджень посттравматичних симптомів. На сьогодні контрольний список ПТСР для Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання (PCL-5) є одним з найбільш широко використовуваних інструментів у клінічній практиці, але досі тривають дебати щодо його факторної структури [151-154].

Пізніше науковий огляд інструментів, які використовуються для оцінки ПТСР у дорослих, показав, що розробка ефективних методів його скринінгу є важливою в контексті масових травм, географічного розподілу жертв та обмеженої доступності спеціалістів із психологічних травм. Огляд зосереджений на опублікованих англійськомовних інструментах скринінгу ПТСР серед цивільного населення, що складаються з 30 або менше пунктів та валідовані за допомогою структурованих клінічних інтерв'ю. Було визначено тринадцять інструментів, які відповідають цим критеріям, всі вони складаються з симптомів травматичного стресу. В огляді зроблено висновок, що ефективність деяких доступних на даний момент інструментів близька до їх максимальної потенційної ефективності і що інструменти з меншою кількістю пунктів, простішими шкалами відповідей та простішими методами оцінювання працюють так само добре, якщо не краще, ніж довгі та складніші вимірювання [155]. Підкреслюється, що своєчасне виявлення осіб із ризиком розвитку ПТСР після травми має вирішальне значення для забезпечення цілеспрямованих профілактичних втручань [156].

Симптоми посттравматичного стресу стали оцінювати за допомогою версії «Скринінгу травм дітей та підлітків – версія для батьків/опікуна» (Child and Adolescent Trauma Screen, (Parent / Caregiver report) (CATS) – стандартизованого інструменту скринінгу, що базується на діагностичних критеріях ПТСР. CATS розроблено для одночасного охоплення симптомів розладу у дітей й підлітків віком 3–17 років (відповідно до діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'ятого видання та міжнародної класифікації хворіб, включно з можливістю ідентифікації комплексного ПТСР). Проведені дослідження щодо валідності та відображення клінічної картини психічних відхилень за допомогою даної анкети показали, що CATS-2 добре враховує критерії DSM-5 та МКХ-10 для ПТСР та комплексного ПТСР і дозволяє клініцистам та дослідникам перемикатися між обома діагностичними системами. Міжнародна валідація довела хороші психометричні властивості та відокремила порогові бали. CATS-2 широко використовується, оскільки це інструмент без ліцензії, який є вільно доступним [100]. Латентна структура шкали симптомів CATS, про яку повідомляли батьки, найкраще відображалася трифакторною та чотирифакторною моделями у вибірках дошкільнят та дітей шкільного віку відповідно. Оцінки внутрішньої надійності були високими для обох вибірок. Валідність критеріїв підтверджувалася асоціаціями із зовнішніми показниками інтерналізації, екстерналізації та проблем з увагою. Наступне дослідження підтверджує психометричні властивості української шкали симптомів CATS, про яку повідомляли батьки, які можна регулярно використовувати в клінічній практиці для оцінки ПТСР опікуном. (Запис бази даних PsycInfo (c) 2025 APA, всі права захищено) [119].

Варіант методики має великий потенціал в якості психометричного інструменту, призначеного для оцінки різноплановості та глибини дитячої психічної травми, в особливості таких латентних її видів, як емоційна зневага і самотність. Ця шкала з успіхом використовується для клінічних та наукових досліджень з метою первинної диференційованої оцінки впливу травматичних подій на розвиток психологічного неблагополуччя у дорослому віці [157-158].

Адаптована методика CATS демонструє високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,850$ ) та має трифакторну структуру, яка пояснює різні аспекти впливу травми і пов'язаних із нею симптомів на українських дітей та підлітків. Факторний аналіз вказує на прийнятні індекси згоди, підтверджуючи валідність адаптованого опитувальника CATS при оцінці симптомів, пов'язаних із травмою, у цій групі населення.

Використання CATS базується на результатах української, а також міжнародної співпраці з розробниками методів TF-CBT, сертифікованими міжнародними тренерами TF-CBT, Національною психологічною асоціацією України, Національною мережею дитячого травматичного стресу (Сполучені Штати Америки), Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством освіти і науки України, а також проектом «Психічне здоров'я для України», що реалізується GFA Consulting Group GmbH. Цей проект отримав етичне схвалення Ульмського університету (номер: Cl/Sta) у Німеччині та Житомирського державного університету імені Івана Франка (номер: 9-08072022) в Україні. Одним з результатів є впровадження показника CATS-2, який використовувався для оцінки ефективності психотерапевтичних заходів, під час лікування пацієнтів просили оцінити кожную дитину/підлітка та їхнього опікуна до та після лікування за допомогою показника CATS-2 [157, 159, 160]. Надійність у цьому дослідженні була від задовільної до доброї, її результати чітко корелювали з патологічними станами, що занесені до класифікацій хвороб, коефіцієнт кореляції дорівнював 0,69 – 0,89, що дозволяє його використовувати з метою скринінгу психологічних порушень. Також було показано, що має місце відтворюваність результатів самозвіту для дітей і підлітків та опікунів, в даному випадку коефіцієнт кореляції дорівнює 0,79-0,92, що також дозволяло віднести цю версію до клінічно значущих. Оскільки немає адаптованої версії CATS-2 для дітей дошкільного віку, у віці від 3 до 6 років використовується тільки версія CATS для опікунів [157]. Порівняння власних звітів та звітів осіб, що доглядають за пацієнтами, щодо історії травм і ступеня тяжкості ПТСР/КПТСР показало помірну або високу узгодженість між пацієнтами та їхніми опікунами. Разом з тим, окремі автори

[157] виявили лише слабку або помірну кореляцію між власними звітами та звітами осіб, що доглядають за пацієнтами, за шкалою CATS-2 у німецькій, норвезькій та американській вибірках. Було підкреслено, що для українських сімей є традиційним тісне спілкування батьків та дітей, в тому числі про травму дитини і пов'язані з нею симптоми стресу. Батьки мали особливо добре розуміння симптомів своєї дитини, оскільки вони разом переживали подібні травматичні події та симптоми під час російсько-української війни [161]. Відповідно, на сьогодні є доцільним і важливим залучення батьків та опікунів у процес діагностики психічних порушень дітей, оскільки була показана користь вивчення саме батьківської характеристики симптоматики [162, 163].

Адаптована методика CATS може бути дієвим інструментом виявлення травматичної психопатології в українських дітей та підлітків, які постраждали від війни. Її використання забезпечує глибше розуміння впливу війни на психічне здоров'я. Крім того, аналіз методики вказує на важливість інструментів скринінгу, які враховують культурні особливості у вирішенні кризи психічного здоров'я населення, що постраждало від війни [160]. Знання про профілі ПТСР для різних типів травм може допомогти клініцистам розробити ефективні персоналізовані втручання, які запобігають довгостроковим наслідкам воєнного стресу [164, 165].

#### **1.4. Психо-соматичні паралелі при розвитку посттравматичного стресового розладу**

В останні десятиліття зростання частоти техногенних та екологічних катастроф, інфекційних захворювань, соціальних катаклізмів та локальних війн призвело до зростання поширеності психосоматичних захворювань у суспільстві. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) психогенні події можуть призвести до порушення психічного та фізичного здоров'я та соціальної адаптації людини в суспільстві. Психічні захворювання все частіше визнаються глобальним пріоритетом охорони здоров'я та, враховуючи їх економічний тягар, стають одним із пріоритетів розвитку національних систем

охорони здоров'я, економічної політики та міжнародних програм громадського здоров'я [166]. Поєднання психічних розладів і соматичних захворювань ускладнює діагностику та проведення психокорекційних і реабілітаційних заходів, а також погіршує перебіг захворювання. Виникає широкий спектр психосоматичних захворювань, що виникають на тлі психоемоційного стресу після травматичних подій, результат яких впливає на фізіологічне функціонування організму індивіда.

У Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, 5-те видання (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)) цей стан називається розладом соматичних симптомів, який включає розлад соматизації, іпохондрію, больовий розлад та недиференційований соматоформний розлад [167]. Етіологія психосоматичних розладів є багатофакторною. Ряд факторів, таких як риси особистості, генетичні, екологічні та біологічні фактори, відіграють важливу роль у патогенезі психосоматичних розладів. За останню чверть століття спостерігається різке зростання психогенних розладів, загалом, з 38 до 42% серед пацієнтів, які зверталися до лікарів. Є дані, що психологічні (емоційні) фактори пов'язані з більш ніж 40 видами соматичних захворювань, серед яких найпоширенішими є ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, інфекційні й онкологічні захворювання, різні види дерматитів [168-171]. Причиною, яка обумовлює поєднання у посттравматичному синдромі не лише психічних, а й численних соматичних проявів, вважається порушення інтеграції між нервовою, ендокринною та імунною системами [172]. Першими клінічними супутниками ПТСР є підвищення частоти скарг і повідомлень про біль, втому, головний біль, гастроінтестинальні симптоми та інші тілесні скарги [172].

Вперше про соматизацію ментальних порушень було повідомлено в дослідженні на південному сході Мічигану в 1989 році, де тричі з перервою в два роки провели обстеження робітників. Поширеність синдрому соматизації та кількість симптомів соматизації протягом 5-річного періоду спостереження

значно зростала, ПТСР в анамнезі був пов'язаний зі значно більшою кількістю соматичних симптомів. Перспективно, ПТСР в анамнезі сигналізував про підвищений ризик болю (відношення шансів (ВШ) = 2,1) та конверсійних симптомів (ВШ = 2,3) у період спостереження порівняно з тими, хто не мав розладу [173]. В наступні роки було доведено, що існує прямий кореляційний зв'язок між тяжкістю ПТСР і вираженістю соматичних симптомів. Зростання інтенсивності посттравматичних симптомів супроводжується пропорційним підвищенням соматизації.

Вважається, що виникнення соматичних проявів у відповідь на травмуючу подію відбувається саме шляхом формування ПТСР, тобто ПТСР виступає медіатором між травмою та соматичними проявами [174]. Серед механізмів, які обумовлюють соматизацію ПТСР, розглядають надлишкову активацію симпатичної нервової системи, що призводить до м'язової напруги, тахікардії, порушення дихання та хронічного болю. Другим з центральним біологічних механізмів виникнення психосоматичних змін є порушення гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі. В свою чергу її дисрегуляція призводить до гормональних змін, які впливають на соматичне здоров'я, включаючи розвиток ожиріння, інсулінорезистентність та цукровий діабет 2 типу [175].

Одним з найчастіших симптомів, які виникають внаслідок цих порушень, є безсоння і хронічна втома. Виснаження енергетичних ресурсів організму є наслідком тривалого стресу. Втома зустрічається, по даним різних авторів, до 88% серед жінок та 65% серед чоловіків, які страждають на посттравматичні розлади. Загалом, 68,0 % осіб, які втратили близьких, мали показники оцінки ПТСР вище порогового значення при наявності безсоння, при цьому не було виявлено статистично значущих гендерних відмінностей. Жіноча стать, нав'язливість та збудження були пов'язані з соматичними симптомами, зокрема з безсонням. Соматичні симптоми, уникнення та гіперзбудження були пов'язані з іншими функціональними порушеннями навіть через вісім років після травмуючої події. Автори наполягають, що необхідне довгострокове

спостереження та підтримка після травматичної втрати, які зосереджені на соматичних симптомах та безсонні [172, 176].

До механізмів, які призводять до соматичних проявів на тлі психологічних порушень, відносять також хронічний стрес. Тривала активація стресових механізмів зі свого боку спричиняє дисбаланс вегетативної регуляції та метаболічні зміни. Найбільш виражений зв'язок між симптомами ПТСР та соматичними проявами був характерний для раннього етапу відновлення (3–7 місяців після психотравмуючої події), коли гостра стресова відповідь супроводжується максимальною дисрегуляцією нейроендокринної, імунної та автономної нервової систем. У міру збільшення тривалості відновлення (13–17 місяців) сила цього взаємозв'язку поступово зменшується, що, ймовірно, відображає процеси психофізіологічної адаптації та часткового відновлення гомеостатичних механізмів. Проте у пацієнтів із хронічним перебігом ПТСР соматичні симптоми можуть зберігатися незалежно від динаміки психічних проявів, формуючи самостійний компонент клінічної картини захворювання [172, 177].

Слід зауважити, що соматичні симптоми можуть передувати або прогнозувати розвиток ПТСР, ранні соматичні симптоми (безсоння, головний біль) можуть виступати предикторами тяжкості ПТСР у майбутньому. З іншого боку ПТСР і соматичні симптоми мають взаємний (двоспрямований) вплив. Не лише ПТСР викликає соматизацію, але й соматичні симптоми підтримують і посилюють посттравматичні прояви [178].

На підставі обзору розвитку посттравматичної реакції у молоді в 2022 році науковці приходять до висновку, що соматизація є формою психологічної дезадаптації при перенесеній травмі. Невиражені або неусвідомлені емоції трансформуються у тілесні симптоми як спосіб «вивільнення» психічного напруження [179].

Сучасні дослідження переконливо доводять, що серцево-судинні захворювання у дорослих осіб займають провідне місце в структурі соматичних порушень при ПТСР, хронічний стрес і симпатична активація сприяють розвитку

в першу чергу артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця, гострих порушень функції коронарних судин [180]. Тому ПТСР слід розглядати не лише як психічний розлад, а як системне захворювання з високою кардіометаболічною значущістю [181-183]. Також ключовою ланкою психосоматичних розладів є порушення сну, при цьому інсомнія та фрагментація сну сприяють як психічним, так і соматичним порушенням [178].

Відомо, що хронічний стрес сприяє імунній дисрегуляції та підвищеній запальній відповіді, отже розвиток ПТСР асоціюється з порушенням роботи імунної системи. Хронічна стресова реакція залучає імунну систему шляхом змін кишкового мікробіому. Цей взаємозв'язок утворює вісь мікробіота-кишечник-імунітет-мозок і сприяє психічному здоров'ю або його розладам. Дисбактеріоз і порушення регуляції імунної системи можуть переходити в аутоімунну відповідь із супутніми нейропсихологічними наслідками в контексті осі мікробіота-кишечник-імунітет-мозок [184-185]. Серед патогенетичних механізмів визначають роль імунної дисфункції, активності цитокінів, порушень балансу між про- та протизапальними цитокінами, що формує стан хронічного запалення. [187, 188].

Одними з провідних соматичних проявів стресових реакцій є функціональні та органічні розлади шлунково-кишкового тракту, такі як функціональна диспепсія, синдром подразненого кишечника, гастрит та виразкова хвороба [189-191]. Дані зміни широко описані у літературі, що вивчає стан ветеранів сучасних війн. Дослідження дітей із ознаками психологічних порушень в Японії показало, що ймовірність виникнення синдрому подразненого кишківника була в 3,718 та 1,924 рази вищою для тих, хто мав симптоми порушення самоорганізації ( $p < 0,001$ ) та симптоми ПТСР ( $p = 0,005$ ), а тяжкість синдрому подразненого кишківника була найвищою в першій групі [192]. Система шлунково-кишкового тракту нерозривно пов'язана з відновленням після травми через імунну модуляцію та засвоєння поживних речовин. Дисфункція осі мозок-кишечник, зокрема змінена моторика, симптоми недостатності травлення

та запалення, сприяє вторинному пошкодженню мозку і підтримує його розлади [193].

Також не виключається генетична схильність до реактивних змін в поєднанні з кишковими проявами. Так, генетична схильність до ПТСР була пов'язана з одним шлунково-кишковим захворюванням, зокрема раком підшлункової залози, а генетична схильність до синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю була пов'язана з чотирма шлунково-кишковими захворюваннями: гастроєзофагальним рефлюксом, виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки, хронічним гастритом, що підтверджують причинно-наслідковий зв'язок між психологічними та специфічними шлунково-кишковими захворюваннями [194, 195].

Серед органних уражень, які асоційовані з посттравматичними реакціями, згадується і дихальна система. З її боку відбувається розвиток як функціональних, так і органічних порушень, включаючи бронхіальну астму, гіпервентиляційний синдром, зниження функції легень та хронічні респіраторні захворювання [196, 197].

Таким чином, психологічні порушення, які виникають внаслідок перенесених травмуючих подій, є системними розладами, які виходять за межі психічної патології та охоплюють широкий спектр соматичних захворювань. Найбільш значущими є серцево-судинні, метаболічні, автоімунні, гастроінтестинальні розлади та больові синдроми. Їх розвиток зумовлений складною взаємодією нейроендокринних, імунних і поведінкових механізмів, що формують хронічний патологічний процес із високим рівнем коморбідності.

Погане фізичне здоров'я слід визнавати, поряд з проблемами психічного здоров'я та порушенням психосоціального функціонування, як наслідок травматичного впливу. ПТСР та інші клінічно значущі реакції на дистрес є ключовим кроком у запуску процесів, через які перенесений негативний досвід впливає на здоров'я. Ці процеси включають психологічні, біологічні, поведінкові механізми, які взаємодіють, обтяжуючи здатність організму до адаптації, тим самим збільшуючи ймовірність захворювань та хворобливої поведінки [198].

Слід очікувати, що особи з ознаками ПТСР формують суттєво вищий рівень використання медичних послуг порівняно із загальною популяцією, що проявляється частішими зверненнями до первинної ланки, спеціалізованої допомоги та стаціонарного лікування. Однак, враховуючи наслідки травматичного впливу для фізичного здоров'я в рамках лікування і систем лікування, можна зменшити навантаження на окремих осіб та суспільство. І на цьому шляху основна увага має надаватись молоді і дітям.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Дизайн дослідження та біоетичні компоненти дослідження

Дисертаційна робота проводилась упродовж 2022–2026 рр. на клінічній базі кафедри педіатрії: в Державній Установі «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України» (директор – д. мед. н., проф. Даниленко Г. М.) та дитячій «Амбулаторії Орленок» (ФОП Черкашин М.М). Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України» «Дослідити особливості перебігу хронічних захворювань у підлітків в умовах війни та повоєнного часу та удосконалити систему їхньої медико-психологічної реабілітації» (номер державної реєстрації: 0123U103127, термін виконання: 01.01.2024-31.12.2026 рр., керівник – зам. директора з наукової роботи, д.м.н. Диннік В.О.).

Дослідження було затверджено комітетом з біоетики Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна (протокол етичної комісії № 4/2 від 14.02.2024 р.). Дослідження проведено відповідно до вимог біоетики з дотриманням положень Гельсінської декларації (1964 р.), прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації, Конвенції про права людини та біомедицину (Рада Європи, 1977 р.), Міжнародному кодексу медичної етики 1983 р., відповідним положенням ВООЗ, та законам України, «Типового положення про комісію з питань етики», затверджених наказами МОЗ України № 523 від 12.07.2012 р. та № 616 від 03.08.2012 р.. Дослідження мали мінімальні психологічні втрати з боку пацієнтів, діти та їх батьки були повністю проінформовані про мету, методи та об'єм досліджень, отримано інформовану згоду батьків дітей-учасників дослідження.

Дослідження складалось з наступних частин: скринінг наявності ознак посттравматичного стресу у дітей протягом війни, збір даних проводився трьома

етапами: 15.02.2024-27.02.2024 року, 20.09.2024-29.01.2025 року та 01.09.2025-10.11.2025 року; скринінг соматичних проявів, асоційованих зі стресовим навантаженням; аналіз даних національної єдиної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) з метою визначення динаміки звернень за медичною допомогою і числа патологічних станів за міжнародною класифікацією первинної допомоги (International Classification of Primary Care-2 - ICPC-2) та міжнародною класифікацією хворіб десятого перегляду (МКХ-10) дітей протягом воєнного часу порівняно із довоєнним періодом. Враховувались наступні параметри: вік та стать дітей, рівень освіти і матеріального становища під час війни батьків, склад сім'ї та місце перебування родини (переїзд до інших міст України, за кордон або повернення і перебування в м. Харкові).

## **2.2. Методи дослідження**

У дослідженні взяли участь 2336 респондентів – батьків дітей від 3 до 18 років. Формування вибірки відбувалося за методом випадкового відбору серед родин – довоєнних мешканців м. Харкова, які не мали хронічних соматичних захворювань до війни і спостерігались педіатром за місцем проживання. Критерії включення до дослідження: участь у дослідженні приймали батьки дітей, яким виповнилось три роки і були молодше 18 років, які проживали у прифронтовому місті Харкові (Україна) до 24.02.2022 р.; дозвіл батьків, здатних заповнити анкети, на участь у дослідженні.

Усі респонденти брали участь в опитуванні добровільно. Перед початком тестування батьки/опікуни в обов'язковому порядку ознайомлювалися з метою дослідження, інформацією про конфіденційність використання даних та надавали свою інформовану згоду (шляхом маркування відповідного обов'язкового пункту в онлайн-формі). Критерії виключення: відмова батьків надати інформовану згоду.

Для використання діагностичного інструментарію та фіксації відповідей було використано хмарну платформу (Google Forms). Посилання на онлайн-опитувальник розповсюджувалося за допомогою цільових публікацій у

тематичних спільнотах соціальних мереж та через залучення регіональних освітніх платформ.

Соціально-демографічна інформація, така як вік та стать дітей, рівень освіти і матеріального становища під час війни батьків, склад сім'ї та поточне місцезнаходження, отримувалась за допомогою нестандартизованої анкети.

Для оцінки ознак ПТСР було використано «Скринінг дитячих та підліткових травм», версія 2, в оригіналі (англійською) методика називається «Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2). Цей опитувальник вважається золотим стандартом скринінгу, оскільки базується на сучасних діагностичних критеріях DSM-5 та МКХ-10 [157, 199]. Друга версія скринінгу дитячої та підліткової травми (CATS-2) вимірює потенційно травматичні події та симптоми посттравматичного стресу ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5 та МКХ-10. Використовується дві версії для дітей різного віку – до семи та понад семи років. Досвід перенесених подій оцінюється за допомогою структурованого контрольного списку з 15 пунктів, що включає різноманітні події, такі як досвід або свідок насильства вдома, сексуального насильства або війни. Учасники можуть вказати, чи пережили вони цю подію, вказавши або «так», або «ні».

ПТСР оцінювався за допомогою окремих питань, оцінених за 4-бальною шкалою Лайкерта (0 = «Ніколи», 1 = «Іноді», 2 = «Часто», 3 = «Майже завжди»). Психосоціальне функціонування вимірювалося за допомогою речень, які запитують чи заважає стан дитини п'яти ключовим сферам функціонування (взаємодія з іншими, навчання/робота, хобі, сімейні стосунки та загальне щастя). Внаслідок воєнного стану і дистанційного перебування учасників дослідження використовувались версії для батьків/опікунів, як дітей молодшої групи (до 7 років - [https://childmind.org/wp-content/uploads/2022/03/CATS-3-6-years-parent-report\\_ukr-translation.pdf](https://childmind.org/wp-content/uploads/2022/03/CATS-3-6-years-parent-report_ukr-translation.pdf)), так і старших (7-17 років - [https://childmind.org/wp-content/uploads/2022/03/CATS-7-17-years-parent-report\\_ukr-translation.pdf](https://childmind.org/wp-content/uploads/2022/03/CATS-7-17-years-parent-report_ukr-translation.pdf)). Версія CATS для опікунів містить контрольний список 16 пунктів для дітей до 7 років і 20 пунктів – для дітей старше за 7 років [119, 200].

Бали та інтерпретація результатів проводилась відповідно до вікового варіанту опитувальника. Для старших дітей загальна кількість балів менше 15 результат вважається нормальним, це не клінічно підвищений рівень; від 15 до 20 балів – розглядається як помірні симптоми травми; більше або дорівнює 21 – ймовірний ПТСР. Для дітей молодшого віку результат трактується при загальній кількості балів менше 12 як нормальний, не клінічно підвищений, від 12 до 14 – помірні симптоми травми, від 15 і вище – ймовірний ПТСР [201].

Наявність соматичних проявів стресової реакції у дітей проводилось за допомогою дитячий опитувальник соматичних симптомів - Children's Somatic Symptoms Inventory-8 (CSSI-8) [202]. Це короткий стандартизований опитувальник для оцінки загальної тяжкості та рівня вираженості соматичних (тілесних) симптомів у дітей та підлітків. Він є скороченою версією класичного інструменту CSSI-24 (раніше відомого як Children's Somatization Inventory). Опитувальник вимірює не причину симптомів, а те, наскільки сильно вони турбують дитину, що робить його чудовим інструментом для швидкого скринінгу соматизації стресової реакції. Оцінюється самопочуття дитини за останні 2 тижні. CSSI-8 охоплює 8 специфічних соматичних проявів, які репрезентують різні системи організму та найчастіше пов'язані з психоемоційним дискомфортом і стресом: біль у шлунку або животі, головний біль/біль у попереку / нижній частині спини, запаморочення або переднепритомний стан, біль у руках або ногах, прискорене серцебиття, нудота або розлад шлунку, загальна слабкість (у різних частинах тіла). Для кожного з 8 запитань обирається варіант відповіді за 5-бальною шкалою Лайкерта, залежно від того, як сильно симптом турбував її протягом останніх 14 днів: 0 балів — зовсім ні, 1 бал — рідко, 2 бали — іноді, 3 бали — часто, 4 бали — дуже часто, класичний підрахунок передбачає діапазон загального балу від 0 до 32 (де 0 — повна відсутність дистресу, 32 — максимальний рівень). Інтерпретація результатів: 0 – 10 балів (низький рівень): нормальна соматична реакція. Симптоми мають поодинокий характер і суттєво не порушують щоденне функціонування. Результат від 11 до 21 балу свідчать про помірний рівень: помітна соматизація. Може вказувати на реакцію на хронічний

стрес; від 22 до 32 балів - високий рівень, що свідчить про виражений соматичний дистрес.

Аналіз стану здоров'я дітей і підлітків проводився за допомогою даних Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) з метою об'єктивізації результатів. Інформаційною базою дослідження стали первинні деперсоніфіковані дані центральної бази даних України за період з 2019 по 2025 роки. Проведено ретроспективне когортне дослідження. Збір та обробка даних здійснювалися відповідно до принципів біоетики та захисту персональних даних пацієнтів, усі аналізовані медичні записи були повністю знеособлені на етапі вивантаження. Для комплексного аналізу захворюваності було застосовано підхід подвійного кодування відповідно до архітектури ЕСОЗ: на рівні первинної медичної допомоги: клінічні випадки, симптоми та причини звернень оцінювали за кодами Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги другого перегляду (ICPC-2). Аналізувалися ресурси епізодів медичної допомоги (Episodes of care) та медичних записів (Encounters), внесені лікарями загальної практики — сімейними лікарями та педіатрами. На рівні спеціалізованої медичної допомоги діагнози пацієнтів (основні, супутні та ускладнення) під час амбулаторних консультацій та стаціонарного лікування класифікували за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Враховуючи етапність впровадження модулів ЕСОЗ, аналіз госпіталізацій за МКХ-10 проводився з урахуванням повної стабілізації та валідності даних, починаючи з квітня 2020 року (моменту запуску Програми медичних гарантій для спеціалізованої ланки).

Весь розрахунок базувався на унікальних пацієнтах, а не на кількості записів, оскільки одна дитина могла звертатися кілька разів, але в статистиці поширеності хвороб вона має враховуватися як одна одиниця.

Статистична обробка отриманих даних виконувалася з використанням програмного забезпечення (IBM SPSS Statistics v.26). Перед статистичною обробкою всі дані були перевірені на нормальність розподілу даних за допомогою критерія Колмогорова-Смірнова. Категорійні змінні, визначені як

частота і відсоток, були представлені як кількість (%) та порівнювалися за допомогою точного тесту кутового перетворення Фішера ( $\phi$ ). Неперервні змінні з нормальним розподілом були представлені як середнє (M) та стандартного відхилення (SD), тоді як безперервні змінні з асиметричним розподілом були представлені як медіана (Me) та діапазон (міжквартильний Q25-Q75 або діапазон minimum-maximum).

Для визначення вірогідності відмінностей показників використовували параметричні (t-критерій Ст'юдента (p)), і непараметричні критерії (u-критерій Вілкоксона – Манна – Уїтні для незалежних вибірок, критерій Краскла-Уолліса (H) у разі порівняння ознак в трьох і більше вибірках). Для статистичного порівняння значень з номінальної шкалою три та більше рівнів використовували One-way ANOVA, для розрахунку статистичної значущості — LSD test.

Для визначення зв'язків між незалежними змінними проводився кореляційний аналіз методом лінійної кореляції Пірсона при нормальному розподілі даних та рангової кореляції Спірмена (r) при ненормальному розподілі. Для визначення прогностичної значущості показників проводився множинний регресійний аналіз ( $R^2$ ). Побудова логістичних регресійних моделей здійснювалася методом покрокового виключення прогностичних чинників із визначенням мінімального набору предикторів за оцінюванням коефіцієнту детермінації  $R^2$ , що показує частку впливу всіх предикторів моделі на залежну змінну та коефіцієнтів регресійної моделі для змінних DUMMY, якщо в номінальній шкалі було більше двох рівнів.

Аналіз бінарних та номінальних змінних проводили з використанням таблиць спряженості (2 x 2). Математична оцінка відносної ймовірності настання певної медичної події здійснювалася за допомогою методу відношення шансів (OR). Для оцінки статистичної точності та надійності отриманих значень OR для кожного показника вираховували межі 95% довірчого інтервалу (95% CI) за методом Вальда (Wald). Інтерпретацію результатів проводили за загальноприйнятими критеріями: (OR > 1) розцінювали як наявність прямого зв'язку (фактор підвищує шанси настання події); (OR < 1) — як зворотний зв'язок

(протективний фактор); (OR = 1) — як відсутність впливу фактора. Статистичну значущість отриманих моделей підтверджували за умови, що межі 95% СІ знаходилися виключно в межах позитивних або негативних значень відносно одиниці [203].

Критичний рівень значущості для перевірки статистичних гіпотез при порівнянні груп і логістичному аналізі приймали за  $p < 0,05$ .

У роботі використовувалися інструменти штучного інтелекту (ШІ) (мовна модель Gemini від компанії Google, ChatGPT від компанії OpenAI). Вони застосовувалися для граматичної перевірки, аналізу та верифікації наукових першоджерел, перекладу цитат. Всі розділи, при написанні яких використовувався ШІ, перевірені та відредаговані автором особисто. Наукові положення, висновки та результати є власним інтелектуальним внеском автора.

### **2.3. Демографічна характеристика родин – учасників дослідження**

В дослідженні прийняли участь 2336 дітей, які до початку війни 24 лютого 2022 року мешкали в м. Харкові. Серед них було 1165 дівчаток та 1171 хлопчиків, відповідно в рівній кількості (49,87 % та 50,13 %). Вік дітей, батьки яких прийняли участь у опитуванні, склав  $10,58 \pm 0,08$  років, група дітей віком до 7 років склала 330 осіб (14,13 %), старше понад 7 років – 2006 осіб (85,87 %).

Початок війни характеризувався надвисокими процесами міграції, тому було прийнято до уваги місце розташування сімей з дітьми під час участі у дослідженні. В Харкові знаходилась переважна більшість учасників – 1819 осіб (77,87 %), також діти були в інших містах України (275 осіб, 11,77 %) та за кордоном (242 особи, 10,36 %). Розподіл дітей за статтю залишався практично без змін, в рівній пропорції було дівчаток і хлопчиків незалежно від міста перебування (табл. 2.1)

Середній вік не відрізнявся між групами дітей, що мешкали в Харкові ( $10,48 \pm 0,09$  років) і інших містах України ( $10,74 \pm 0,23$  роки). При цьому середній вік дітей, що виїхали за кордон був достовірно вищий, ніж тих, хто продовжує жити в Харкові ( $11,19 \pm 0,24$  роки,  $p < 0,001$ ). Діти старше 7 років

склали переважну більшість (78,13%) учасників, за кордоном їх було достовірно більше ніж у м. Харкові (89,25 % проти 85,16 %,  $p < 0,001$ ).

Таблиця 2.1

**Статеві-вікові характеристики дітей, які прийняли участь у дослідженні**

Характеристики	Усі учасники	м.Харків	Інші міста України	За кордоном
Загальна чисельність, осіб	2336	1819	275	242
Дівчатка, n (%)	1165 (49,87)	922 (50,69)	130 (47,27)	113 (46,69)
Хлопчики, n (%)	1171 (50,13)	897 (49,31)	145 (52,73)	129 (53,31)
Вік, роки (M ±m)	10,58±0,08	10,48±0,09	10,74±0,23	11,19±0,24 <sup>3</sup>
Діти до 7 років, n (%)	330 (14,13)	270 (14,84)	34 (12,36)	26 (10,74)
Діти старше 7 років, n (%)	2006 (85,87)	1549 (85,16)	241 (87,64)	216 (89,25) <sup>1</sup>

Примітка: <sup>1</sup> $p < 0,05$ , <sup>2</sup> $p < 0,01$  <sup>3</sup> $p < 0,001$  - відмінності між показниками дітей, що мешкають в м.Харкові та за кордоном.

Був оцінений фізичний розвиток дітей. Показники росту зберігались в межах нормальних значень. Відповідно індексу маси тіла (ІМТ) нормальні показники мали місце у переважній більшості дітей загальної групи (75,68 %), однак кількість таких осіб в м.Харкові була достовірно меншою, ніж серед дітей, які перебували за кордоном України (80,58 %;  $p < 0,01$ ). В десятої частини дітей відмічався дефіцит маси тіла (9,93 %), кількість таких дітей відмічалась незалежно від міста перебування. Також зустрічались поодинокі випадки важкого дефіциту маси (0,16 % в м. Харкові та 0,41 % серед дітей за кордоном), лише у двох учасників дослідження виявлено ожиріння (0,09 %).

Для оцінки статусу дітей протягом війни в Україні опитування проводилось у три етапи з перервою біля одного року між ними. Перший етап проводився в лютому 2024 року, другий етап проводився з 20.09.2024 року по 29.01.2025 року і третій етап – з 01.09.2025 року по 10.11.2025 року. Найбільша кількість учасників була в кінці 2025 року.

У частини респондентів було проведено оцінку соціально-демографічного статусу, яка передбачала збір інформації про основні соціально-економічні характеристики сім'ї. З цією метою до дослідження було включено питання щодо складу сім'ї, рівня освіти матері та батька, а також змін матеріального становища родини внаслідок воєнних дій. Аналіз зазначених показників дозволяв охарактеризувати соціальне середовище, в якому перебуває дитина, та оцінити можливий вплив соціально-економічних чинників на її психічне й соматичне здоров'я (табл. 2.2). Всі дослідження враховували місце перебування родини з дитиною під час опитування, визначались ті, хто залишився жити в м.Харкові, мігрували в інші міста України та виїхали за кордон України.

Істотні розбіжності мали місце в оцінці сімейного стану респондентів. Більшість з них (79,85 %) були в шлюбі, при цьому в групі родин, хто виїхав за кордон України, таких було достовірно менше, ніж в м.Харкові (80,0 %,  $p < 0,05$ ) та в інших містах України (70,65 %,  $p < 0,001$ ). Відповідно серед тих, хто виїхав за кордон істотну частку склали розлучені особи (22,83 %,  $p < 0,001$ ), найменше їх було серед батьків, які виїхали в інші міста України (4,92 %,  $p < 0,001$ ). Частки неодружених осіб і вдівців були тотожними.

Аналіз освітнього рівня батьків продемонстрував, що переважна більшість із них мала вищу освіту (71,87 %), що свідчить про загалом високий освітній потенціал досліджуваної вибірки. Незавершену вищу освіту мали 0,79 % батьків, тоді як дві вищі освіти – 0,25 %, причому всі ці респонденти перебували в м. Харкові. Науковий ступінь доктора філософії (PhD) або доктора наук мали шість батьків (0,74 %). Водночас лише серед харківської когорти були виявлені особи з неповною середньою освітою; серед учасників з інших міст України та за кордоном, таких респондентів не було.

Таблиця 2.2

**Соціальна характеристика родин – учасників дослідження з урахуванням міста перебування, n (%)**

Характеристики	Усі учасники	м. Харків	Інші міста України	За кордоном
Число осіб	814	600	122	92
Освіта батьків:				
неповна середня	5 (0,61)	5 (0,83)	-	-
середня	212 (26,04)	157 (26,17)	34 (27,87)	21 (22,83)
незакінчена вища	4 (0,49)	2 (0,33)	0	2 (2,17)
вища	585 (71,87)	431 (71,83)	87 (71,31)	67 (72,83)
дві вищі	2 (0,25)	2 (0,33)	0	0
науковий ступінь	6 (0,74)	3 (0,50)	1 (0,82)	2 (2,17)
Сімейний стан:				
неодружені	46 (5,65)	37 (6,17)	6 (4,92)	3 (3,26)
одружені	650 (79,85)	480 (80,00)	105 (86,07) <sup>6</sup>	65 (70,65) <sup>1</sup>
розлучені	93 (11,43)	66 (11,00) <sup>4</sup>	6 (4,92) <sup>6</sup>	21 (22,83) <sup>2</sup>
вдовці	25 (3,07)	17 (2,83)	5 (4,10)	3 (3,26)
Матеріальний стан сім'ї:				
важко відповісти,	159 (19,53)	103 (17,17)	26 (21,31) <sup>5</sup>	30 (32,61) <sup>2</sup>
покращився,	32 (3,93)	26 (4,33)	4 (3,28)	2 (2,17)
задовільний,	106 (13,02)	77 (12,83)	16 (13,11)	13 (14,13)
не змінився,	101 (12,41)	68 (11,33)	19 (15,57)	14 (15,22)
незадовільний,	43 (5,28)	29 (4,83)	9 (7,38)	5 (5,43)
погіршився	373 (45,82)	297 (49,5) <sup>3</sup>	48 (39,34)	28 (30,43) <sup>2</sup>

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,05, <sup>2</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дітей, що мешкають в м.Харкові та за кордоном; <sup>3</sup>p < 0,01, <sup>4</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дітей, що мешкають в м.Харкові та інших містах України; <sup>5</sup>p < 0,05, <sup>6</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дітей, що мешкають в інших містах України та за кордоном.

Такий розподіл на користь високого рівня освіти батьків зберігався у всіх статево-вікових групах незалежно від міста перебування (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Соціальна характеристика родин учасників дослідження з урахуванням статі і віку дітей, n (%)**

Характеристики	Діти до 7 років	Діти старше 7 років	Хлопчики	Дівчатка
Загальна чисельність. осіб	199	615	414	400
Освіта батьків:				
середня	43 (21,26)	169 (27,48) <sup>1</sup>	108 (26,34)	212 (26,07)
незакінчена вища	3 (1,51)	1 (0,16) <sup>1</sup>	2 (0,49)	2 (0,5)
вища	148 (74,37)	437 (71,86)	294 (71,71)	291 (72,93)
дві вищі	1 (0,50)	1 (0,16)	1 (0,24)	1 (0,25)
науковий ступінь	1 (0,50)	4 (0,81)	5 (1,22)	1 (0,25)
Сімейний стан:				
неодружені	14 (7,04)	32 (5,20)	24 (5,80)	22 (5,50)
одружені	162 (81,41)	488 (79,35)	326 (78,74)	324 (81,00)
розлучені	20 (10,05)	73 (11,87)	50 (12,08)	43 (10,75)
вдовці	3 (1,51)	22 (3,58)	14 (3,38)	11 (2,75)
Матеріальний стан сім'ї:				
важко відповісти	44 (22,11)	115 (18,70)	86 (20,77%)	73 (18,25%)
покращився	9 (4,52)	23 (3,74)	22 (5,31%) <sup>2</sup>	10 (2,5%)
задовільний	34 (17,09)	72 (11,71) <sup>1</sup>	49 (11,84%)	57 (14,25%)
не змінився	22 (11,06)	79 (12,85)	54 (13,04%)	47 (11,75%)
незадовільний	10 (5,03)	33 (5,04)	21 (5,07%)	22 (5,5%)
погіршився	80 (40,20)	293 (47,64)	182 (43,69%)	191 (47,75%)

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,05 – достовірність відмінностей між показниками дітей різного віку;  
<sup>2</sup>p < 0,01 - відмінності між показниками дітей різної статі.

Серед батьків дітей старше за 7 років частіше зустрічались ті, хто мали середню освіту (27,48 %,  $p < 0,05$ ) та незавершену вищу, що, можливо, було пов'язано з більш молодим віком батьків цієї групи.

Майже половина дорослих, хто перебуває в м.Харкові, вказували на погіршення матеріального стану (49,50 %), що склало найбільшу частку порівняно з переселенцями в інші регіони країни (39,34 %,  $p < 0,01$ ) та за кордон (30,43 %,  $p < 0,001$ ). Одночасно серед тих, хто виїхав за межі країни, 32,61 % респондентів не мали чіткого розуміння свого матеріального становища, що достовірно частіше, ніж серед мешканців України (17,17 % в м.Харкові,  $p < 0,001$  та 21,31 % в інших містах країни,  $p < 0,05$ ).

Серед батьків дітей віком понад 7 років достовірно частіше реєструвалися особи, які повідомляли про погіршення матеріального становища родини, порівняно з батьками дітей молодшого віку ( $p < 0,05$ ). Водночас у цій групі була меншою частка сімей, які оцінювали свій матеріальний добробут як задовільний ( $p < 0,05$ ). Крім того, серед батьків хлопчиків достовірно частіше, ніж серед батьків дівчаток, відзначалося покращення матеріального становища сім'ї ( $p < 0,01$ ).

## РОЗДІЛ 3

### ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ДІТЕЙ

#### 3.1. Характеристика травматичних подій, які перенесли діти протягом воєнного часу

Опитувальник CATS включає 15 потенційно травматичних подій або серії подій для виявлення історії травми. В умовах російсько-української війни сам факт перебування в умовах війни, якої ніколи ніхто з учасників дослідження, як батьки, так і діти, не бачили і не переживали протягом свого життя, може бути травматичним досвідом. Разом з цим, для подальшого дослідження наявності посттравматичних симптомів необхідно підтвердження хоча б однієї потенційно травматичної події. Серед всіх учасників опитування про наявність такої події вказали 2288 учасників, що склало 97,95 %, а на одну особу приходилось в середньому  $1,23 \pm 0,01$  психотравмуючого чинника, що дозволяє зробити висновок, що майже всі діти, учасники дослідження, мали травматичний досвід.

Всі відповіді на запитання про наявність стресових або страхітливих подій, які іноді трапляються з дітьми, були розподілені на чотири категорії: ті, які стосувались безпосередньо війни та зброї; які перенесли факт насильства або психологічного тиску; діти, які мали побутові травми та медичні втручання; втрату близьких або відсутність відомостей про них. До першої категорії були віднесені відповіді про війну і все, що з нею пов'язано, а саме: перебування дитини в місцях ведення війни, спостереження воєнних дій, прильоти ракет і шахедів, почуті вибухи, бачення зброї, звук сирен, дистанційне навчання, перебування в сховищах, вимушена міграція. Встановлено, що найчастіше батьки вважали травматичними для своїх дітей події саме першої категорії, тобто все, що пов'язано з війною (табл. 3.1). Частіше інформацію про негативні події були надані сім'ями, які перебувають в м.Харкові ( $p < 0,001$ ), переважно щодо переживання воєнних дій. Частота факту насильства та психологічного тиску була достовірно вищою серед дітей, що виїхали за кордон ( $p < 0,05$ ). Побутові

травми та медичні втручання зустрічались однаково часто, не зважаючи на міграційні процеси. Втрата близьких або відсутність відомостей про них вказувалась лише в окремих випадках, серед дітей, хто залишився в Україні.

Таблиця 3.1

**Стресові події, які траплялись в житті дітей, з урахуванням міста перебування, n (%)**

Характеристики	Усі учасники	м. Харків	Інші міста України	За кордоном
Число осіб	2336	1819	275	242
Кількість відповідей про стресові події	2288 (97,95)	1776 (97,64)	274 (100,00)	209 (86,55) <sup>1</sup>
Категорія відповідей:				
- війна і зброя	1570 (68,62)	1216 (66,85)	190 (69,34)	167 (68,91) <sup>1</sup>
- насильство та психологічний тиск	212 (9,27)	164 (9,02)	18 (6,57)	30 (12,41) <sup>2,3</sup>
- побутові травми та медичні стресори	485 (21,20)	376 (20,67)	65 (23,72)	45 (18,59)
- втрата близьких	21 (0,92)	20 (1,13)	1 (0,36)	-

Примітки: <sup>1</sup>p < 0,001, <sup>2</sup>p < 0,05 - відмінності між показниками дітей, що мешкають в м.Харкові та за кордоном; <sup>3</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дітей, що мешкають в інших містах України та за кордоном.

При порівнянні частоти перенесених травматичних подій у дітей різних віку і статі виявлено, що більш вразливими були діти старшого віку і дівчатка (табл. 3.2). Так, події, пов'язані із війною та зброєю, а також факти насильства та психологічного тиску, достовірно частіше називались в групі дітей старше 7 років (p < 0,001), як серед дівчат, так і серед хлопчиків (p < 0,001). Відносно гендерних відмінностей слід вказати більшу частоту випадків побутових травм у хлопчиків в загальній групі (p < 0,001) та серед хлопчиків старшої вікової групи (p < 0,001).

Таблиця 3.2

## Стресові події, які траплялись в житті дітей, з урахуванням віку та статі, n (%)

Характеристики	Хлопчики	Дівчатка	Діти до 7 років			Діти старше 7 років		
			Хлопчики	Дівчатка	Усього	Хлопчики	Дівчатка	Усього
Число відповідей	1171	1165	263	248	511	908	917	1825
Категорія відповідей:								
- війна і зброя								
- насильство та психологічний тиск	722(61,66) <sup>2</sup>	798 (68,50)	155 (58,94) <sup>3</sup>	146 (58,87) <sup>4</sup>	301(58,90) <sup>5</sup>	617 (67,95)	652 (71,10)	1269 (69,53)
- побутові травми та медичні стресори	116 (9,91)	96 (8,24)	17 (6,46) <sup>1,3</sup>	8 (3,23) <sup>4</sup>	25 (4,82) <sup>5</sup>	99 (10,90)	88 (9,60)	187 (10,25)
- втрата близьких	268 (22,89) <sup>2</sup>	217 (18,63)	55 (20,91)	44 (17,74)	99 (19,37)	213 (23,46) <sup>2</sup>	173 (18,87)	386 (21,15)
	9 (0,77)	12 (1,03)	1 (0,38)	3 (1,21)	4 (0,78)	8 (0,88)	9 (0,98)	17 (0,93)

Примітки: <sup>1</sup>p < 0,05, <sup>2</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дітей різної статі; <sup>3</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками хлопчиків різного віку; <sup>4</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дівчаток різного віку; <sup>5</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дітей різного віку.

Серед хлопчиків молодшого віку частішими, ніж у дівчат, були факти насильства та психологічного тиску ( $p < 0,05$ ). Для дівчат в загальній групі була характерна більша частота подій, пов'язана з війною в цілому ( $p < 0,001$ ).

Аналіз стресових подій, які травмують дітей, з урахуванням часу опитування показав, що відбувається зберігання негативного досвіду дітей протягом років війни у переважно більшості учасників дослідження (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Стресові події, які траплялись в житті дітей, з урахуванням часу опитування, n (%)**

Характеристики	15.02.2024- 27.02.2024	20.09.2024- 29.01.2025	01.09.2025- 10.11.2025
Кількість позитивних відповідей про події	24	730	1534
Категорія відповідей:			
- війна і зброя	15 (62,50)	475 (65,07)	1080 (70,40)
- насильство та психологічний тиск	3 (12,50)	88 (12,05) <sup>1</sup>	121 (7,89)
- побутові травми та медицині стресори	6 (25,00)	163 (22,33)	316 (20,60)
- втрата близьких	-	4 (0,55)	17 (1,11)

Примітки: <sup>1</sup> $p < 0,001$  - відмінності між показниками на другому та третьому етапах дослідження.

На третьому етапі проведення дослідження відзначено зменшення такої групи подій, як переживання психологічного тиску і насильства, частота таких фактів протягом 2025 року (четвертого року війни) достовірно зменшилась.

Таким чином, проведений аналіз підтверджує значний вплив обставин життя, які супроводжують воєнний час, на дітей м. Харкова. Майже всі особи дитячого віку (97,95 %) пережили або переживають травматичні події, пов'язані із війною. Найчастіше страждають діти, які продовжують перебувати в

м. Харкові. Переважна більшість – це події, пов’язані з війною, тобто перебування в містах бойових дій, спостереження вибухів, звуки зброї, тощо. Серед тих, хто виїхав за кордон, достовірно частіше відмічені практично всі варіанти негативних подій, особливо психологічний тиск і факти насильства. Втрати близьких спостерігалась тільки у дітей, що залишились в Україні, їх число збільшується з подовженням війни. На вплив травматичних подій, пов’язаних з війною, частіше вказують батьки старших дітей, знову переважно психологічний тиск і факти насильства. Серед дівчат переважали події, пов’язані з війною, серед хлопчиків – травми та медичні втручання. Психологічний тиск і насильство частіше відмічались групі старших дівчаток. Найбільшу частоту факторів відмічено в групі дівчаток старшого віку. З подовженням війни відбувається зберігання високої частоти негативного досвіду дітей за думкою їх батьків, лише факти насильства і психологічного тиску достовірно зменшились на четвертому році воєнного часу.

### **3.2. Частота ознак посттравматичної стресової реакції у дітей за відповідями батьків/опікунів**

Аналіз результатів опитування показав, що у дітей середні бали скринінгу у підсумку зберігались в межах нормального рівня (табл. 3.4). Одночасно у 28,81 % дітей відмічався результат опитування, який відповідає помірному та підвищеному дистресу, пов’язаному з травмою, та ймовірному ПТСР (табл. 3.4). Група, яка найбільше заслуговує на увагу, а саме, ті діти, за відповідями батьків яких мають накопичення симптомів і відповідають рівню ймовірного ПТСР, складала приблизно десять відсотків. Трохи більше таких дітей було за кордоном, але ця різниця не досягала вірогідного значення.

При мінімальній різниці середніх значень, за критерієм Краскела-Волліса (KW) встановлено статистично значущу різницю між медіанами груп із Харкова, інших міст України та з-за кордону ( $H = 6,96; p < 0,05$ ). Вираженість симптомів (середній бал) і розподіл дітей за наявністю різного варіанту дистресу був співставленим у дітей незалежно від міста перебування і міграції протягом війни.

Таблиця 3.4

**Результати скринінгу симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків з урахуванням міграції**

Показник / CATS-статус	Усі учасники (N=2336)	Харків (N=1819)	Інше місто (N=275)	За кордоном (N=242)
Загальний бал, М ± m	11,18±0,19	11,01±0,22	11,96±0,50	11,63±0,68
Me [Q1–Q3]	9,0 [5,0–15,0]	8,0 [5,0–15,0]	10,0 [6,0–16,0]	9,0 [4,0–15,0]
Норма, n (%)	1670 (71,49 %)	1301 (71,52 %)	197 (71,64 %)	172 (71,07 %)
Помірний дистрес, n (%)	305 (13,06 %)	241 (13,25 %)	33 (12,00 %)	31 (12,81 %)
Підвищений дистрес, n (%)	116 (4,97 %)	94 (5,17 %)	16 (5,82 %)	6 (2,48 %) <sup>1,2</sup>
Ймовірний ПТСР, n (%)	245 (10,49 %)	183 (10,06 %)	29 (10,55 %)	33 (13,64 %) <sup>1</sup>

Примітки: <sup>1</sup>p < 0,01 - відмінності між показниками дітей, що мешкають в м. Харкові та за кордоном, <sup>2</sup>p < 0,05 - відмінності між показниками дітей, що мешкають в інших містах України та за кордоном.

Найвищий відсоток психологічної норми зафіксовано у віковій групі до 7 років — 78,79 % (табл. 3.5). Виявлена чітка залежність інтенсивності симптомів від віку. Старші діти (понад 7 років) мали значно вищий рівень дистресу. У малюків до 7 років цей показник майже вдвічі нижчий (p < 0,001). Помірний дистрес зустрічався вірогідно частіше в дітей старше 7 років (p < 0,001). У той же час питома вага більш виражених порушень, які відповідали ймовірному ПТСР, була співставленою у дітей обох вікових груп. Підвищений дистрес фіксувався тільки серед дітей старше 7 років (за методологією дослідження) та виявився у 5,78 % осіб.

Таблиця 3.5

**Результати скринінгу симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків з урахуванням статі і віку дітей**

Показник / CATS-статус	Хлопці (N=1171)	Дівчата (N=1165)	До 7 років (N=330)	Понад 7 років (N=2006)
Загальний бал, M ± m	10,93 ± 0,26	11,44 ± 0,28	6,68±0,36	11,92±0,21
Me [Q1–Q3]	8,0 [5–15]	9,0 [5–16]	6,0 [0–10]	9,0 [6–16]
Норма, n (%)	851 (72,67 %)	819 (70,30 %)	260 (78,79 %) <sup>1</sup>	1410 (70,29 %)
Помірний дистрес, n (%)	145 (12,38 %)	160 (13,73 %)	28 (8,48 %) <sup>1</sup>	277 (13,81 %)
Підвищений дистрес, n (%)	60 (5,12 %)	56 (4,81 %)	-	116 (5,78 %)
Ймовірний ПТСР, n (%)	115 (9,82 %)	130 (11,16 %)	42 (12,72 %)	203 (10,12 %)

Примітки: <sup>1</sup>p < 0,001 - відмінності між показниками дітей молодше і старше 7 років.

При порівнянні результатів з урахуванням віку та статі дітей за критерієм Краскела – Волліса (KW) встановлено статистично значущу різницю між результатами в різних статево-вікових групах (H = 26,99; p < 0,001), а найвищі показники скринінгу за CATS-2 мали дівчата старше семи років (12,24 ± 0,31; p < 0,001). Серед групи дітей 7–17 років виявлені статистично значущі відмінності загального балу між віковими підгрупами (KW H = 25,22, p = 0,004). Post-hoc аналіз Данна показав достовірні відмінності серед дітей 7–9 років порівняно з 13–15 років (p\_Holm < 0,001), 16–17 років (p\_Holm < 0,001) та 10–12 років (p\_Holm = 0,019).

Поширеність варіантів реакцій серед хлопчиків не відрізнялась у дітей різного віку, нормальні показники фіксувались у 77,98 % серед молодших проти 71,79 % - старших хлопчиків, помірний дистрес – відповідно у 10,11% проти 12,76 %; ймовірний ПТСР – у 11,90 % проти 9,47 % осіб. Серед дівчат результати в межах норми достовірно рідше зустрічались серед старшої групи (68,79 % проти 79,62 % відповідно,  $p < 0,001$ ) за рахунок переважання помірного дистресу більш, ніж у двічі (6,79 % проти 14,86 % відповідно,  $p < 0,001$ ). Аналіз результатів опитування в залежності від етапів дослідження показав істотні відмінності протягом війни (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

**Результати скринінгу симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків з урахуванням етапу дослідження**

Показник	15.02.2024- 27.02.2024, (N = 127)	20.09.2024- 29.01.2025, (N = 668)	01.09.2025- 10.11.2025, (N = 1522)
Загальний бал, $M \pm m$	11,08 $\pm$ 0,85	13,11 $\pm$ 0,43	10,38 $\pm$ 0,21
Me [Q1–Q3]	8,0 [5,0–15,0]	10,0 [6,0–19,0]	8,0 [5,0–14,0]
Норма, n (%)	92 (72,44 %) <sup>1</sup>	420 (62,87 %) <sup>4</sup>	1144 (75,16 %)
Помірний дистрес, n (%)	9 (7,09 %) <sup>2,3</sup>	92 (13,77 %)	202 (13,27 %)
Підвищений дистрес, n (%)	8 (6,30 %)	44 (6,58 %) <sup>4</sup>	64 (4,20 %)
Ймовірний ПТСР, n (%)	18 (14,17 %) <sup>3</sup>	112 (16,77 %) <sup>4</sup>	112 (7,36 %)

Примітки: <sup>1</sup> $p < 0,01$ ; <sup>2</sup> $p < 0,001$  - відмінності між показниками першого та другого етапів дослідження; <sup>3</sup> $p < 0,001$  - відмінності між показниками першого та третього етапів дослідження; <sup>4</sup> $p < 0,001$  - відмінності між показниками другого та третього етапів дослідження.

Рівень психологічної норми значимо знижується з 72,44 % до 62,87 % у другому періоді ( $p < 0,001$ ), після чого достовірно зростає до свого максимуму

— 75,16 % наприкінці 2025 року ( $p < 0,001$ ). Рівень помірного дистресу демонструє стійке зростання: порівняно з лютим 2024 року (7,09 %) в наступні періоди він збільшився майже вдвічі й стабілізувався (13,77 % та 13,27 % відповідно,  $p < 0,001$ ), що вказує на формування групи дітей із хронічним перебігом адаптаційних розладів, які не переходять у гостру фазу, але й не повертаються до норми.

При порівнянні середнього балу за опитувальником CATS-2 з урахуванням тривалості війни в Україні і відповідних етапів дослідження встановлено статистично значущу різницю між результатами за критерієм KW в різних групах ( $N = 20,83$ ;  $p < 0,001$ ). Найвищі показники скринінгу за CATS-2 показали опитування, проведені в кінці третього року війни, тобто восени 2024 – січні 2025 року ( $13,11 \pm 0,43$ ;  $p < 0,001$ ). Також порівняння між першою (лютий 2024 р.) та другою (вересень 2024 р. — січень 2025 р.) хвилями виявило значуще зростання загального балу CATS у дітей молодше 7 років:  $M_1 = 6,00 \pm 1,23$  проти  $M_2 = 11,18 \pm 1,13$  (KW  $N = 4,52$ ,  $p < 0,001$ ). Тест Йонкгіра–Терпстри підтвердив наявність статистично значущого висхідного тренду (JT  $z = 2,118$ ,  $p = 0,034$ ). Матеріальний стан родини виявився єдиним соціально-демографічним чинником, що статистично значущо був пов'язаний із загальним балом CATS у дітей 7–17 років (KW  $N = 28,19$ ,  $p = 0,004$ ). Найвищий рівень симптоматики фіксується в сім'ях, де матеріальний стан погіршився ( $11,94 \pm 0,54$ ;  $p < 0,001$ ), і значно нижчий — у родинях із задовільним рівнем ( $7,40 \pm 0,82$ ;  $p < 0,001$ ) та стабільним незмінним становищем ( $8,61 \pm 0,97$ ;  $p < 0,01$ ). Достовірних відмінностей показників залежно від рівня освіти та сімейного стану батьків, які прийняли участь у дослідженні, не знайдено.

Таким чином, загальна поширеність найбільш клінічно значущих результатів, що відповідали ймовірному ПТСР, становила 10,48 % (245 із 2336 анкет), із урахуванням помірного та підвищеного дистресу досягала 28,51 %. Результати, що відповідають підвищеному дистресу переважали у дітей, які проживають в м. Харкові та в Україні, ймовірному ПТСР - за кордоном, де середній бал скринінгу був найбільший (13,64 %,  $p < 0,001$ ). Найбільша різниця

отримана за статево-віковими показниками ( $KW H = 26,99$ ;  $p < 0,001$ ), найвищий середній бал і найбільшу частоту встановлено серед дівчат старших за 7 років. Серед соціальних чинників статистично значущим виявився лише рівень матеріального статку сім'ї. Зокрема, у респондентів, які заявили про погіршення фінансового становища, показники скринінгу удвічі перевищували аналогічні дані осіб із задовільним або стабільним достатком. Динамічний аналіз виявив, що психологічний стан дітей і підлітків найбільше погіршився наприкінці третього року війни (частка ймовірного ПТСР сягнула 16,77 %), після чого відзначалася тенденція до покращення. При цьому в дітей до 7 років наприкінці другого року удвічі зросла поширеність помірною дистресу, яка далі не змінювалася, тоді як у старших дітей рівень підвищеного дистресу залишався стабільним. Отримані результати свідчать про накопичувальний негативний вплив тривалого воєнного стресу на психічне здоров'я дітей, особливо у соціально вразливих групах, що обґрунтовує необхідність їхнього систематичного психосоціального моніторингу та раннього втручання.

### **3.3. Характеристика симптомів посттравматичного стресу в дітей різного віку**

Прояви стресових реакцій оцінювались з урахуванням віку дітей: молодше та старше 7 років відповідно до особливостей опитувальника.

Показники скринінгу психологічного стану дітей молодше 7 років показали, що переважно частота різних симптомів не відрізнялась серед тих, хто живе в м. Харкові та за кордоном. Порівняно з іншими містами України, у харків'ян частіше відмічались наявність гострої фізичної реакції ( $p < 0,05$ ), намагання не згадувати, не думати, не відчувати стресові події ( $p < 0,05$ ) та соціальна ізоляція дітей ( $p < 0,001$ ). Переважаючими симптомами серед дітей молодшого віку були підвищена знервованість та швидке лякання, наявність сумних думок або образів, їх відтворення в грі, труднощі під час засинання або зі сном (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Поширеність симптомів стресової реакції у дітей віком до 7 років на основі скринінгу CATS-2 (n, %)**

Характеристики	Діти до семи років N=330	Місце перебування		
		м. Харків N = 270	міста України N = 34	за кордоном N = 26
1	2	3	4	5
Сумні думки або образи щодо стресової події. Або відтворення стресової події в грі	159 (48,18)	134 (49,63)	14 (41,18)	11 (42,31)
Погані сни, пов'язані зі стресовою подією	136 (41,21)	117 (43,33)	11 (32,36)	8 (30,76)
Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз	79 (23,93)	64 (23,70)	8 (23,53)	7 (26,92)
Відчуває себе надзвичайно сумним (-ою), згадуючи стресову подію	126 (38,18)	100 (37,04)	14 (41,76)	12 (46,15)
Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття)	81 (24,55)	71 (26,30) <sup>1</sup>	5 (14,71)	5 (19,23)
Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події	97 (29,39)	84 (31,11) <sup>1</sup>	6 (17,65)	7 (26,92)
Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов)	90 (27,27)	77 (28,52)	8 (23,53)	5 (19,23)

Закінчення таблиці 3.7

1	2	3	4	5
Посилилися негативні емоціональні стани (страх, гнів, почуття провини, сором, розгубленість)	117 (35,45)	101 (37,41)	9 (26,47)	7 (26,92)
Втрата зацікавленості у видах діяльності, які подобалися до стресової події. Зокрема, менше грає	55 (16,67)	45 (16,67)	4 (11,76)	6 (23,08)
Дитина ізолювала себе соціально	46 (13,94)	42 (15,56) <sup>2</sup>	1 (2,94)	3 (11,5)
Зменшення прояву позитивних емоцій (відчуття щастя, любові)	63 (19,09)	53 (19,63)	4 (11,76)	6 (23,08)
Відчував(-ла) роздратованість / спостерігалися напади гніву без важливої причини, які зганялися на інших особах або речах.	103 (31,21)	87 (32,22)	9 (26,47)	7 (26,92)
Був(-ла) занадто насторожі / занадто обережним (ою)	141 (42,72)	121 (44,81)	11 (32,35)	9 (34,62)
Був(-ла) занадто знервованим або швидко лякався	169 (51,21)	143 (52,96)	16 (47,06)	10 (38,46)
Проблеми з концентрацією	137 (41,52)	117 (43,33)	11 (32,35)	9 (34,62)
Труднощі під час засинання або зі сном.	148 (44,85)	122 (45,19)	15 (44,12)	11 (42,31)
Загальний бал, $M \pm m$	6,68 $\pm$ 0,40	6,85 $\pm$ 0,43	4,85 $\pm$ 0,93	7,35 $\pm$ 1,80

Примітка: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,001$  - вірогідність відмінностей частоти ознак серед мешканців м.Харкова та інших регіонів України.

Статеві відмінності проявлялись більшою частотою у молодших хлопчиків ситуацій, коли дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз (28,6 % проти 19,1 %,  $p < 0,01$ ) та проблем з концентрацією (46,40% проти 36,4 % у дівчат,  $p < 0,05$ ). Залишаючись в межах норми, загальна сума балів була достовірно вищою для тих, хто виїхав за кордон ніж серед тих, хто живе в Харкові ( $p < 0,05$ ) та інших містах України ( $p < 0,01$ ).

Серед дітей старше 7 років спільні риси стресової реакції (однакові питання опитувальника) відмічались значно частіше ( $p < 0,001$ ) ніж у молодших дітей (табл. 3.8). Серед ознак переважали сумні думки або образи щодо стресової події, погані сни, пов'язані зі стресовою подією, проблеми з концентрацією. В залежності від міста перебування, серед дітей старше 7 років, що проживають в прифронтовому місті, середні значення результату опитування виявились найнижчими ( $11,24 \pm 0,25$  балів). Найгірша показники скринінгу ментального показали діти, що переїхали в інші міста України ( $12,44 \pm 0,55$ ,  $p < 0,01$ ). Саме у цих дітей фіксується найбільша частота таких проявів, як відчуття суму, гостра фізична реакція, намагання не згадувати, не думати, не відчувати емоції, уникання нагадувань про стресову подію, ствердження, що подія трапилась оскільки її не зупинили, дуже негативний емоційний стан, втрата зацікавленості в улюбленій діяльності, висока знервованість, труднощі під час засинання. З достовірно нижчою частотою зазначених проявів була група дітей, яка знаходиться за кордоном. Для дітей, що мешкають в Харкові, була характерна менша поширеність таких ознак, як відчуття суму при згадці стресової події, втрата зацікавленості у діяльності, яка подобалась раніше, відчуття віддаленості або відрізаності, проблеми з концентрацією.

Серед статевих відмінностей в групі старше 7 років слід відзначити більшу частоту у дівчат таких ознак, як погані сни (66,30 % проти 57,93 %,  $p < 0,001$ ), пов'язані із стресовою подією відчуття суму (67,49 % проти 63,51 %,  $p < 0,05$ ), гострої фізичної реакції (43,07 % проти 38,78 %,  $p < 0,05$ ), уникання нагадувань (47,55 % проти 42,47 %,  $p < 0,001$ ), неможливість згадати важливої частини

Таблиця 3.8

**Поширеність симптомів стресової реакції у дітей віком старше 7 років на основі скринінгу CATS-2 (n, %)**

Характеристики	Діти понад семи років N = 2006	Місце перебування		
		м. Харків N = 1549	міста України N = 241	за кордоном N = 216
1	2	3	4	5
Сумні думки або образи щодо стресової події. Або відтворення стресової події в грі	1294 (64,51)	993 (64,10)	163 (67,63)	138 (63,89)
Погані сни, пов'язані зі стресовою подією	1246 (62,11)	957 (61,78)	160 (66,39)	129 (59,72)
Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз	627 (31,26)	478 (30,86)	84 (34,85)	65 (30,09)
Відчуває себе надзвичайно сумним (-ою), згадуючи стресову подію	1314 (65,50)	973 (62,81) <sup>2</sup>	193 (80,08) <sup>6</sup>	148 (68,52)
Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття)	821 (40,93)	640 (41,32) <sup>1, 4</sup>	114 (47,30) <sup>6</sup>	67 (31,02)
Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події	1163 (58,98)	882 (56,94) <sup>2</sup>	162 (67,22) <sup>6</sup>	119 (55,09)
Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов)	903 (45,01)	691 (44,61)	121 (50,21)	91 (42,13)

Продовження таблиці 3.8

1	2	3	4	5
Не може згадати важливої частини стресової події	582 (29,01)	442 (28,53)	81 (33,61)	59 (27,31)
Помітні негативні зміни в тому, як він (вона) думає про себе, інших та весь світ після стресової події	746 (37,19)	576 (37,18)	97 (40,25)	73 (33,80)
Вважає, що стресова подія трапилася тому, що він (вона) або хтось інший щось зробив невірно або не зробив достатньо, щоб зупинити її	503 (25,07)	378 (24,40) <sup>1,6</sup>	72 (29,88)	53 (24,54)
Дуже негативний емоціональний стан (страх, гнів, почуття провини, сорому)	786 (39,18)	615 (39,70)	100 (41,49) <sup>5</sup>	71 (32,87)
Втратив(-ла) зацікавленість у діяльності, яка йому (їй) подобалася до стресової події	633 (31,55)	467 (30,15) <sup>2</sup>	96 (39,83)	70 (32,41)
Відчуває себе віддаленим(-ою) або відрізаним(-ою) від людей навколо себе	642 (32,00)	472 (30,47) <sup>1,3</sup>	88 (36,51)	82 (37,96)
Відчуває роздратованість або спостерігаються напади гніву без важливої причини, які зганяються на інших особах або речах	923 (46,01)	719 (46,42)	106 (43,98)	98 (45,37)

Закінчення таблиці 3.8

1	2	3	4	5
Ризикує або веде себе таким чином, що може зашкодити	325 (16,20)	251 (16,20)	36 (14,94)	38 (17,59)
Не проявляє позитивних емоцій (відчуття щастя, любові)	607 (30,26)	466 (30,08)	77 (31,95)	64 (29,63)
Відчуває роздратованість, Або спостерігаються напади гніву без важливої причини, які зганяються на інших особах або речах	923 (46,01)	719 (46,42)	106 (43,98)	98 (45,37)
Ризикує або веде себе таким чином, що може зашкодити	325 (16,20)	251 (16,20)	36 (14,94)	38 (17,59)
Занадто насторожі або занадто обережний (а)	958 (47,76)	743 (48,97)	117 (48,55)	98 (45,37)
Занадто знервований (а) або швидко лякається	1085 (54,09)	837 (54,03) <sup>1, 3</sup>	146 (60,58) <sup>6</sup>	102 (47,22)
Проблеми з концентрацією	1040 (51,84)	784 (50,61)	138 (57,26)	118 (54,63)
Труднощі під час засинання або зі сном	1118 (55,73)	858 (55,39) <sup>2, 3</sup>	154 (63,90) <sup>6</sup>	106 (49,07)
Загальний бал, $M \pm m$	11,43 $\pm$ 0,22	11,24 $\pm$ 0,25	12,44 $\pm$ 0,55 <sup>1</sup>	11,72 $\pm$ 0,75

Примітка: <sup>1</sup>  $p < 0,05$ , <sup>2</sup>  $p < 0,001$  - вірогідність відмінностей частоти ознак серед мешканців м.Харкова та інших регіонів України;

<sup>3</sup>  $p < 0,05$ , <sup>4</sup>  $p < 0,001$  - мешканців м.Харкова та за кордоном; <sup>5</sup>  $p < 0,05$ , <sup>6</sup>  $p < 0,001$  - мешканців інших регіонів України та інших країн.

стресової події (31,70% проти 26,32 %,  $p < 0,001$ ) та знервованість (57,53 % проти 55,65 %,  $p < 0,001$ ). Хлопцям були притаманні проблеми з концентрацією (53,84 % проти 49,85 %,  $p < 0,05$ ).

Аналіз еволюції симптомів посттравматичного стресу в дітей на різних етапах дослідження показав, що в молодшому віці їх частота не змінюється протягом всього воєнного часу (табл. 3.9). Єдиною ознакою, яка накопичується в маленьких дітей у періоді з другого по третій рік війни є посилення негативних емоційних станів (17,39 % проти 37,96 %,  $p < 0,01$ ), яка залишається стабільною в подальшому.

Для старших дітей рівень представленості кожного симптому значно змінювався протягом війни (табл. 3.10). Так, сумні думки або образи щодо стресової події; відтворення стресової події в грі, погані сни, пов'язані зі стресовою подією; а також дії дитини, гра або відчуття, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз; неможливість згадати важливі частини стресової події, відсутність позитивних емоцій, надлишкова настороженість та обережність достовірно частіше зустрічались серед дітей під час другого етапу дослідження. В подальшому частота переважної більшості симптомів знижується, однак такі симптоми, як сумні думки або образи щодо стресової події, гра або відчуття, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз, надлишкова настороженість та обережність залишаються на підвищеному рівні. Такі прояви, як відсутність позитивних емоцій, проблеми з концентрацією і труднощі під час засинання та зі сном протягом усіх періодів спостереження спостерігаються більш ніж у половини осіб і не змінюється протягом війни.

Таким чином, прояви стресової реакції, які загрозливі щодо подальшого ПТСР, за нашими даними суттєво відрізняються у дітей різного віку. На відміну від наведених даних, що рівень ПТСР був вищим у дітей дошкільного віку [204], наше дослідження свідчить про більш позитивну картину у дітей молодше 7 років незалежно від міста перебування. Накопичення стресових реакцій достовірно вище у дітей шкільного віку, особливо дівчат.

Таблиця 3.9

## Поширеність симптомів стресової реакції у дітей віком до 7 років з урахуванням періоду дослідження (n, %)

Характеристики	Час дослідження		
	15.02.2024- 27.02.2024, (N = 23)	20.09.2024- 29.01.2025, (N = 108)	01.09.2025- 10.11.2025, (N = 193)
1	3	4	5
Сумні думки або образи щодо стресової події. Або відтворення стресової події в грі	7 ( 30,43)	47 ( 43,52)	103 ( 53,37)
Погані сни, пов'язані зі стресовою подією	7 ( 30,43)	40 ( 37,04)	86 ( 44,56)
Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз	3 ( 13,04)	28 ( 25,93)	47 ( 24,35)
Відчуває себе надзвичайно сумним (-ою), згадуючи стресову подію	7 ( 30,43)	41 ( 37,96)	77 ( 39,90)
Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття)	5 ( 21,74)	31 ( 28,70)	43 ( 22,28)
Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події	4 ( 17,39) <sup>1</sup>	32 ( 29,63)	59 ( 30,57)
Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов)	7 ( 30,43)	26 ( 24,07)	55 ( 28,50)

Закінчення таблиці 3.9

1	3	4	5
Посилилися негативні емоціональні стани (страх, гнів, почуття провини, сором, розгубленість)	4 ( 17,39)	41 ( 37,96)	69 ( 35,75)
Втрата зацікавленості у видах діяльності, які подобалися до стресової події. Зокрема, менше грає	3 ( 13,04)	21 ( 19,44)	29 ( 15,03)
Дитина ізолювала себе соціально	2 ( 8,70)	19 ( 17,59)	24 ( 12,44)
Зменшення прояву позитивних емоцій (відчуття щастя, любові)	3 ( 13,04)	24 ( 22,22)	36 ( 18,65)
Відчував(-ла) роздратованість. Або спостерігалися напади гніву без важливої причини, які зганялися на інших особах або речах.	10 ( 43,48)	34 ( 31,48)	57 ( 29,53)
Був(-ла) занадто насторожі / занадто обережним (ою)	11 ( 47,83)	38 ( 35,19)	91 ( 47,15)
Був(-ла) занадто знервованим або швидко лякався	12 ( 52,17)	48 ( 44,44)	106 ( 54,92)
Проблеми з концентрацією	9 ( 39,13)	37 ( 34,26)	88 ( 45,60)
Труднощі під час засинання або зі сном.	7 ( 30,43)	41 ( 37,96)	98 ( 50,77)

Примітка:<sup>1</sup>  $p < 0,01$  - вірогідність відмінностей частоти ознак першого та другого етапів дослідження.

Таблиця 3.10

## Поширеність симптомів стресової реакції у дітей віком старше 7 років на основі скринінгу CATS-2 (n, %)

Характеристики	Час дослідження		
	15.02.2024- 27.02.2024, (N = 104)	20.09.2024- 29.01.2025, (N = 560)	01.09.2025- 10.11.2025, (N = 1329)
1	3	4	5
Сумні думки або образи щодо стресової події або відтворення стресової події в грі	58 ( 55,77)	374 ( 66,79) <sup>2</sup>	859 ( 64,64)
Погані сни, пов'язані зі стресовою подією	58 ( 55,77)	365 ( 65,18) <sup>1</sup>	819 ( 61,63)
Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз	20 ( 19,23)	214 ( 38,21) <sup>3</sup>	391 ( 29,42) <sup>6</sup>
Відчуває себе надзвичайно сумним (-ою), згадуючи стресову подію	65 ( 62,50)	390 ( 69,64)	854 ( 64,26) <sup>6</sup>
Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття)	40 ( 38,46)	262 ( 46,79)	515 ( 38,75) <sup>6</sup>
Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події	57 ( 54,81)	351 ( 62,68)	750 ( 56,43) <sup>6</sup>

Продовження табл. 3.10

1	2	3	4
Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов)	48 ( 46,15)	281 ( 50,18)	571 ( 43,00) <sup>6</sup>
Не може згадати важливої частини стресової події	24 ( 23,08)	189 ( 33,75) <sup>3</sup>	367 ( 27,61) <sup>6</sup>
Помітні негативні зміни в тому, як він (вона) думає про себе, інших та весь світ після стресової події	43 ( 41,35)	238 ( 42,50)	461 ( 34,69) <sup>6</sup>
Вважає, що стресова подія трапилася тому, що він або хтось інший щось зробив невірно або не зробив достатньо, щоб зупинити її	26 ( 25,00)	162 ( 28,93)	312 ( 23,48) <sup>6</sup>
Дуже негативний емоціональний стан (страх, гнів, почуття провини, сорому)	40 ( 38,46)	239 ( 42,68)	504 ( 37,92) <sup>4</sup>
Втратив(-ла) зацікавленість у діяльності, яка йому (їй) подобалася до стресової події	32 ( 30,77)	215 ( 38,39)	381 ( 28,67) <sup>6</sup>
Відчуває себе віддаленим(-ою) або відрізаним(-ою) від людей навколо себе	36 ( 34,62)	198 ( 35,36)	404 ( 30,40) <sup>5</sup>
Відчуває роздратованість або спостерігаються напади гніву без важливої причини, які зганяються на інших особах або речах	36 ( 34,62)	198 ( 35,36)	404 ( 30,40) <sup>4</sup>

Закінчення таблиці 3.10

1	2	3	4
Не проявляє позитивних емоцій (відчуття щастя, любові)	24 ( 23,08)	184 ( 32,86) <sup>2</sup>	396 ( 29,80)
Ризикує або веде себе таким чином, що може зашкодити	18 ( 17,31)	113 ( 20,18)	194 ( 14,60) <sup>6</sup>
Занадто насторожі або занадто обережний (а)	40 ( 38,46)	282 ( 50,36) <sup>3</sup>	631 ( 47,50)
Занадто знервований (а) або швидко лякається	55 ( 52,88)	332 ( 59,29)	692 ( 52,07) <sup>6</sup>
Проблеми з концентрацією	55 ( 52,88)	291 ( 51,96)	688 ( 51,77)
Труднощі під час засинання або зі сном	50 ( 48,08)	309 ( 55,18)	754 ( 56,73)

Примітка: <sup>1</sup>  $p < 0,05$ , <sup>2</sup>  $p < 0,001$ ; <sup>3</sup>  $p < 0,001$  - вірогідність відмінностей частоти ознак на першому і другому етапах дослідження;

<sup>4</sup>  $p < 0,05$ , <sup>5</sup>  $p < 0,001$ ; <sup>6</sup>  $p < 0,001$  - вірогідність відмінностей частоти ознак на на другому та третьому етапах дослідження.

### 3.4. Основні компоненти посттравматичного стресу відповідно до класифікаційних критеріїв психічних розладів

Результати відповідей за опитувальником CATS було розділено на чотири блоки відповідно до кластерів симптомів з урахуванням віку дитини.

До першого блоку увійшли зміни, що характеризують *вторгнення травматичної події або повторне переживання*: сумні думки або образи щодо стресової події, відтворення стресової події в грі; погані сни, пов'язані зі стресовою подією; коли дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз; відчуває себе надзвичайно сумним (-ою), згадуючи стресову подію і відчуває гостру фізичну реакцію при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття).

До другого блоку увійшли реакції, які характеризують *уникнення*, ситуації коли дитина намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події; уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов). Для дітей старше 7 років в дану групу увійшли додатково реакції, коли дитина не може згадати важливої частини стресової події; є помітні негативні зміни в тому, як він (вона) думає про себе, інших та весь світ після стресової події; вважає, що стресова подія трапилася тому, що він (вона) або хтось інший щось зробив невірно або не зробив достатньо, щоб зупинити її.

Третій блок симптомів ПТСР склали *негативні зміни когнітивних функцій та настрою*, а саме: посилення негативних емоційних станів (страх, гнів, почуття провини, сором, розгубленість); втрата зацікавленості у видах діяльності, які подобалися до стресової події, зокрема, коли дитина менше грає; самотійна соціальна ізоляція, зменшення прояву позитивних емоцій (відчуття щастя, любові).

Четвертий блок охоплює прояви, які характеризують *надлишкову збудженість*: відчуття роздратованості, епізоди, коли спостерігалися напади гніву без важливої причини, які торкалися інших осіб або речей; стани коли дитина є занадто насторожі або занадто обережною, занадто знервованою або

швидко лякався (-лася), у дітей старше 7 років – коли дитина ризикує або веде себе таким чином, що може зашкодити собі або іншим. До цієї групи також увійшли проблеми з концентрацією та труднощі під час засинання або зі сном.

Даний аналіз проводився з метою виявлення клінічно-значущих змін психологічного статусу дітей, важливих для клінічних психологів.

Аналіз результатів анкетування за CATS-2 у дітей молодше 7 років показав, що симптоми першого блоку (повторного переживання подій) були найвищими за середніми значеннями у тих, хто перебуває за кордоном, тоді як найнижчі — в інших містах України (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

**Характеристика проявів реакції на стрес за CATS-2 у дітей молодше 7 років відповідно до блоку симптомів (середній бал, частота)**

Блоки симптомів		Усі учасники (N=330)	Місце перебування		
			м.Харків (N=270)	Інше місто (N=34)	За кордоном (N=26)
1	M ± m	2.22 ± 0.25	2.14 ± 0.26 <sup>2,6</sup>	1.65 ± 0.54 <sup>7</sup>	3.50 ± 1.19
	n, %	175 ( 53,03)	144 ( 53,33)	16 ( 47,06)	15 ( 57,69)
2	M ± m	0.73 ± 0.11	0.73 ± 0.12 <sup>1</sup>	0.59 ± 0.26 <sup>6</sup>	0.93 ± 0.46
	n, %	111 ( 33,64)	91 ( 33,70)	10 ( 29,41)	10 (38,46)
3	M ± m	1.26 ± 0.18	1.33 ± 0.20 <sup>3,5</sup>	0.76 ± 0.49	1.36 ± 0.58
	n, %	128 ( 38,79)	112 ( 41,48)	8 (23,53)	8 (30,77)
4	M ± m	2.78 ± 0.29	2.79 ± 0.33 <sup>3,5</sup>	1.76 ± 0.58 <sup>7</sup>	3.93 ± 1.13
	n, %	178 (53,94)	147 (54,44)	16 (47,06)	15 (57,69)

Примітка: <sup>1</sup> p < 0,05; <sup>2</sup> p < 0,01; <sup>3</sup> p < 0,001 - вірогідність відмінностей частоти ознак серед мешканців м.Харкова та інших регіонів України; <sup>4</sup> p < 0,05; <sup>5</sup> p < 0,01; <sup>6</sup> p < 0,001 - мешканців м.Харкова та за кордоном; <sup>7</sup> p < 0,001 - мешканців інших регіонів України та інших країн.

Показники другого блоку симптомів (уникнення) були найнижчими серед усіх чотирьох блоків для всіх груп, що може свідчити про їх найменшу

інтенсивність або вираженість таких симптомів у маленьких дітей. Разом з тим діти, які виїхали за кордон, знов мали найвищі показники. Симптоми третього блоку (когнітивні функції, настрій) показники дітей міста Харкова та за кордоном практично зрівнялися, тоді як діти в інших містах України демонструють суттєве відставання. Блок 4 (гіперзбудженість) показав найвищі середні бали серед всіх підгруп дітей, максимальні рівні були у дітей, що живуть в інших країнах.

Аналіз розподілу симптомів за блоками у дітей віком понад 7 років не виявив достовірних відмінностей (табл. 3.12). Виявлено лише статистично значущу нижчу частоту симптомів 4 блоку у респондентів м. Харкова порівняно з тими учасниками, хто перебуває в інших містах та Харкові ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 3.12

**Характеристика проявів реакції на стрес за CATS-2 у дітей старших за 7 років відповідно до блоку симптомів (середній бал, частота)**

Блоки симптомів		Усі (N = 2006)	Місце перебування		
			м.Харків (N = 1549)	Інше місто (N = 241)	За кордоном (N = 216)
1	M ± m	4.02 ± 0.13	3.93 ± 0.15	4.40 ± 0.29	4.16 ± 0.42
	n, %	1719 ( 85,69)	1315 (84,89)	219 (90,87)	185 ( 85,65)
2	M ± m	3.17 ± 0.12	3.12 ± 0.14	3.25 ± 0.26	3.35 ± 0.40
	n, %	1502 (74,87)	1143 (73,78)	202 (83,8)	157 (72,68)
3	M ± m	2.17 ± 0.10	2.08 ± 0.12	2.33 ± 0.25	2.52 ± 0.33
	n, %	1218 (60,72)	912 (58,88)	168 (69,71)	138 (63,88)
4	M ± m	4.09 ± 0.14	4.09 ± 0.17	4.13 ± 0.31	4.02 ± 0.44
	n, %	1641 (81,80)	1246 (80,44) <sup>1</sup>	223 (92,53)	172 (79,63)

Примітка: <sup>1</sup>  $p < 0,05$ - вірогідність відмінностей частоти ознак серед мешканців м.Харкова та інших регіонів України.

Як і в дітей молодшого віку, в школярів домінують блоки 1 та 4, вони мають найвищу інтенсивність прояву (близько 4 балів) та найвищу частоту реєстрації

симптомів (понад 80 % у вибірці). Водночас зростає частота проявів третього блоку, що охоплює когнітивні порушення та пригнічений настрій.

Порівняння загальних характеристик між дітьми до та понад 7 років свідчить про виражене та статистично значуще переважання всіх показників у старших дітей, що свідчить про інтенсифікацію негативних проявів у старших дітей. Головною відмінністю стали показники тих дітей, які переїхали в інші міста України. Серед молодших дітей це була найбільш позитивна група, для школярів – найгірша за рівнем вираженості симптомів.

Серед старших дітей вікова відмінність зафіксована для четвертого блоку (KW H = 48,61,  $p < 0,001$ ). Частота симптомів гіперзбудження прогресивно зростає від підгрупи 7–9 років до 13–15 років. У молодших дітей слід відмітити зростання першого блоку симптомів з подовженням війни (KW H = 6,86;  $p < 0,001$ ).

Аналіз частоти реакцій на стрес за CATS-2 у дітей протягом війни відповідно до блоку симптомів показав, що загальний бал зростає за наступними пунктами в першому блоці: сумні думки, відтворення в грі ( $p < 0,001$ ), почувається, нібито подія відбувається прямо зараз ( $p < 0,001$ ), з другого блоку - намагання не згадувати ( $p < 0,001$ ), з третього блоку – негативні емоційні стани ( $p < 0,001$ ), з четвертого блоку – труднощі із засинанням ( $p < 0,001$ ).

З урахуванням матеріального статусу сім'ї встановлена статистично значуща асоціація із погіршенням як загального CATS-статусу ( $\chi^2 = 37,70$ ,  $p < 0,05$ ), так і результатів блоків повторного переживання (KW H = 39,18,  $p < 0,001$ ) і уникнення (KW H = 22,62,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, найбільш поширеними виявились симптоми кластера «Вторгнення / Повторне переживання» (нав'язливі спогади, погані сни, відтворення у грі) та «Гіперзбудження». У дітей старшого віку практично дорівнює також частота кластера «Негативний настрій, когнітивні порушення».

Встановлено погіршення симптоматики протягом війни, що може відображати кумулятивний вплив хронічного воєнного стресу.

### **Висновки розділу.**

Дослідження показало, що воєнна травма стала практично абсолютним досвідом для дитячого населення. Опитування виявило, що з травматичними подіями зіткнулися 2288 учасників, що охоплює майже всіх дітей, батьки яких прийняли участь у опитуванні — 97,95%. При цьому на кожную дитину припадало в середньому 1,23 психотравмуючий чинник, що підтверджує складний характер психологічного навантаження. Аналізуючи природу цих стресорів, батьки одноставно виділили воєнні події як головну та найбільш руйнівну категорію факторів. В інших містах України всі респонденти заявили про пережитий негативний досвід своїми дітьми, в Харкові - майже всі (97,64 %), що значно перевищувало число тих родин, які мігрували по Україні. Також характер травматичного досвіду суттєво відрізнявся залежно від місця перебування родини. Діти, які залишалися в Харкові, значно частіше мали досвід безпосереднього впливу активних бойових дій, тоді як серед дітей, які виїхали за кордон, достовірно частіше реєструвалися випадки насильства та психологічного тиску ( $p < 0,05$ ). У розрізі демографічних показників найбільш вразливими до сприйняття цих психотравмуючих подій виявилися діти шкільного віку, особливо старші дівчатка. Втрату близьких переживають діти, що залишаються в Україні.

Проведене дослідження дозволило встановити, що загальна поширеність психологічних порушень серед обстежених дітей становила 28,51 %, охоплюючи рівні помірному, підвищеного дистресу, а також ймовірного ПТСР; при цьому частота реєстрації останнього досягала 10,49 %. Узагальнені показники розподілилися практично однаково серед дівчат і хлопчиків, не виявляючи значущих гендерних відмінностей на загальному рівні. Проте детальний віковий аналіз дозволив виявити специфічні закономірності: так, у дітей віком до 7 років випадків підвищеного дистресу взагалі не зустрічалося, а частота помірному дистресу в цій молодшій віковій групі була суттєво меншою порівняно з пацієнтами старше 7 років. Оцінка статево-вікових показників продемонструвала найбільш виражену неоднорідність даних. За допомогою критерію Краскела — Волліса було зафіксовано статистично значущу різницю між групами ( $N = 26,99$ ;

$p < 0,0001$ ). Найвищі рівні порушень спостерігалися у дівчат віком понад 7 років — зокрема, частота ймовірного ПТСР та помірного дистресу серед них майже вдвічі перевищувала аналогічні показники у хлопчиків тієї ж вікової категорії. Аналіз часової динаміки засвідчив, що найгірші результати зафіксовано на другому етапі дослідження, який припав на третій рік повномасштабної війни. До цього моменту, у період між початком 2024 та початком 2025 років, спостерігалось майже дворазове зростання як частоти, так і ступеня вираженості психологічних розладів у дітей віком до 7 років.

Дослідження виявило значущий взаємозв'язок між фінансовим збідненням родин у воєнний час та зростанням показників психотравматизації серед школярів. Це демонструє, що матеріальне благополуччя є одним з критичних факторів стійкості психіки дитини в умовах збройного конфлікту. Фінансове благополуччя родини суттєво корелює з рівнем психічного здоров'я дитини. Недостатній матеріальний статус статистично значуще погіршує загальний психоемоційний профіль за шкалою CATS ( $\chi^2 = 37,70$ ),  $p < 0,05$ ). Зокрема, економічне неблагополуччя посилює прояви посттравматичного стресу за двома ключовими напрямками: повторне переживання травми та поведінка уникнення.

У загальній структурі порушень лідирують патологічні прояви симптомів із кластера «Вторгнення / Повторне переживання». Найчастіше у дітей фіксують мимовільні нав'язливі спогади про пережите, регулярні нічні жахи та розлади сну, патологічне відтворення травматичних подій під час гри.

Психоемоційний стан дітей молодшого віку визначається чіткими географічними та гендерними закономірностями реакції на травму. Попри збереження показників у межах норми, загальний рівень психологічного навантаження є найвищим у дітей, які виїхали за кордон порівняно з тими, хто залишився в Харкові чи перебуває в інших регіонах України. Для дітей у Харкові, на відміну від інших міст України, більш характерні гострі фізичні реакції, активне уникнення спогадів та соціальна ізоляція. Хлопчики значуще частіше демонструють розлади концентрації уваги та феномен «флешбеків», діючи чи граючись так, ніби травматична подія відбувається прямо зараз.

У дітей старше 7 років спільні прояви стресової реакції фіксуються значно частіше, ніж у молодшій віковій групі ( $p < 0,001$ ). Незалежно від локації, понад половини респондентів страждає від сумних думок, нічних жахів та проблем із концентрацією уваги. Найвищий рівень психотравматизації виявлено у дітей, які переїхали в інші міста України. Натомість у дітей, які залишаються в прифронтовому Харкові, середній бал виявився найнижчим, а евакуація за кордон асоціювалась із достовірно найменшою частотою стресових проявів. Водночас для старших дітей у м. Харкові характерна менша поширеність емоційного заніміння (суму при згадках, втрати інтересу до хобі, відчуття відірваності від світу) та гіперзбудження (проблем із концентрацією).

Дослідження продемонструвало накопичення ознак стресової реакції у дітей і підлітків, довоєнних мешканців м.Харкова, яке мало різнопланові закономірності в залежності не тільки від віку та статі, а й міста перебування під час війни. Це може мати тривалий негативний вплив на їх подальший соціально-емоційний розвиток та якість життя.

Матеріали розділу представлено у наступних публікаціях [205-208].

## РОЗДІЛ 4

### СОМАТИЧНІ ПРОЯВИ СТРЕСУ В ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ БАТЬКІВ/ОПКУНІВ

Соматизація дитячого стресу розглядається як комплекс фізичних симптомів, які формуються у відповідь на хронічне психоемоційне напруження або травму. Через несформованість механізмів вербального вираження емоцій у дитячому віці, психічний дискомфорт часто трансформується у функціональні порушення внутрішніх органів.

За даними скринінгового опитування за допомогою структурованої анкети, Children's Somatic Symptoms Inventory-8 (CSSI-8) (опитувальник для виявлення соматичних симптомів у дітей, версія, яка оцінює 8 соматичних проявів) встановлено, що в загальній групі обстежених дітей були представлені прояви з боку всіх органів і систем, хоча симптоми були виражені незначно (середній бал менше одного з можливих чотирьох). Відповідні симптоми спостерігались у 65,15 % дітей, батьки яких прийняли участь у дослідженні. Найчастіше зустрічався головний біль, також його середній показник вираженості симптому виявився достовірно вищим порівняно із іншими проявами і дорівнював  $(0,91 \pm 0,02)$  (табл. 4.1).

Другими за частотою були відчуття втоми та скарги на гастралгії (39,82 % та 41,00 %,  $p < 0,001$ ), вираженість цих симптомів також був співставленою і дорівнював 0,56 балів та 0,57 балів відповідно.

Третім за частотою симптомом була нудота, яка відмічена у 36,27 % респондентів з досить низьким рівнем проявів (0,49 балів). В той же час даний клінічний прояв дає підставу для досить широкого спектру диференціальної діагностики.

Наступною серед стрес-асоційованих симптомів була загальна слабкість, майже чверть учасників дослідження вказали на неї. Одночасно вираженість даного прояву була досить незначною, разом з тим для батьків він є приводом для звернення за медичною допомогою.

Рідше зустрічались такі порушення самопочуття дитини, як запаморочення і біль в спині (12,68 % та 17,48 % відповідно).

Таблиця 4.1

**Соматичні прояви, пов'язані зі стресом, у дітей-учасників дослідження**

Клінічні симптоми	Середній бал за анкету CSSI-8, M ± m	Частота клінічних проявів в загальній групі, n = 1522, %
Головний біль	0,91±0,02	60,78 <sup>1</sup>
Запаморочення	0,16±0,01	12,68
Втома/низька енергія	0,56±0,02	39,82 <sup>2</sup>
Біль у спині	0,25±0,02	17,48
Загальна слабкість	0,33±0,02	25,95
Біль у руках або ногах	0,27±0,02	20,83
Нудота	0,49±0,02	36,27
Біль у животі	0,57±0,02	41,00 <sup>2</sup>

Примітки: <sup>1</sup>p < 0,001 - відмінності між частотою головного болю та інших клінічних ознак; <sup>2</sup>p < 0,001 - відмінності між частотою втоми та болю у животі та інших клінічних ознак.

Аналіз вивчення клінічних симптомів з урахуванням статі дітей показав, що як за частотою, так і за інтенсивністю симптомів у дівчат показники були достовірно вище стосовно головного болю (p < 0,001), запаморочення (p < 0,02), відчуття загальної втоми та низької енергії (p < 0,001) та болю в животі (p < 0,001) (табл. 4.2). Такий симптом як гастралгії за частотою не відрізнявся, але був достовірно більш виражений також у дівчат (p < 0,001). Зазначені закономірності повторювались і в групі дітей старше 7 років.

Вивчення соматичних проявів стресової реакції у дітей з урахуванням віку виявило, що у дітей старшого віку інтенсивність головного болю, почуття втоми або низької енергії, загальної слабкості, болю в кінцівках, нудоти та гастралгій була вищою, ніж у молодших дітей (p < 0,001).

**Вираженість соматичних проявів, пов'язаних зі стресом, у дітей-учасників дослідження  
з урахуванням віку і статі, бали**

Клінічні симптоми	M ± m							
	Стать дітей		Вік дітей		Діти молодше 7 років		Діти старше 7 років	
	хлопці n = 757	дівчата n = 765	до 7 років n = 211	понад 7 р. n = 1311	хлопці n = 112	дівчата n = 99	хлопці n = 645	дівчата n = 666
Головний біль	0,82±0,03 <sup>1</sup>	1,00±0,03	0,55±0,05 <sup>2</sup>	0,97±0,03	0,50±0,07	0,60±0,08	0,88±0,03 <sup>4</sup>	1,06±0,04
Запаморочення	0,12±0,01 <sup>1</sup>	0,20±0,02	0,11±0,03	0,17±0,01	0,08±0,03	0,15±0,06	0,13±0,02 <sup>4</sup>	0,21±0,02
Втома/низька енергія	0,47±0,03 <sup>1</sup>	0,65±0,03	0,34±0,05 <sup>2</sup>	0,59±0,02	0,23±0,04 <sup>3</sup>	0,46±0,08	0,51±0,03 <sup>4</sup>	0,67±0,03
Біль у спині	0,19±0,02 <sup>1</sup>	0,32±0,02	0,19±0,04	0,26±0,02	0,16±0,04	0,22±0,07	0,19±0,02 <sup>4</sup>	0,33±0,03
Загальна слабкість	0,32±0,02	0,34±0,02	0,25±0,04 <sup>2</sup>	0,34±0,02	0,25±0,05	0,24±0,06	0,33±0,02	0,36±0,02
Біль у руках або ногах	0,28±0,02	0,26±0,02	0,18±0,04 <sup>2</sup>	0,28±0,02	0,21±0,06	0,16±0,06	0,29±0,02	0,28±0,02
Нудота	0,49±0,03	0,49±0,03	0,40±0,04 <sup>2</sup>	0,51±0,02	0,38±0,06	0,42±0,06	0,51±0,03	0,50±0,03
Біль у животі	0,51±0,03 <sup>1</sup>	0,63±0,03	0,45±0,05 <sup>2</sup>	0,59±0,02	0,46±0,07	0,44±0,07	0,52±0,03 <sup>4</sup>	0,66±0,03
Середній бал	0,40±0,02	0,49±0,02	0,31±0,03	0,46±0,02	0,28±0,04	0,34±0,05	0,42±0,02	0,51±0,02

Примітки: <sup>1</sup>p < 0,001 - відмінності між вираженістю клінічних ознак у дівчат і хлопчиків загальної групи; <sup>2</sup>p < 0,001 - відмінності між вираженістю клінічних ознак у дітей молодше та старше семи років; <sup>3</sup>p < 0,001 - відмінності між вираженістю клінічних ознак у дівчат і хлопчиків молодше семи років, <sup>4</sup>p < 0,001 - відмінності між вираженістю клінічних ознак у дівчат і хлопчиків старше семи років.

Такі симптоми, як запаморочення та біль у спині, були однакового рівня у дітей різного віку. Також в групі дітей молодше 7 років вираженість ознак не залежала від статі дітей за виключенням почуттів втоми або низької енергії, які були вірогідно інтенсивнішими серед дівчат ( $p < 0,001$ ). Узагальнюючий статистичний аналіз з урахуванням віку та статі дітей наведено в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

**Статистичні показники CSSI-8 залежно від вікової групи та статі  
(N = 1522, поправка Холма)**

Симптом	N (KW)	p_сир	p_Холм
Головний біль	102,88	<0,001	<0,001
Втома / низька енергія	69,71	<0,001	<0,001
Біль у спині	46,27	<0,001	<0,001
Запаморочення	26,86	0,019*	0,095
Загальна слабкість	10,53	0,908	1,000
Біль у руках або ногах	17,07	0,318	0,953
Нудота	3,75	0,808	1,000
Біль у животі	20,14	0,147	0,587

Примітка. N = критерій Краскела-Волліса, з KW – вірогідність критерію Краскела-Волліса;  $p_{\text{Холм}} < 0,001$  - вірогідність поправки Холма, яка застосована до 8 KW p-значень у блоці.

Таким чином, статистичний аналіз підтверджує клінічні висновки, викладені вище: стать та вікова група є значущими предикторами для трьох симптомів – головного болю, втоми та болю в спині.

Аналіз вираженості соматичних проявів серед дітей з урахуванням місця перебування і міграції сімей показав, що даний параметр не впливав на соматичні прояви, асоційовані зі стресом, їх інтенсивність була співставленою у дітей, які мешкали в м.Харкові, інших містах України та за кордоном (табл. 4.4). Лише

вираженість такого симптому, як біль у спині, була більшою у дітей, що мешкали в інших містах України порівняно з мешканцями м.Харкова ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 4.4

**Вираженість соматичних проявів, пов'язаних зі стресом, у дітей-учасників дослідження з урахуванням місця перебування, бали ( $M \pm m$ )**

Клінічні симптоми	Місце перебування дитини		
	м. Харків n = 1217	Інше місто України, n = 159	За кордоном n = 146
Головний біль	0,90±0,03	0,91±0,06	0,98±0,08
Запаморочення	0,17±0,01	0,11±0,03	0,20±0,05
Втома/низька енергія	0,56±0,02	0,56±0,06	0,56±0,07
Біль у спині	0,24±0,02 <sup>1</sup>	0,35±0,06	0,23±0,05
Загальна слабкість	0,31±0,02	0,38±0,06	0,41±0,06
Біль у руках або ногах	0,27±0,02	0,28±0,05	0,30±0,05
Нудота	0,49±0,02	0,52±0,06	0,49±0,06
Біль у животі	0,56±0,02	0,62±0,06	0,60±0,07
Середній бал	0,44 ± 0,02	0,47 ± 0,04	0,47 ± 0,04

Примітка: <sup>1</sup> $p < 0,05$  - відмінності між вираженістю клінічних ознак у дітей м.Харкова та інших міст <sup>1</sup> $p < 0,05$  - відмінності між вираженістю клінічних ознак у дітей м.Харкова та інших міст України.

Для перевірки гіпотези про зв'язок між рівнем стресової симптоматики (CATS) та соматичними проявами (CSSI) застосовано кореляційний аналіз з автоматичним вибором методу залежно від розподілу даних (табл. 4.5)

Таблиця 4.5

**Взаємозв'язки між показниками ризику ПТСР та розвитком соматичних відхилень у дітей (ρ Спірмена, N = 1522)**

Група	N	CATS, бали, M±m	CSSI, бали, M±m	R (Spearman)	95% CI	p_Holm
Діти з соматичними проявами	1522	9,90±0,22	6,09±0,18	+0,596	[+0,563; +0,628]	<0,001
До 7 років	267	7,92±0,47	4,34±0,36	+0,579	[+0,493; +0,653]	<0,001
Від 7 років	1255	10,33±0,25	6,46±0,20	+0,588	[+0,551; +0,623]	<0,001
Дівчата	765	10,18±0,32	6,48±0,26	+0,634	[+0,589; +0,674]	<0,001
Хлопці	757	9,63±0,30	5,69±0,24	+0,554	[+0,503; +0,602]	<0,001
м. Харків	1217	9,82±0,25	6,02±0,20	+0,593	[+0,555; +0,628]	<0,001
Інше місто України	159	10,59±0,61	6,46±0,52	+0,597	[+0,486; +0,688]	<0,001
За кордоном	146	9,82±0,76	6,21±0,66	+0,619	[+0,508; +0,710]	<0,001

Примітка. ρ = коефіцієнт рангової кореляції Спірмена; 95% CI = довірчий інтервал через перетворення Фішера z; p\_Holm = p-value після поправки Холма (m = 8 порівнянь). M±m = середнє ± стандартна похибка

У зв'язку з цим у всіх підгрупах застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ), який не передбачає нормальності розподілу та є стійким до викидів.

Встановлено позитивний зв'язок між CATS та CSSI:  $\rho = +0,596$ , 95% CI [+0,563; +0,628],  $p < 0,0001$ , що зі зростанням балів CATS (рівень стресової симптоматики) закономірно зростають бали CSSI (вираженість соматичних скарг). Вузкий CI (ширина 0,065) свідчить про надійність оцінки при великій вибірці. У дівчат зафіксовано найвищу кореляцію по всій вибірці:  $\rho = +0,634$  [+0,589; +0,674], а у хлопців — найнижчу:  $\rho = +0,554$  [+0,503; +0,602]. Це може свідчити про більш виражений психосоматичний зв'язок у дівчат.

Кореляція у групі «до 7 років» ( $\rho = +0,579$ ) та «від 7 років» ( $\rho = +0,588$ ) є порівнюваною, різниця 0,009 є клінічно незначущою. Вужчий CI для групи «від 7 р.» [+0,551; +0,623] відображає більшу вибірку ( $n = 1255$  проти 267). Зв'язок CATS  $\leftrightarrow$  CSSI є універсальним: він однаково виражений у всіх вікових групах.

Коефіцієнти кореляції між групами локації є надзвичайно стабільними:  $\rho = 0,593$  (Харків),  $\rho = 0,597$  (інші міста країни),  $\rho = 0,619$  (за кордоном). Однак для групи «За кордоном» ( $n = 146$ ) виявлено найбільший коефіцієнт кореляції.

### **Висновки розділу.**

На основі комплексного клініко-статистичного аналізу результатів анкетування дитячого населення ( $n = 1522$ ) за міжнародною шкалою Children's Somatic Symptom Inventory (CSSI-8) встановлено, що хронічний воєнний дистрес у дітей має чітко виражену соматоформну маніфестацію. Абсолютним домінантним маркером соматизації визначено головний біль, далі за поширеністю були біль у животі та відчуття втоми/низької енергії. Разом ці три симптоми утворюють стійку «соматичну тріаду дитячого стресу», яка відображає тотальну астенізацію центральної нервової системи та гіперактивацію вегетативної системи.

Виявлено віковий та гендерний диморфізм інтенсивності симптомів. Так, дівчата в загальній групі продемонстрували достовірно вищу інтенсивність суб'єктивного перенесення больових та астенічних синдромів, ніж хлопці, за

більшістю ознак. Рівень фізичних скарг лінійно зростає разом із дорослішанням дитини — у категорії понад 7 років показники CSSI є значущо вищими, ніж у молодшій групі. Найбільш критичний рівень соматизації зафіксовано у дівчат віком понад 7 років, де інтенсивність головного болю досягла пікових  $1,06 \pm 0,04$  балів, а втоми —  $0,67 \pm 0,03$  балів. Аналіз показників в різних-статевих-вікових групах виявив, що стать та вікова група є значущими предикторами для трьох симптомів – головного болю, втоми та болю в спині.

Аналіз вираженості симптомів за CSSI-8 залежно від географічного перебування виявив, що суб'єктивна інтенсивність ключових проявів — втоми (стабільно 0,56 балів у всіх групах), головного болю (0,90–0,98) та болю в животі (0,56–0,62) — не має статистично значущих відмінностей між дітьми, які залишаються в м. Харків, та тими, хто виїхав в інші регіони чи за кордон. Це доводить, що евакуація у безпечний простір не здатна одночасно нівелювати психосоматичну травму. Єдиним симптомом, що значущо зріс при внутрішній міграції, став біль у спині.

Зіставлення інтегральних балів довело абсолютну синхронність між шкалою психічної травматизації CATS та рівнем соматизації CSSI. Прогресуюче зростання психічного напруження у процесі дорослішання супроводжується дзеркальним посиленням фізичних скарг. Це математично обґрунтовує соматоформну природу виявлених симптомів і підтверджує, що хронічний біль у дітей під час війни виступає тілесним еквівалентом (маскою) пережитої психологічної травми.

Матеріали розділу представлено у наступних публікаціях [205, 206, 208].

## РОЗДІЛ 5

### ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МІСТА ХАРКОВА ЗА ДАНИМИ ЄДИНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **5.1. Поширеність патологічних станів на етапі надання первинної медичної допомоги**

Частоту і характер патологічних станів у дітей, довоєнних мешканців м.Харкова, було оцінено на підставі медичних записів в Єдиній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) відповідно Міжнародній класифікації первинної медичної допомоги, друге видання (International Classification of Primary Care-2, ICPC-2).

Переважну більшість серед категорій порушень стану дітей і підлітків склали загальні та неспецифічні відхилення (табл. 5.1). Другу позицію займали захворювання дихальної системи, далі за поширеністю були захворювання шкіри і травної системи. Очікувано, в дитячому і підлітковому віці найрідше зустрічались патологічні стани з боку статевих органів, як жіночих, так і чоловічих, та станів, пов'язаних з вагітністю, пологами, плануванням сім'ї. В той же час слід зауважити, що незважаючи на воєнний час, психологічні проблеми займають також найнижчу сходинку за частотою випадків (0,10 %). Це вказує на відсутність освіченості суспільства щодо психологічних проблем і активного виявлення ментальних проблем в дитячому і підлітковому віці.

Період після 24.02.2022 року характеризується вагомим і статистично значущим ( $p < 0,05$ ) зростанням частоти майже всіх класів захворювань, що може свідчити про суттєве погіршення соматичного здоров'я пацієнтів (ймовірно, на тлі хронічного стресу, зміни умов життя чи доступності медицини). Порівняння частоти захворювань і патологічних розладів за даними лікарів первинної медичної ланки до та після початку війни в Україні показало, що частка загальних та неспецифічних станів у воєнний час значно зменшилась ( $p < 0,001$ ), а число хворобливих процесів та порушень системи крові, кровотворних органів та імунної системи, травної системи, з боку очей, вух, шкіри, серцево-судинної,

опорно-рухової, нервової систем, гінекологічних захворювань достовірно збільшилось ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 5.1

**Поширеність патологічних станів серед дітей відповідно ІСРС-2 з урахуванням довоєнного та післявоєнного часу, N (%)**

Клас захворювань	До 24.02.2022 (n = 1520)	Після 24.02.2022 (n = 1637)	OR
A Загальні та неспецифічні	1095 (72,03)	979 (59,80) <sup>1</sup>	0,58 <sup>4</sup>
B Кров, кровотворні органи та імунна система	13 (0,85)	83 (5,07) <sup>1</sup>	6,19 <sup>4</sup>
D Травна система	104 (6,84)	188 (11,48) <sup>1</sup>	1,77 <sup>4</sup>
F Око	25 (1,64)	108 (6,60) <sup>1</sup>	4,22 <sup>4</sup>
H Вуха	37 (2,43)	83 (5,07) <sup>1</sup>	2,14 <sup>4</sup>
K Серцево-судинна система	61 (4,01)	93 (5,68) <sup>1</sup>	1,44 <sup>2</sup>
L Опорно-рухова система	71 (4,67)	149 (9,10) <sup>1</sup>	2,04 <sup>4</sup>
N Нервова система	79 (5,20)	197 (12,03) <sup>1</sup>	2,50 <sup>4</sup>
P Психологічні	0 (0,00)	2 (0,12)	-
R Дихальна система	929 (61,12)	921 (56,26) <sup>1</sup>	0,82 <sup>3</sup>
S Шкірна система	99 (6,51)	231 (14,11) <sup>1</sup>	2,36 <sup>4</sup>
W Вагітність, пологи, планування сім'ї	1 (0,07)	0 (0,0)	-
X Жіночі статеві органи	7 (0,46)	22 (1,34) <sup>1</sup>	2,94 <sup>2</sup>
Y Чоловічі статеві органи	10 (0,66)	22 (1,34)	-

Примітка: <sup>1</sup> $p < 0,001$  – достовірність відмінностей між показниками до та після початку війни; <sup>2</sup> $p < 0,05$ , <sup>3</sup> $p < 0,01$ , <sup>4</sup> $p < 0,001$  – достовірність підвищення шансів (Odds Ratio, OR) виявлення патології після 24.02.2022 р. порівняно з періодом до цієї дати.

Разом з цим, число хворіб дихальної системи достовірно зменшилось ( $p < 0,001$ ). Шанси виникнення у воєнний час патології системи крові і імунної системи зросли у 6,19 рази, хворіб очей – в 4,22 рази. Шанси виникнення захворювань вуха, опорно-рухової та нервової систем, шкіри, гінекологічних захворювань зросли у воєнний час більше ніж у 2 рази. Аналіз частоти патологічних станів за даними ІСРС-2 показав повну відсутність гендерних відмінностей за всіма класами захворювань (табл. 5.2), що свідчить про однакову міру впливу факторів середовища (воєнний стан чи екологія) на соматичне здоров'я хлопчиків та дівчат.

Таблиця 5.2

**Поширеність патологічних станів серед дітей відповідно ІСРС-2 з  
урахуванням статі, N (%)**

Клас захворювань	Хлопчики (n = 897)	Дівчата (n = 845)
A Загальні та неспецифічні	704 (78,48)	682 (80,99)
B Кров, кровотворні органи та імунна система	50 (5,57)	45 (5,34)
D Травна система	132 (14,72)	137 (16,27)
F Око	62 (6,91)	67 (7,96)
H Вуха	54 (6,02)	60 (7,13)
K Серцево-судинна система	75 (8,36)	67 (7,96)
L Опорно-рухова система	112 (12,49)	96 (11,40)
N Нервова система	123 (13,71)	119 (14,13)
P Психологічні	2 (0,22)	0 (0,00)
R Дихальна система	656 (73,13)	617 (73,28)
S Шкірна система	146 (16,28)	157 (18,65)
W Вагітність, пологи, планування сім'ї	1 (0,11)	0 (0,00)
X Жіночі статеві органи	0 (0,00)	27 (3,21)
Y Чоловічі статеві органи	30 (3,34)	0 (0,00)

Порівняння числа захворювань відповідно органам і системам у дітей молодше та старше 7 років виявило, що у ранньому віці частка загальних та неспецифічних розладів досягала 77,5 %, переважали захворювання системи дихання, частота уражень дихальної системи та шкіри була достовірно вищою, ніж у дітей старше 7 років (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

**Поширеність патологічних станів серед дітей відповідно ІСРС-2 з  
урахуванням віку, N (%)**

Клас захворювань	Менше 7 років (n = 979)	Старше 7 років (n = 1457)
A Загальні та неспецифічні	759 (77,53)	514 (35,28) <sup>2</sup>
B Кров, кровотворні органи та імунна система	29 (2,96)	68 (4,67) <sup>1</sup>
D Травна система	122 (12,46)	158 (10,84)
F Око	43 (4,39)	99 (6,79) <sup>2</sup>
H Вуха	46 (4,70)	71 (4,87)
K Серцево-судинна система	53 (5,41)	91 (6,25)
L Опорно-рухова система	65 (6,64)	146 (10,02) <sup>2</sup>
N Нервова система	98 (10,01)	155 (10,64)
P Психологічні	2 (0,20)	0 (0,00)
R Дихальна система	689 (70,38)	897 (61,56) <sup>2</sup>
S Шкірна система	128 (13,07)	106 (7,28) <sup>2</sup>
W Вагітність, пологи, планування сім'ї	0 (0,00)	0 (0,00)
X Жіночі статеві органи	5 (0,51)	24 (1,65) <sup>2</sup>
Y Чоловічі статеві органи	18 (1,84)	15 (1,03)

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,01, <sup>2</sup>p < 0,001 – вірогідність відмінностей між показниками у дітей молодше та старше 7 років.

Для дітей старше 7 років було характерне, як і в загальній групі, зменшення частки неспецифічних і загальних хворіб ( $p < 0,001$ ), а також збільшення поширеності патологічних процесів з боку системи крові, кровотворних органів та імунної системи ( $p < 0,01$ ), з боку очей, опорно-рухової системи та гінекологічних захворювань ( $p < 0,001$ ) порівняно з молодшими дітьми. При цьому в структурі захворювань провідне місце займали хвороби системи дихання (61,56 %).

Слід відмітити, що захворювання системи крові, кровотворних органів та імунної системи зростають саме у дівчат старше 7 років (1,92 % у дівчат молодше 7 років проти 5,24 % серед дівчат старше 7 років,  $p < 0,001$ ). Навпаки, саме у хлопчиків старше 7 років зростає число патології опорно-рухового стану (6,26 % у хлопчиків молодше 7 років проти 10,79 % серед хлопчиків старше 7 років,  $p < 0,001$ ). Поширеність уражень дихальної системи однаково знижувалась у старших дітей і не залежала від статі учасників дослідження.

Був проведений аналіз поширеності патологічних станів на етапі первинної медичної допомоги з урахуванням міста перебування родини з дітьми. Виявлено високо значущу загальну відмінність між групами поширеності патології опорно-рухової системи (табл. 5.4). Діти, які перебувають в інших містах України, мають суттєво вищу частоту проявів (17,99%), ніж діти у Харкові (11,70%,  $p = 0,018$ ) та діти за кордоном (6,83%,  $p = 0,002$ ), де цей показник є найнижчим.

Виявлено, що поширеність патологічних станів з боку нервової системи на первинній ланці медичної допомоги достовірно відрізнялась у групах дітей в Україні та за кордоном ( $p = 0,046$ ). Частота розладів нервової системи у м.Харкові (14,50 %) та інших містах України (14,81 %) була майже однаковою, але статистично вищою, ніж у дітей за кордоном (7,45 %): порівняно з мешканцями м.Харкова ( $p = 0,011$ ), порівняно з іншими містами України ( $p = 0,042$ ). Частота захворювань органів дихання у Харкові (74,01 %) та в Україні (73,01%) тримається на одному рівні, проте у дітей за кордоном вона достовірно нижча — 63,97 % ( $p = 0,009$  порівняно з м. Харковом). Подібна тенденція

спостерігалася і щодо патології вуха: у дітей, які перебували в м. Харків, частота захворювань була достовірно вищою (7,32 %), ніж серед дітей, які виїхали за кордон (3,10 %,  $p = 0,047$ ).

Таблиця 5.4

**Поширеність патологічних станів серед дітей відповідно ІСРС-2 з  
урахуванням міграції під час війни, N (%)**

Клас захворювань	Місце перебування дітей під час війни		
	м. Харків (n = 1393)	інші міста України (n = 189)	за кордоном (n = 161)
A Загальні та неспецифічні	1099 (78,89)	151 (79,89)	136 (84,47)
B Кров, кровотворні органи та імунна система	83 (5,96) <sup>3</sup>	9 (4,76)	3 (1,86)
D Травна система	225 (16,15)	26 (13,76)	18 (11,18)
F Око	103 (7,39)	16 (8,46)	10 (6,21)
H Вуха	102 (7,32) <sup>1,3</sup>	7 (3,70) <sup>1</sup>	5 (3,10) <sup>1</sup>
K Серцево-судинна система	116 (8,33) <sup>3</sup>	20 (10,58)	6 (3,73) <sup>4</sup>
L Опорно-рухова система	163 (11,70) <sup>1,2</sup>	34 (17,99) <sup>1</sup>	11 (6,83) <sup>1,4</sup>
N Нервова система	202 (14,50) <sup>1,3</sup>	28 (14,81) <sup>1</sup>	12 (7,45) <sup>1,4</sup>
P Психологічні	2 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)
R Дихальна система	1031 (74,01) <sup>2</sup>	138 (73,01)	103 (63,97)
S Шкірна система	245 (17,59)	38 (20,11)	20 (12,42)
W Вагітність, пологи, планування сім'ї	1 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)
X Жіночі статеві органи	22 (1,58)	5 (2,65)	1 (0,62)
Y Чоловічі статеві органи	29 (2,08)	2 (1,06)	0 (0,00)

Примітка: <sup>1</sup> $p < 0,001$  – статистично значущі відмінності у розподілі ознаки між трьома вибірками одночасно за критерієм Краскела — Уолліса (коефіцієнт H); <sup>2</sup> $p < 0,05$  – відмінності показників в м.Харкові та інших містах України; <sup>3</sup> $p < 0,05$  – відмінності показників в м. Харкові та за кордоном; <sup>4</sup> $p < 0,05$  – відмінності показників за кордоном та інших містах України.

Аналогічно, зафіксовано відмінності з боку серцево-судинної системи, де найнижча частота скарг відмічалася у дітей за кордоном (3,73 %) порівняно з мешканцями Харкова (8,33 %,  $p = 0,043$ ) та дітьми з інших міст України (10,58 %,  $p = 0,023$ ).

Для класів хворіб A, D, F, P, S, W, X, Y статистично вірогідних відмінностей залежно від місця перебування дітей не виявлено. Фактор перебування за кордоном виступає суттєвим чинником, оскільки у цих дітей спостерігається вірогідне зниження частоти розладів дихальної, нервової, серцево-судинної систем та органів слуху порівняно з дітьми, які залишаються в Україні, зокрема в прифронтовому місті (м. Харків).

Аналіз даних за ICPC-2, отриманих в періоді воєнного часу відповідно до етапів дослідження виявив чітку хронологічну еволюцію структури захворювань дітей (табл. 5.5). Встановлено високозначуще зростання частоти загальних та неспецифічних розладів з 66,96 % до 81,15 % ( $N = 16,16$ ,  $p < 0,001$ ), що вказує на накопичення загальної соматичної втоми та астенізації дітей з подовженням війни. Виявлено значуще збільшення кількості дерматологічних проявів ( $N = 15,22$ ,  $p < 0,001$ ). На початку дослідження (лютий 2024 р.) симптоми мали лише 6,96 % дітей, тоді як у періоді осені 2025 року цей показник зріс до 18,63 %. Це може свідчити про вплив хронічного стресу в дітей на прояви саме з боку шкіри. Статистичний аналіз зафіксував вагоме збільшення патології органа зору ( $N = 16,63$ ,  $p < 0,001$ ). Так, у 2024 році частота трималася на рівні 1,74 % – 2,00 %, а під кінець 2025 року вона зросла до 8,78 %. Це є вагомим клінічним маркером (можливо, пов'язаним із підвищеним екранним часом або загальним виснаженням). Клас R (дихальна система) характеризувався високозначущими коливаннями частоти ( $N = 10,03$ ,  $p = 0,0066$ ). Найнижчий рівень зафіксовано на початку 2024 року (61,74%), після чого відбувся підйом (до 76,00% та 73,38%), тобто залишився стабільно високим протягом наступних періодів (рис. 5.5).

**Поширеність патологічних станів серед дітей відповідно ІСРС-2 з  
урахуванням часу участі у дослідженні, N (%)**

Клас захворювань	Час участі у дослідженні		
	15.02.2024 – 27.02.2024 (n = 115)	20.09.2024 – 29.01.2025 (n = 250)	01.09.2025 – 10.11.2025 (n = 1390)
A Загальні та неспецифічні	77 (66,96) <sup>1</sup>	192 (76,80) <sup>1,3</sup>	1128 (81,15) <sup>1,4</sup>
B Кров, кровотворні органи та імунна система	6 (5,22)	12 (4,80)	77 (5,54)
D Травна система	13 (11,30)	32 (12,80)	226 (16,26)
F Око	2 (1,74) <sup>1</sup>	5 (2,00) <sup>1,3</sup>	122 (8,78) <sup>1,4</sup>
H Вуха	4 (3,48)	11 (4,40)	99 (7,12)
K Серцево-судинна система	5 (4,34)	16 (6,40)	121 (8,71)
L Опорно-рухова система	12 (10,43)	22 (8,80)	174 (12,52)
N Нервова система	13 (11,30)	31 (12,40)	200 (14,39)
P Психологічні	1 (0,87)	1 (0,40)	0 (0,00)
R Дихальна система	71 (61,74) <sup>1,2</sup>	190 (76,00) <sup>1</sup>	1020 (73,38) <sup>1</sup>
S Шкірна система	8 (6,96) <sup>1,2</sup>	38 (15,20) <sup>1</sup>	259 (18,63) <sup>1</sup>
W Вагітність, пологи, планування сім'ї	0 (0,00)	0 (0,0)	1 (0,07)
X Жіночі статеві органи	0 (0,00)	2 (0,8)	26 (1,87)
Y Чоловічі статеві органи	3 (2,61)	3 (1,2)	26 (1,87)

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,001 – статистично значущі відмінності у розподілі ознаки між трьома вибірками одночасно за критерієм Краскела — Уолліса (коефіцієнт H); <sup>2</sup>p < 0,05 – відмінності показників першого та другого етапу; <sup>3</sup>p < 0,05 – відмінності показників першого та третього етапу; <sup>4</sup>p < 0,05 – відмінності показників другого і третього етапу дослідження.

Такі класи, як N (нервова система), K (серцево-судинна система) та L (опорно-рухова система) демонструють відносну стабільність частоти протягом усього досліджуваного періоду без різких стрибків (p > 0,05).

Найглибші зрушення спостерігались у перший період дослідження (лютий 2024 р.) порівняно з третім етапом (вересень — листопад 2025 р.). За цей час частота патологій загальної групи, ока та шкіри зростає максимально лінійно, що підтверджує гіпотезу про накопичувальний ефект тривалого перебування у стресовому воєнному середовищі.

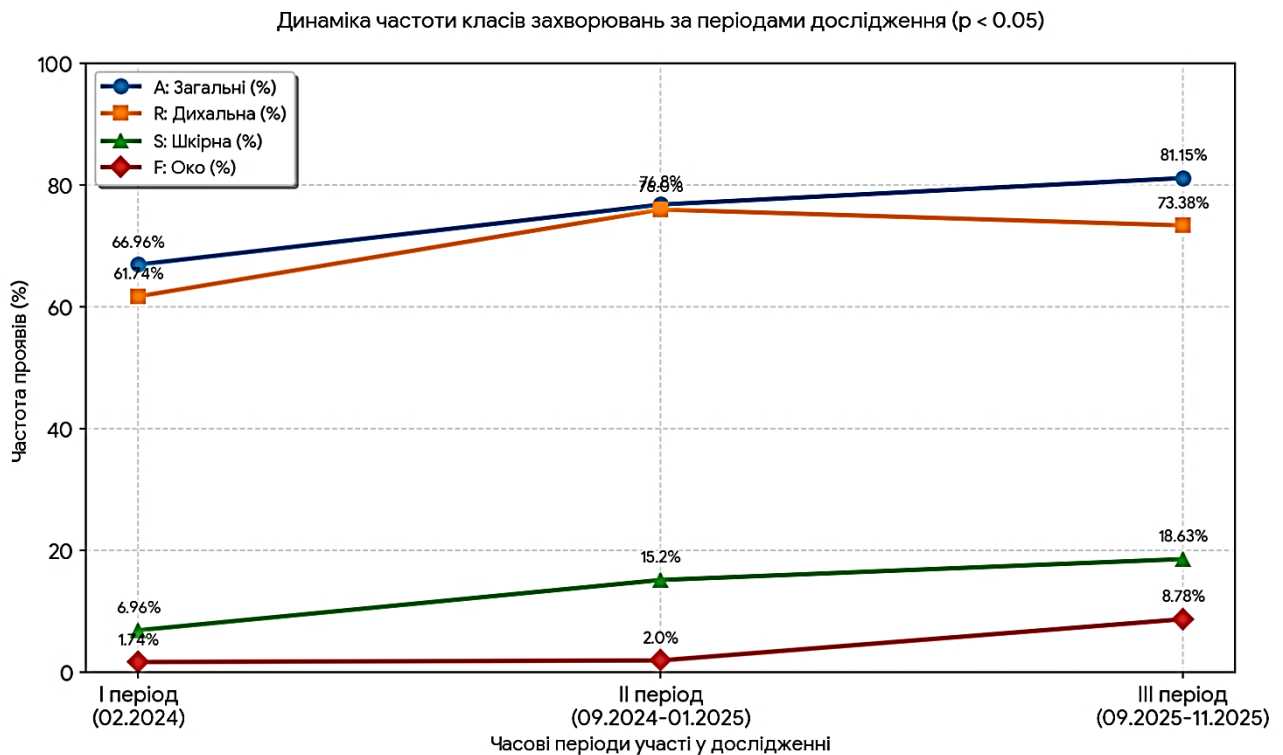


Рис. 1. Графік трендів поширеності хвороб на первинній ланці охорони здоров'я у воєнний час.

Підвищення частки захворювань дихальної системи відбувся між першим та другим періодами дослідження ( $p = 0,005$ ), після чого стабілізувався і вже суттєво не змінювався між другим та третім етапами ( $p = 0,395$ ). Шкірні прояви демонстрували послідовне збільшення поширеності порушень: спочатку значуще зростання між 1 та 2 періодами ( $p = 0,032$ ), яке продовжилося та закріпилося до кінця 2025 року.

Найглибші зрушення спостерігались на третьому етапі (вересень — листопад 2025 р.) порівняно з першим (лютий 2024 р.). За цей час частота

патологій загальної групи, ока та шкіри зросла максимально лінійно, що підтверджує гіпотезу про накопичувальний ефект тривалого перебування у стресовому воєнному середовищі. Стрибок захворювань дихальної системи відбувся між першим та другим періодами дослідження ( $p = 0,005$ ), після чого стабілізувався і вже суттєво не змінювався між другим та третім етапами ( $p = 0,395$ ). Шкірні прояви демонстрували послідовне збільшення поширеності порушень: спочатку значуще зростання між 1 та 2 періодами ( $p = 0,032$ ), яке продовжилося та закріпилося до кінця 2025 року.

Таким чином, після 24.02.2022 року відбулося статистично значуще зростання частоти майже всіх класів захворювань, що відображає суттєві негативні зміни стану здоров'я дітей під час війни. Евакуація дітей за кордон виступає потужним чинником зниження медичних звернень, причина якого може бути в обмеженому доступі до іншої системи охорони здоров'я, браком часу та можливостей, а не кращим станом дітей. Стать дитини не була фактором ризику для розвитку патології. Віковий фактор визначає частоту ураження, а у хронологічній динаміці 2024–2025 років фіксується лінійне та прогресуюче зростання частоти патологій органу зору та шкіри.

## **5.2. Поширеність захворювань на другому етапі надання медичної допомоги (спеціалізованої допомоги) дітям – учасникам дослідження**

На основі масиву даних уточнених діагнозів за висновками спеціалістів в ЕСОЗ проведено клініко-епідеміологічний аналіз основних змін у структурі захворюваності дітей за міжнародною класифікацією хвороб X перегляду (МКХ - 10), який виявив значуще системне погіршення здоров'я дітей після 24.02.2022 року (табл. 5.6). Статистично достовірно зросла частота всіх основних класів хвороб за виключенням таких, які не відповідають віку учасників дослідження (вагітність, пологи та післяпологовий період, окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії). При цьому відмічається дворазове збільшення середньої кількості захворювань (епізодів) на одну дитину — з 7,68 до 15,49 випадків.

Таблиця 5.6

## Поширеність захворювань серед дітей відповідно МКХ-10 з урахуванням довоєнного та післявоєнного часу, N (%)

Класи захворювань	До 24.02.22 (n = 1520)	Після 24.02.22 (n = 1637)	Усі (n = 1701)	QR [95% CI]
1	2	3	4	5
I A00-B99 Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	76 (5,00)	233 (14,23) <sup>1</sup>	283 (16,64)	3,15 [2,41; 4,13] <sup>2</sup>
II C00-D48 Новоутворення	19 (1,25)	47 (2,87) <sup>1</sup>	61 (3,59)	2,34 [1,36; 4,00] <sup>2</sup>
III D50-D89 Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	16 (1,05)	36 (2,20) <sup>1</sup>	51 (3,00)	2,11 [1,17; 3,82] <sup>2</sup>
IV E00-E90 Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	25 (1,64)	119 (7,27) <sup>1</sup>	134 (7,88)	4,69 [3,03; 7,26] <sup>2</sup>
IX I00-I99 Хвороби системи кровообігу	145 (9,54)	341 (20,83) <sup>1</sup>	422 (24,81)	2,50 [2,03; 3,07] <sup>2</sup>
V F00-F99 Розлади психіки та поведінки	15 (0,99)	47 (2,87) <sup>1</sup>	61 (3,59)	2,97 [1,65; 5,33] <sup>2</sup>
VI G00-G99 Хвороби нервової системи	189 (12,43)	431 (26,33) <sup>1</sup>	523 (30,75)	2,51 [2,09; 3,04] <sup>2</sup>
VII H00-H59 Хвороби ока та його придаткового апарату	146 (9,61)	439 (26,82) <sup>1</sup>	514 (30,22)	3,45 [2,82; 4,22] <sup>2</sup>
VIII H60-H95 Хвороби вуха та соскоподібного відростка	106 (6,97)	169 (10,32) <sup>1</sup>	251 (14,76)	1,54
X J00-J99 Хвороби органів дихання	283 (18,62)	449 (27,43) <sup>1</sup>	611 (35,92)	1,65
XI K00-K93 Хвороби органів травлення	382 (25,13)	694 (42,40) <sup>1</sup>	862 (50,68)	2,19 [1,88; 2,55] <sup>2</sup>
XII L00-L99 Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	84 (5,53)	220 (13,44) <sup>1</sup>	284 (16,70)	2,65 [2,004; 3,45] <sup>2</sup>

Продовження табл. 5.6

1	2	3	4	5
XIII M00-M99 Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	96 (6,32)	362 (22,11) <sup>1</sup>	411 (24,16)	4,21 [3,32; 5,34] <sup>2</sup>
XIV N00-N99 Хвороби сечостатевої системи	68 (4,47)	228 (13,93) <sup>1</sup>	271 (15,93)	3,46 [2,882; 4,22] <sup>2</sup>
XIX S00-T98 Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	204 (13,42)	402 (24,56) <sup>1</sup>	534 (31,39)	2,09 [1,74; 2,53] <sup>2</sup>
XV 000-099 Вагітність, пологи та післяпологовий період	0 (0,00)	1 (0,06)	1 (0,06)	–
XVI P00-P96 Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	8 (0,53)	5 (0,31)	13 (0,76)	–
XVII Q00-Q99 Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	154 (10,13)	195 (11,91)	288 (16,93)	–
XVIII R00-R99 Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях	27 (1,78)	123 (7,51) <sup>1</sup>	145 (8,52)	4,49 [2,94; 6,86] <sup>2</sup>
XX U50-U73 Зовнішні причини захворюваності та смертності	2 (0,13)	7 (0,43)	9 (0,53)	–
XXI Z00-Z99 Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я	729 (47,96)	1164 (71,11) <sup>1</sup>	1332(78,31)	2,67 [2,31; 3,09] <sup>2</sup>

Закінчення таблиці 5.6.

1	2	3	4	5
XXII U00-U49 Коди для спеціальних цілей (наприклад, для COVID-19 або нових хвороб)	27 (1,78)	6 (0,37) <sup>1</sup>	32 (1,88)	–
Новий епізод (без уточненого коду)	336 (22,11)	828 (50,58) <sup>1</sup>	953 (56,03)	–
Середня кількість епізодів на одну дитину (M ± m)	7,68 ± 0,18	15,49 ± 0,33 <sup>1</sup>	11,59 ± 0,26	–

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,001 – достовірність відмінностей між показниками до та після початку війни; <sup>2</sup>OR – підвищення шансів виявлення патології після 24.02.2022 р. порівняно з періодом до цієї дати (p < 0,001).

Це свідчить про формування синдрому поліморбідності (симультанного ураження багатьох систем органів) на тлі тривалого воєнного стресу.

За частотою у дітей загальної групи домінували захворювання травної системи, кожна друга дитина мала відхилення з боку системи травлення. Далі за поширеністю були хвороби органів дихання (35,92 %) та травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (31,39 %). Серед класів соматичних уражень найбільше зростає частота ендокринних порушень (в 4,69 разів), а також патологічних станів кістково-м'язової (в 4,21 разів), сечо-статевої (в 3,46 разів) систем та інфекційних і паразитарних процесів (в 3,15 разів). Слід відмітити зростання питомої ваги класу XXI Z00-Z99 з 47,96 % до 71,11 %, що свідчить про різке збільшення звернень не за лікуванням конкретної хвороби, а за супутніми потребами (довідки для евакуації, профілактичні огляди при переміщенні, вступу до дитячих закладів, тощо).

Єдиним спадаючим трендом став XXII клас (COVID-19 / Спеціальні коди U00-U49), виявлено достовірне зниження частоти з 1,8 % до 0,4 % ( $p < 0,001$ ), що можна пояснити тим, що діагностування COVID-19 з початком повномасштабної війни відійшло на другий план, а епідемічний фокус змістився на соматичні та психосоматичні наслідки воєнних дій. У воєнний час більше ніж у два рази збільшились шанси виникнення наступних класів хвороб: органів системи крові, дихання, шкіри, вуха, нервової, серцево-судинної та травної систем, а також травм та отруєнь, новоутворень ( $p < 0,001$ ).

Аналіз частоти уточнених діагнозів з урахуванням статі дітей, батьки яких прийняли участь у дослідженні показав, що в обох гендерних групах перші три місця посідають однакові класи хвороб, проте з різною частотою (табл. 5.7). Хвороби органів травлення (XI K00-K93) є абсолютним лідером для обох статей. Хвороби органів дихання (X J00-J99) займають друге місце і суттєво переважають серед хлопчиків — 39,4 % проти 30,1 % у дівчат. Хвороби нервової системи (VI G00-G99) знаходяться на третьому місці у хлопчиків (31,3 %), тоді як у дівчат цей показник трохи нижчий (27,9 %). Також у дівчат третє місце з мінімальним відривом фактично розділяють хвороби ока (31,2 %).

Таблиця 5.7

## Поширеність захворювань серед дітей відповідно МКХ-10 з урахуванням статі учасників дослідження, N (%)

Класи захворювань	Хлопчики (n = 897)	Дівчата (n = 845)
1	2	3
I A00-B99 Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	151 (16,8)	128 (15,1)
II C00-D48 Новоутворення	36 (4,0)	25 (3,0)
III D50-D89 Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	26 (2,9)	25 (3,0)
IV E00-E90 Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	55 (6,1)	78 (9,2) <sup>1</sup>
IX I00-I99 Хвороби системи кровообігу	234 (26,1)	190 (22,5)
V F00-F99 Розлади психіки та поведінки	25 (2,8)	36 (4,3)
VI G00-G99 Хвороби нервової системи	281 (31,3)	236 (27,9)
VII H00-H59 Хвороби ока та його придаткового апарату	246 (27,4)	264 (31,2)
VIII H60-H95 Хвороби вуха та соскоподібного відростка	138 (15,4)	114 (13,5)
X J00-J99 Хвороби органів дихання	353 (39,4)	254 (30,1) <sup>1</sup>
XI K00-K93 Хвороби органів травлення	441 (49,2)	425 (50,3)
XII L00-L99 Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	140 (15,6)	144 (17,0)

Продовження табл. 5.7

1	2	3
XIII M00-M99 Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	228 (25,4)	183 (21,7)
XIV N00-N99 Хвороби сечостатевої системи	114 (12,7)	154 (18,2) <sup>1</sup>
XIX S00-T98 Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	273 (30,4)	255 (30,2)
XV 000-099 Вагітність, пологи та післяпологовий період	0 (0,0)	0 (0,0)
XVI P00-P96 Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	0 (0,0)	5 (0,6)
XVII Q00-Q99 Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	160 (17,8)	128 (15,1)
XVIII R00-R99 Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях	86 (9,6)	58 (6,9) <sup>2</sup>
XX U50-U73 Зовнішні причини захворюваності та смертності	0 (0,0)	9 (1,1)
XXI Z00-Z99 Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я	684 (76,3)	647 (76,6)
XXII U00-U49 Коди для спеціальних цілей (наприклад, для COVID-19 або нових хвороб)	19 (2,1)	13 (1,5)
Новий епізод (без уточненого коду)	503 (56,1)	460 (54,4)

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,001, <sup>2</sup>p < 0,01 – достовірність відмінностей між показниками у хлопчиків та дівчат.

Порівняльний аналіз показав, що у дівчат переважала частота ендокринних порушень і захворювань сечостатевої системи, у хлопчиків – захворювань органів дихання і змін лабораторних показників.

Статистичний аналіз відношення шансів показав, що у дівчат шанс захворіти на ендокринні і метаболічні порушення в 1,56 раз вище, ніж у хлопців (QR = 0,64; 95% CI [0,45 – 0,92],  $p < 0,001$ ), а у хлопців – в 1,5 рази на хвороби органів дихання (QR = 1,50; 95% CI [1,23 – 1,83],  $p < 0,01$ ).

Результати аналізу (табл. 5.8) засвідчили, що у структурі патології дітей віком до 7 років переважають хвороби крові та імунного апарату, патологія вуха та соскоподібного відростка, захворювання органів дихання, а також вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії. Така тенденція цілком узгоджується із загальноприйнятими віковими закономірностями поширеності хвороб у педіатричній популяції. Зокрема, шанси розвитку порушень з боку системи крові та імунітету в малюків у 2,43 рази перевищують аналогічний показник у школярів (95% CI [1,38–4,27],  $p < 0,01$ ). Вроджена патологія очікувано домінує у групі до 7 років із відношенням шансів OR = 1,56 (95% CI [1,23–1,98],  $p < 0,001$ ). Крім того, для дітей раннього віку характерна вища ймовірність виникнення захворювань респіраторної системи (OR = 1,24; 95% CI [1,04–1,48],  $p < 0,05$ ) та ЛОР-органів (OR = 1,32; 95% CI [1,02–1,72],  $p < 0,001$ ).

У віці старше 7 років зростають за частою ендокринні хвороби, патології органів зору, травлення та кровообігу, кістково-м'язової та сечостатевої систем ( $p < 0,001$ ). При цьому ризики за відношенням шансів були незначними і майже співставленими. Найбільші ризики (майже у два рази більші) мали хвороби кістково-м'язової (OR = 0,52; 95% CI [0,41–0,65],  $p < 0,001$ ), серцево-судинної (OR = 0,48; 95% CI [0,38–0,60],  $p < 0,001$ ), ендокринної (OR = 0,36; 95% CI [0,24–0,56],  $p < 0,001$ ) систем та органу зору (OR = 0,45; 95% CI [0,36–0,55],  $p < 0,001$ ).

Звертає на себе увагу переважання нових епізодів звернення до системи охорони здоров'я у шкільному віці порівняно з дітьми молодше 7 років. Також слід зауважити, що клас XXI (Z00-Z99) був абсолютним лідером в обох групах — 66,09 % та 67,67 %.

Таблиця 5.8

## Поширеність захворювань серед дітей відповідно МКХ-10 з урахуванням віку учасників дослідження, N (%)

Класи захворювань	Менше 7 років (n = 979)	Старше 7 років (n = 1457)	QR [95% CI]
1	2	3	4
I A00-B99 Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	116 (11,85)	176 (12,08)	
II C00-D48 Новоутворення	27 (2,75)	35 (2,40)	
III D50-D89 Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	32 (3,27) <sup>3</sup>	20 (1,37)	2,43 <sup>2</sup>
IV E00-E90 Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	29 (2,96) <sup>3</sup>	113 (7,76)	0,36 <sup>3</sup>
IX I00-I99 Хвороби системи кровообігу	122 (12,46) <sup>3</sup>	332 (22,79)	0,42 <sup>2</sup>
V F00-F99 Розлади психіки та поведінки	20 (2,04)	42 (2,88)	
VI G00-G99 Хвороби нервової системи	226 (23,08)	331 (22,72)	
VII H00-H59 Хвороби ока та його придаткового апарату	144 (14,71) <sup>3</sup>	405 (27,80)	0,45 <sup>3</sup>
VIII H60-H95 Хвороби вуха та соскоподібного відростка	120 (12,26) <sup>2</sup>	139 (9,54)	1,32 <sup>1</sup>
X J00-J99 Хвороби органів дихання	295 (30,13) <sup>3</sup>	376 (25,81)	1,24 <sup>1</sup>
XI K00-K93 Хвороби органів травлення	345 (35,24) <sup>3</sup>	628 (43,10)	0,72 <sup>3</sup>
XII L00-L99 Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	108 (11,03)	184 (12,63)	

Продовження табл. 5.8

1	2	3	4
XIII M00-M99 Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	120 (12,23) <sup>3</sup>	310 (21,28)	0,52 <sup>3</sup>
XIV N00-N99 Хвороби сечостатевої системи	90 (9,19) <sup>3</sup>	191 (13,11)	0,67 <sup>3</sup>
XIX S00-T98 Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	181 (18,49) <sup>3</sup>	374 (25,67)	0,66 <sup>3</sup>
XV 000-099 Вагітність, пологи та післяпологовий період	0 (0,00)	1 (0,07)	
XVI P00-P96 Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	13 (1,33)	18 (1,24)	
XVII Q00-Q99 Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	156 (15,93) <sup>3</sup>	158 (10,84)	1,56 <sup>3</sup>
XVIII R00-R99 Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях	50 (5,11)	97 (6,66)	
XX U50-U73 Зовнішні причини захворюваності та смертності	3 (0,31)	6 (0,41)	
XXI Z00-Z99 Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я	647 (66,09)	986 (67,67)	
XXII U00-U49 Коди для спеціальних цілей (наприклад, для COVID-19 або нових хвороб)	14 (1,43)	18 (1,24)	
Новий епізод (без уточненого коду)	406 (41,47) <sup>2</sup>	673 (46,19)	0,83 <sup>1</sup>

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,05, <sup>2</sup>p < 0,01, <sup>3</sup>p < 0,001 – достовірність відмінностей між показниками та OR у дітей молодше і старше 7 років

Це свідчить про те, що факт того, що домінуючі причини візитів до лікарів, які пов'язані з профілактичними оглядами, щепленнями або довідками, є стабільним незалежно від віку дітей.

Був проведений аналіз записів в ЕСОЗ з урахуванням міста перебування родини з дітьми, а саме тих, хто проживає в м.Харкові, в інших містах України та за кордоном. Приймались до уваги записи у довоєнний період, а також тих осіб, які знаходяться за кордоном, які звертались за медичною допомогою при відвідуванні України. Медична інформація про дітей, хто мешкає в інших містах України, незважаючи де вони звертались за медичною допомогою, залишались у національній інформаційній системі і були доступні для дослідження.

Аналіз захворюваності залежно від місця перебування дітей під час воєнних дій виявив наступні закономірності. У дітей-мешканців прифронтового міста Харкова встановлено вищу частоту лише хвороб ендокринної системи ( $p < 0,05$ ), інфекційних і паразитарних захворювань ( $p < 0,001$ ) і системи крові та імунітету ( $p < 0,01$ ) порівняно з іншими регіонами України. Переїзд пацієнтів із Харкова до інших міст України не призводить до суттєвої зміни структури захворюваності. Це може свідчити про однакову направленість змін структури хвороб у дітей України і темпів виявлення нових захворювань незалежно від міста перебування протягом війни.

Порівняно з дітьми, які залишились в Україні, серед тих, хто виїхав за кордон встановлена достовірно менша частка захворювань шкіри, ока, органів дихання, травлення, кровообігу, травм та отруєнь, кістково-м'язової та сечостатевої систем. Найбільший ризик виникнення патології серед дітей, що залишились в Україні продемонстрували: хвороби системи кровообігу (OR = 0,43; 95% CI [0,27–0,69],  $p < 0,001$ ), сечостатевої системи (OR = 0,50; 95% CI [0,28–0,89],  $p < 0,001$ ), шкіри (OR = 0,42; 95% CI [0,23–0,76],  $p < 0,001$ ), ока (OR = 0,433; 95% CI [0,28–0,67],  $p < 0,001$ ).

Таблиця 5.9

## Поширеність патологічних станів серед дітей відповідно МКХ-10 з урахуванням міграції під час війни, N (%)

Класи захворювань	м.Харків (N=1393)	Інші міста України (N=189)	За кордоном (N=161)
1	2	3	4
I A00-B99 Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	235 (16,87)	29 (15,34)	16 (9,94) <sup>3</sup>
II C00-D48 Новоутворення	48 (3,44)	9 (4,76)	4 (2,48)
III D50-D89 Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	45 (3,23)	2 (1,06) <sup>2</sup>	4 (2,48)
IV E00-E90 Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	117 (8,40)	9 (4,76) <sup>1</sup>	7 (4,35) <sup>4</sup>
IX I00-I99 Хвороби системи кровообігу	364 (26,13)	39 (20,63)	21 (13,04) <sup>3,5</sup>
V F00-F99 Розлади психіки та поведінки	56 (4,02)	4 (2,12)	1 (0,62) <sup>3</sup>
VI G00-G99 Хвороби нервової системи	432 (31,01)	49 (25,93)	36 (22,36) <sup>3</sup>
VII H00-H59 Хвороби ока та його придаткового апарату	428 (30,73)	57 (30,16)	26 (16,15) <sup>3,6</sup>
VIII H60-H95 Хвороби вуха та соскоподібного відростка	209 (15,00)	27 (14,29)	16 (9,94)
X J00-J99 Хвороби органів дихання	503 (36,11)	68 (35,98)	36 (22,36) <sup>3,6</sup>
XI K00-K93 Хвороби органів травлення	712 (51,11)	95 (50,26)	58 (36,02) <sup>3,6</sup>
XII L00-L99 Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	241 (17,30)	30 (15,87)	13 (8,07) <sup>3,6</sup>

Продовження табл. 5.9

1	2	3	4
XIII M00-M99 Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	341 (24,48)	46 (24,34)	24 (14,91) <sup>3,6</sup>
XIV N00-N99 Хвороби сечостатевої системи	222 (15,94)	31 (16,40)	14 (8,70) <sup>3,6</sup>
XIX S00-T98 Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	428 (30,73)	64 (33,86)	36 (22,36) <sup>3,6</sup>
XV 000-099 Вагітність, пологи та післяпологовий період	1 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)
XVI P00-P96 Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	10 (0,72)	3 (1,59)	0 (0,00)
XVII Q00-Q99 Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	231 (16,58)	29 (15,34)	28 (17,39)
XVIII R00-R99 Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях	118 (8,47)	23 (12,17)	3 (1,86) <sup>3,6</sup>
XX U50-U73 Зовнішні причини захворюваності та смертності	8 (0,57)	1 (0,53)	0 (0,00)
XXI Z00-Z99 Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я	6 (0,43)	2 (1,06)	0 (0,00)

Закінчення таблиці 5.9

1	2	3	4
XXII U00-U49 Коди для спеціальних цілей (наприклад, для COVID-19 або нових хвороб)	24 (1,72)	3 (1,6)	5 (2,46)
Новий епізод (без уточненого коду)	790 (56,71)	103 (54,5)	70 (37,04) <sup>3,6</sup>

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,05, <sup>2</sup>p < 0,01 – достовірність відмінностей між показниками дітей в м.Харкові і в інших містах України; <sup>3</sup>p < 0,001, <sup>4</sup>p < 0,01 – між показниками дітей в м.Харкові і за кордоном; <sup>5</sup>p < 0,05; <sup>6</sup>p < 0,001 – між показниками дітей в містах України і за кордоном

На наступному етапі було проаналізовано поширеність основних класів хвороб серед дітей, батьки яких прийняли участь у опитуванні, з урахуванням часу участі у дослідженні (табл. 5.10). Протягом 2024 року структура захворюваності залишалась відносно стабільною, відмічено відносне зниження частки захворювань кістково-м'язової ( $p < 0,01$ ) та сечостатевої ( $p < 0,05$ ) систем, а також, незважаючи на подовження військового стану, зменшення розладів психіки та поведінки ( $p < 0,001$ ). Порівняння структури захворюваності в подальшому показало підвищення частки інфекційних і паразитарних хвороб ( $p < 0,05$ ), патології травної системи ( $p < 0,05$ ) та вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій ( $p < 0,01$ ). Протягом 2025 року достовірно зменшилась частка перинатальної патології порівняно з 2024 роком ( $p < 0,001$ ), захворювань органів дихання ( $p < 0,001$ ), кістково-м'язової системи ( $p < 0,001$ ), числа розладів психіки та поведінки, сечостатевої системи ( $p < 0,01$ ) за період між першим та третім етапами дослідження.

За статистичним аналізом з використанням методу відношення шансів наприкінці 2025 року фіксується стійке, статистично значуще зменшення шансів виявлення цілої низки патологій: розладів психіки ( $OR=0,38$ ), неспецифічних симптомів ( $OR = 0,52$ ; 95% CI [0,18–0,81],  $p < 0,001$ ), хвороб кістково-м'язової ( $OR = 0,60$ ; 95% CI [0,41–0,90],  $p < 0,001$ ), сечостатевої ( $OR = 0,61$ ; 95% CI [0,39–0,95],  $p < 0,001$ ) та дихальної систем ( $OR = 0,62$ ; 95% CI [0,42–0,92],  $p < 0,001$ ). Таким чином, формування захворюваності у досліджуваній когорті є багатофакторним процесом. У той час, як вік визначає базову біологічну схильність до певних хвороб, фактор перебування за кордоном виступає потужним модифікатором (можливо, штучно занижуючи реальну захворюваність через бар'єри доступу до допомоги). Часовий моніторинг (2024–2025 рр.) засвідчує успішну психосоматичну адаптацію дитячого населення до хронічних стресових викликів (зменшення психічних та стрес-індукованих розладів), проте сигналізує про необхідність посилення контролю за інфекційною безпекою та патологією шлунково-кишкового тракту.

Таблиця 5.10

## Поширеність патологічних станів серед дітей відповідно МКХ-10 з урахуванням часу участі у дослідженні, N (%)

Класи захворювань	Час опитування		
	15.02.2024 – 27.02.2024 (n = 115)	20.09.2024 – 29.01.2025 (n = 250)	01.09.2025 – 10.11.2025 (n = 1390)
1	2	3	4
I A00-B99 Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	12 (10,43)	36 (14,40)	233 (16,76) <sup>4</sup>
II C00-D48 Новоутворення	6 (5,22)	8 (3,20)	47 (3,38)
III D50-D89 Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1 (0,87)	5 (2,00)	45 (3,24)
IV E00-E90 Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	13 (11,30)	25 (10,00)	97 (6,98)
IX I00-I99 Хвороби системи кровообігу	27 (23,48)	64 (25,60)	335 (24,10)
V F00-F99 Розлади психіки та поведінки	9 (7,83) <sup>3</sup>	9 (3,60)	44 (3,17) <sup>5</sup>
VI G00-G99 Хвороби нервової системи	30 (26,09)	72 (28,80)	419 (30,14)
VII H00-H59 Хвороби ока та його придаткового апарату	28 (24,35)	71 (28,40)	416 (29,93)
VIII H60-H95 Хвороби вуха та соскоподібного відростка	19 (16,52)	32 (12,80)	201 (14,46)
X J00-J99 Хвороби органів дихання	52 (45,22)	89 (35,60)	470 (33,81) <sup>6</sup>

Продовження табл. 5.10

1	2	3	4
XI K00-K93 Хвороби органів травлення	48 (41,74)	116 (46,40)	708 (50,94) <sup>4</sup>
XII L00-L99 Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	20 (17,39)	42 (16,80)	222 (15,97)
XIII M00-M99 Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	38 (33,04) <sup>2</sup>	56 (22,40)	318 (22,88) <sup>6</sup>
XIV N00-N99 Хвороби сечостатевої системи	26 (22,61) <sup>1</sup>	35 (14,00)	209 (15,04) <sup>5</sup>
XIX S00-T98 Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	37 (32,17)	79 (31,60)	417 (30,00)
XV 000-099 Вагітність, пологи та післяпологовий період	0 (0,00)	1 (0,40)	0 (0,00)
XVI P00-P96 Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	1 (0,87)	5 (2,00)	7 (0,50) <sup>8</sup>
XVII Q00-Q99 Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	13 (11,30)	32 (12,80)	245 (17,63) <sup>5,7</sup>
XVIII R00-R99 Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях	16 (13,91)	21 (8,40)	108 (7,77) <sup>5</sup>
XX U50-U73 Зовнішні причини захворюваності та смертності	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,65)
XXI Z00-Z99 Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я	1 (0,87)	2 (0,80)	5 (0,36)

Закінчення таблиці 5.10

1	2	3	4
XXII U00-U49 Коди для спеціальних цілей (наприклад, для COVID-19 або нових хвороб)	3 (2,61)	6 (2,40)	23 (1,65)
Новий епізод (без уточненого коду)	59 (51,30)	134 (53,60)	775 (55,76)

Примітка: <sup>1</sup>p < 0,05; <sup>2</sup>p < 0,01; <sup>3</sup>p < 0,001 – достовірність відмінностей між показниками першого та другого етапу дослідження; <sup>4</sup>p < 0,05; <sup>5</sup>p < 0,01; <sup>6</sup>p < 0,001 – достовірність відмінностей між показниками першого та третього етапу дослідження; <sup>7</sup>p < 0,05; p < 0,01 - достовірність відмінностей між показниками другого та третього етапу дослідження.

Порівняння частоти захворювань за даними первинної і вторинної спеціалізованої ланок охорони здоров'я показало, що незалежно від використаної системи кодування (МКХ-10 чи ІСРС-2), виявлено ідентичні вектори трансформації дитячої захворюваності. Провідними кризовими класами стали ендокринні і імунні порушення, патологія кістково-м'язової системи та хвороби ока, що відображає системний вплив хронічного психоемоційного стресу, гіподинамії та зміни умов навчання.

Аналіз з урахуванням статі дітей показав, що за класифікацією ІСРС-2 хлопчики та дівчата звертаються до лікаря зі скаргами на дихальну систему з абсолютно однаковою частотою (близько 73 %). Проте, за класифікацією МКХ-10 хлопчикам частіше виставляють офіційні клінічні діагнози (39,4 % проти 30,1 %), при однаковій первинній симптоматиці у хлопчиків хвороби дихальних шляхів частіше переходять у верифіковану нозологічну патологію (наприклад, обструктивні бронхіти, бронхіальну астму тощо).

В ІСРС-2 класи X (жіночі органи) та Y (чоловічі органи) чітко розмежовані за анатомічним принципом. Проте в МКХ-10, де хвороби сечовидільної та статеві систем об'єднані в один клас (XIV N00-N99), наочно видно перевагу дівчат за рахунок супутньої гінекологічної та ендокринної складової.

Також за ІСРС-2 первинні скарги на проблеми зі шкірою (клас S) та психоемоційний стан (клас P) мають лише мінімальну тенденцію до переважання у дівчат. За МКХ-10 поглиблена діагностика фіксує статистично значуще переважання у дівчат ендокринних порушень та розладів обміну речовин, що поєднується із вищою частотою хвороб ока.

Зіставлення двох класифікаційних систем у розрізі вікових груп виявив диференціацію загальних симптомів (у дітей молодшого віку). За ІСРС-2 у дітей віком до 7 років фіксується тотальна перевага класу А «Загальні та неспецифічні» — 77,53 % звернень проти 35,28 % у старшій групі. Маленькі діти найчастіше приходять до педіатра з недиференційованими скаргами (гарячка, млявість, плач). За МКХ-10 на етапі виставлення діагнозів ці загальні

симптоми трансформуються лікарями у конкретні нозології. Проте за МКХ-10 чітко фіксується, що в основі цієї неспецифічної симптоматики лежать верифіковані вроджені вади розвитку (клас XVII), хвороби крові та імунітету (клас III) та хвороби вуха (клас VIII).

За ІСРС-2 частота первинних респіраторних скарг (клас R) є дуже високою в обох групах, але дещо переважає у дітей до 7 років. За МКХ-10 цей тренд повністю підтверджується і на рівні верифікованих клінічних діагнозів (клас X J00-J99), де захворювання органів дихання у дітей молодшого віку є значущо більш поширеними. Це доводить, що застудні та бронхолегеневі захворювання однаково ефективно реєструються як на етапі оцінки скарг (ІСРС-2), так і при кодуванні остаточних діагнозів (МКХ-10).

За ІСРС-2 у дітей старшої групи на первинній ланці різко зростає частота локальних соматичних скарг: на опорно-рухову систему (клас L) та орган зору (клас F). За МКХ-10 цей процес формування хронічної патології відображається ще масштабніше. У старших дітей фіксується зростання шансів за такими класами, як хвороби ендокринної системи, системи кровообігу, хвороби ока та кістково-м'язової системи.

За ІСРС-2 діти віком до 7 років звертаються зі скаргами на зміни шкіри (клас S) майже вдвічі частіше, ніж старші діти (13,07 % проти 7,28 %,  $p < 0,001$ ). Ця різниця є статистично значущою на рівні первинного контакту. За МКХ-10 на етапі верифікації клінічних діагнозів (клас XII L00-L99) відсотки в обох групах стають практично однаковими (11,03 % у молодших та 12,63 % у старших). У дітей до 7 років скарги ураження шкіри (висипи, попрілості, алергічні прояви) є гострими і відразу змушують батьків іти до лікаря, але часто проходять як епізод. Натомість у старших дітей патологія шкіри (наприклад, підліткові акне, atopічні дерматити) часто сприймається як «косметична» або звична проблема, тому первинних скарг менше (7,28 %). Проте при детальному медичному огляді лікарі все одно виявляють і фіксують ці діагнози в МКХ-10 у 12,63 % випадків. Це свідчить про високий рівень гіподіагностики та замовчування шкірних проблем у старшому дитячому віці.

За ІСРС-2 частота первинних звернень зі скаргами на порушення травної системи (клас D) є приблизно однаковою в обох вікових групах: 12,46 % у молодших та 10,84 % у старших. За МКХ-10 клінічний аналіз фіксує суттєвее перевагу захворюваності в старшій групі (клас XI K00-K93) — 43,10 % проти 35,24 %,  $p < 0,001$ . Скарги на розлади травної системи у дітей старшого віку є неспецифічними або маскуються (наприклад, диспепсія, хронічний гастрит, дискінезія жовчовивідних шляхів часто не мають гострого болю, який би змусив дитину скаржитися щодня). Тобто за ІСРС-2 фіксується лише незначна скарга (10,84 %) активних скарг, тоді як глибока діагностика за МКХ-10 виявляє патологічні процеси ШКТ у кожній другій дитини старше 7 років.

Таким чином, зазначені закономірності дозволяють зробити висновок про те, що ІСРС-2 чудово вловлює гострі, очевидні для батьків стани (як-от гарячка чи висип у малюків), тоді як МКХ-10 є критично важливою для виявлення латентних (прихованих) хронічних процесів у підлітків (патологія шлунково-кишкового тракту, ендокринопатії, дерматози).

Зіставлення двох класифікаційних систем у контексті міграційних процесів дозволяє виявити унікальні розбіжності між суб'єктивним сприйняттям здоров'я (скаргами) та об'єктивною клінічною реєстрацією хвороб. Так, за ІСРС-2 у дітей, які залишаються в Харкові під постійними обстрілами, частота скарг на з боку нервової системи (клас N) становила 14,50 %, а на серцево-судинну (клас K) — 8,33 %. За МКХ-10 клінічна реєстрація цих же патологій є у декілька разів вищою. Діагнози хвороб нервової системи (клас VI) реєструвалися у 31,01 % дітей, а системи кровообігу (клас IX) — 26,13 %. Це свідчить, що на первинній ланці діти звертаються зі скаргами лише у випадках гострих проявів (вегетативні кризи, панічні атаки), що фіксує ІСРС-2. Проте лікарі під час детальних оглядів кодують за МКХ-10 хронічні зміни регуляції (наприклад, хронічні судинні дистонії (соматоформні розлади, захворювання НС) чи невротичні розлади

(захворювання психіки та поведінки), які охоплюють майже третину дитячого населення міста Харкова.

За ІСРС-2 у дітей, які перебувають за кордоном, частота базових неспецифічних скарг (клас А) є навіть дещо вищою, ніж у мешканців Харкова (84,47 % проти 78,89 %,  $p < 0,05$ ). Тобто батьки за кордоном активно звертаються до лікарів із загальними приводами (застуди, довідки, загальні огляди). Попри високу загальну активність звернень (клас А), за МКХ-10 реєстрація конкретних клінічних діагнозів за кордоном падає у 2–3 рази порівняно з Харковом за абсолютно всіма соматичними класами. Однотипний рівень первинних візитів за ІСРС-2 за кордоном не трансформується у верифіковані діагнози за МКХ-10. Це відбиває ситуацію з обмеженням доступу до достатньої спеціалізованої допомоги дітям під час відвідування України.

В той же час у дітей, які переїхали в інші міста України, зафіксовано різке та найбільше серед усіх груп збільшення скарг з боку опорно-рухової системи (клас L) за ІСРС-2. При цьому на рівні клінічних діагнозів за МКХ-10 (клас XIII) патологічні процеси опорно-рухової системи в інших містах України (24,34%) залишаються абсолютно ідентичною до харківського показника (24,48%). Процес внутрішньої евакуації та адаптації на новому місці в межах України супроводжується одним з стрес-асоційованих симптомів, що супроводжується скаргами дітей на болі в спині чи суглобах (достовірне збільшення в ІСРС-2). Проте ці скарги є функціональними та зворотними, оскільки лікарі не знаходять додаткових структурних дефектів і реєструють базовий рівень нозологій за МКХ-10. Порівняння двох систем доводить, що географічне переміщення дитини під час війни кардинально змінює модель взаємодії з медичною системою. У прифронтовому регіоні (м.Харків) МКХ-10 виявляє масштабну приховану соматизацію стресу, яку не встигає фіксувати ІСРС-2. У зоні внутрішньої евакуації (інші міста України) ІСРС-2 демонструє гострі адаптаційні реакції опорно-рухового апарату, які ще не стали хронічною хворобою за МКХ-10. Серед дітей, які перебувають за кордоном ІСРС-2 відображає високий рівень формальних звернень під час перебування в

Україні, тоді як МКХ-10 виявляє зниження реального рівня хронічних хвороб через обмеженість поглибленої діагностики.

Зіставлення поширеності захворювань за двома класифікаціями дозволило виявити, що протягом воєнного часу спостерігається стійке, статистично значуще зростання загальних та неспецифічних скарг (клас А) — від 66,96 % на початку 2024 року до 81,15 % наприкінці 2025 року. Діти все частіше приходять на первинну ланку із комплексними, недиференційованими синдромами (наслідки хронічної втоми, астенія, загальне нездужання). За МКХ-10 натомість на рівні нозологічних діагнозів клас XVIII (неспецифічні симптоми R00-R99) значущо знижується — з 13,91 % до 7,77 %. Відбувається накопичення очної та дерматологічної патології. В ІСРС-2 скарги на погіршення зору на початку війни майже були відсутні (усього 1,74%), але до кінця 2025 року збільшились у 5 разів — до 8,78 %. В МКХ-10 клінічні діагнози хвороб ока стабільно трималися протягом усього дослідження. Скарги на відхилення з боку шкіри збільшились з 6,96 % до 18,63 %. В МКХ-10 діагнози хвороб шкіри залишалися зафіксованими на стабільно високому плато (~16–17%). У 2024 році патологія ока та шкіри вже була сформована як стійкий клінічний діагноз у МКХ-10, але пацієнти рідко висували її як основну скаргу при візиті (нижча частота на первинній ланці). Протягом двох років відбулося накопичення таких симптомів, показники ІСРС-2 стали у відповідність до реального клінічного стану МКХ-10. Показники захворюваності на соматичні хвороби лінійно накопичуються (інфекції, гастроентерологічні хвороби).

### **Висновки розділу.**

Встановлено, що початок повномасштабних воєнних дій став потужним тригером для формування різноманітної патології у дітей за даними національної ЕСОЗ. Це підтверджується двократним збільшенням середньої кількості епізодів захворювань на одну дитину — з  $(7.68 \pm 0.18)$  у довоєнний період до  $(15.49 \pm 0.33)$  у воєнний час. Після 24.02.2022 року відбулося

статистично значуще зростання частоти майже всіх соматичних класів захворювань, що відображає значущість воєнних чинників на дитячий організм.

Період після 24.02.2022 року характеризується вагомим і статистично значущим ( $p < 0,05$ ) зростанням частоти майже всіх класів захворювань. Частка загальних та неспецифічних станів у воєнний час значно зменшилась ( $p < 0,001$ ). Число хворобливих процесів та порушень системи крові, кровотворних органів та імунної системи, травної системи, з боку очей, вух, шкіри, серцево-судинної, опорно-рухової, нервової систем, гінекологічних захворювань достовірно збільшилось ( $p < 0,001$ ).

Шанси виникнення у воєнний час патології системи крові і імунної системи зросли у 6,19 рази, хворіб очей – в 4,22 рази. Шанси виникнення захворювань вуха, опорно-рухової та нервової систем, шкіри, гінекологічних захворювань зросли у воєнний час більше ніж у 2 рази. Захворювання системи крові, кровотворних органів та імунної системи зростають саме у дівчат старше 7 років (1,92 % у дівчат молодше 7 років проти 5,24 % серед дівчат старше 7 років,  $p < 0,001$ ). Навпаки, саме у хлопчиків старше 7 років зростає число патології опорно-рухового стану. Поширеність уражень дихальної системи однаково мала нижчий рівень у старших дітей і не залежала від статі учасників дослідження.

Провідними тенденціями захворюваності є підвищення частки ендокринних захворювань, патології крові та імунітету, органу зору та кістково-м'язової системи, хвороб шкіри та системи кровообігу.

Дослідження чинників виявило чітку диференціацію патологічних профілів у віковому аспекті: для дітей молодшого віку (<7 років) характерне значуще переважання хвороб крові, вроджених вад розвитку та дихальної системи. Натомість у старшій віковій групі (>7 років) відбувається суттєве накопичення соматичної хронічної патології, а саме хвороб ендокринної та серцево-судинної систем. У дівчат зафіксовано статистично значуще

переважання хвороб сечостатевої та ендокринної систем, тоді як хлопчики демонструють вищу схильність до респіраторної патології.

Виявлено суттєву залежність частоти захворювань від географічного перебування дітей під час війни. Переїзд у межах України не змінює структуру захворюваності, водночас перебування дітей за кордоном супроводжується значущим зниженням шансів фіксації більшості соматичних хвороб. Найбільший ризик виникнення патології серед дітей, що залишились в Україні, продемонстрували хвороби системи кровообігу ( $p < 0,001$ ), сечостатевої системи ( $p < 0,001$ ), шкіри ( $p < 0,001$ ), ока ( $p < 0,001$ ).

Стать дитини не була фактором ризику для розвитку патології. Віковий фактор визначає частоту ураження, а у хронологічній динаміці 2024–2025 років фіксується лінійне та прогресуюче зростання частоти патологій шкіри й органу зору.

Моніторинг захворюваності у часовій динаміці засвідчив ознаки популяційного пристосування наприкінці 2025 року, про що свідчить статистично значуще зниження реєстрації гострих розладів психіки, неспецифічних симптомів, хвороб кістково-м'язової та дихальної систем. Проте виявлено тривожну тенденцію зростання поширеності хвороб органів травлення та інфекційної патології.

Зіставлення двох класифікаційних моделей системи кодування (МКХ-10 та ІСРС-2) виявило ідентичні вектори трансформації дитячої захворюваності, що довело їх високу тотожність і взаємодоповнюваність. Спільне використання обох систем є раціональним для побудови ефективних профілактичних алгоритмів сімейної медицини в умовах війни.

## РОЗДІЛ 6

### ПРОГНОЗУВАННЯ ЗМІН СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Проблема прогнозування стану здоров'я дітей у перспективі, тобто на майбутнє в умовах воєнного часу, є одним із найскладніших викликів для сучасної системи охорони здоров'я та глобальної науки. Діти, які зазнають впливу бойових дій, стикаються не лише з безпосередніми фізичними травмами, але й із прихованими, пролонгованими загрозами для організму. Стрес високої інтенсивності, руйнування інфраструктури, вимушене переселення та недоїдання закладають основу для довгострокових патологій, які можуть проявитися через роки або навіть десятиліття [ 156, 197].

Головна складність прогнозування полягає в мультифакторній природі воєнної травми: біологічні, психологічні та соціальні детермінанти здоров'я переплітаються, створюючи каскадні ефекти. Прогнозування вимагає інтеграції різномірних даних: від екологічних токсинів і руйнування медичної інфраструктури до індивідуальної генетичної стійкості.

Відомо, що тривала активація симпатoadреналової системи та надлишок кортизолу в дитячому віці прогнозовано збільшують ризик серцево-судинних та неврологічних хвороб у дорослому житті [210-212].

Дитячий досвід перебування в зонах бойових дій є головним прогностичним фактором розвитку хронічного болю і фіброміалгії в зрілому віці [210]. Багатофакторний аналіз свідчить, що депресивні прояви у дітей мають стійкіший характер порівняно з тривожністю, яка швидше повертається до норми після стабілізації.

Феномен "відкладеного" ПТСР є офіційним клінічним станом. Згідно з критеріями діагностичних посібників DSM-5 та МКХ-11, про відкладений характер говорять тоді, коли повноцінний клінічний комплекс симптомів розладу розгортається щонайменше через 6 місяців (а іноді через роки або десятиліття) після завершення травматичної події. Згідно з метааналізами,

опублікованими у журналах *The American Journal of Psychiatry* та *European Journal of Psychotraumatology*, випадки відкладеного типу становлять близько 24,5% від усіх діагностованих випадків ПТСР у популяції [213].

Дослідження доводять, що «чистий» відкладений ПТСР (коли симптомів не було взагалі, а потім вони раптово з'явилися) — це рідкість. Насправді дитина або дорослий тривалий час має субклінічні (недодіагностовані) симптоми. Організм стримує їх зусиллями волі, але згодом цей ресурс виснажується. Відкладений ПТСР часто маніфестує не сам по собі, а через «підпалювання» новими кризами (наприклад, переїзд, втрата близьких, побутові проблеми або початок навчання у новій школі). Новий помірний стрес накладається на стару воєнну травму і пробиває захисні психологічні бар'єри. [213]. Тому математичне прогнозування ускладнюється латентним періодом: симптоми травматизації дитячої психіки часто маскуються і демонструють пікові прояви лише через 1–2 роки після завершення бойових дій.

В нашому дослідженні було проведено аналіз взаємозв'язків соціо-демографічних даних, результатів скринінгу психологічного здоров'я та його змін і станом здоров'я дитини відповідно записам в медичній карті дитини.

У частини дітей (75 осіб) були проведені повторні скринінги психологічного стану – майже через два роки після першого скринінгу. Було встановлено, що зростання ПТСР-симптоматики (погіршення ( $\Delta\text{CATS} > +1$ ) спостерігалось у 28 осіб (37,33 %), стабільні показники ( $\Delta\text{CATS} \leq 1$ ) були лише у 3 осіб (4,00), покращення психологічного статусу ( $\Delta\text{CATS} < -1$ ) - більш ніж у половини учасників опитування (44 особи, 58,67 %). З урахуванням даних змін був проведений кореляційний аналіз (табл. 6.1), який підтвердив значущі прямі взаємозв'язки між результатами опитувальників CATS та CSSI ( $r_s = 0,35$ ,  $p < 0,01$ ), CATS та ECO3 (кількість патологічних станів за даними МКХ-10,  $r_s = 0,38$ ,  $p < 0,01$ ), CSSI та ECO3 ( $r_s = 0,33$ ,  $p < 0,01$ ), що підтверджує зв'язок ризику розвитку ПТСР не тільки із розвитком асоціативних психосоматичних змін, а й загального рівня соматичного здоров'я в цілому. Також рівень

Таблиця 6.1

**Кореляційна матриця Спірмена ( $r_s$ ) взаємозв'язків стану здоров'я дітей і соціально-демографічними показниками**

Змінна	$\Delta$ CATS	CATS-2	Вік	Стать	Освіта	Шлюб	Фінанси	CSSI	ЕСОЗ
$\Delta$ CATS	1,000	-0,655***	0,054	-0,161	0,100	0,145	-0,074	0,009	-0,237
CATS-2	-0,655***	1,000	-0,073	0,111	0,098	-0,154	0,092	0,354**	0,375**
Вік	0,054	-0,073	1,000	0,171	-0,203	0,021	0,117	0,098	-0,036
Стать	-0,161	0,111	0,171	1,000	-0,062	-0,165	-0,143	-0,059	0,080
Освіта	0,100	0,098	-0,203	-0,062	1,000	0,095	-0,132	0,023	-0,143
Шлюб	0,145	-0,154	0,021	-0,165	0,095	1,000	-0,078	-0,004	-0,112
Фінанси	-0,074	0,092	0,117	-0,143	-0,132	-0,078	1,000	0,144	0,314*
CSSI	0,009	0,354**	0,098	-0,059	0,023	-0,004	0,144	1,000	0,330**
ЕСОЗ	-0,237	0,375**	-0,036	0,080	-0,143	-0,112	0,314*	0,330**	1,000

Примітка.  $r_s$  = коефіцієнт Спірмена, вірогідність кореляції \*\*\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$ .

мультиморбідності був прямо пов'язаний із фінансовим статусом сімей, які прийняли участь у дослідженні ( $r_s = 0,35$ ,  $p < 0,01$ ).

Найсильнішим предиктором  $\Delta$ CATS виявився безпосередньо результат самого скринінгу CATS ( $r_s = -0.655$ ,  $p < 0,001$ ) (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

**Загальна регресійна модель, залежна зміна  $\Delta$  CATS**

Предиктор	B	SE	t	p
Константа	8,268	14,853	0,557	0,580
Вік	0,667	0,601	1,109	0,272
Стать	0,098	4,366	0,022	0,982
Місце перебування	-1,605	4,161	-0,386	0,701
Освіта	3,072	2,442	1,258	0,214
Сімейний стан	-3,370	3,906	-0,863	0,392
Матеріальний стан	0,369	1,215	0,303	0,763
CATS-2	-0,943	0,128	-7,356	<0,001
CSSI	17,259	4,730	3,649	<0,001
ЕСОЗ	-0,024	0,123	-0,198	0,844
$R^2 = 0,539$ ; $R^2_{adj} = 0,463$ ; $F(9, 55) = 7,14$ ( $p < 0,001$ )				

Проведений регресійний аналіз виявив найбільш вагомі два фактори подальшого психоемоціонального стану дитини: значення скринінгу за CATS та CSSI. Математичний аналіз показав, що кожен додатковий бал початкового рівня дистресу асоційований із зменшенням  $\Delta$ CATS на 0,943 балу, тобто з тенденцією до покращення. Це — ефект регресії до середнього: діти з надзвичайно високим початковим CATS зазвичай знижуються наближаючись до середнього. Значення

-0.943 вказує на майже повну регресію. Збільшення середнього балу CSSI на 1 одиницю асоційоване зі збільшенням  $\Delta$ CATS на 17,26 балів. CSSI вимірюється як середнє по пунктах (шкала приблизно 0–4), тому реальний діапазон ефекту: від 0 до  $\approx 4 \times 17.26 \approx +69$  балів  $\Delta$ CATS. Наявність стрес-асоційованих соматичних розладів (CSSI) є сильним предиктором погіршення ПТСР-симптоматики незалежно від усіх інших факторів.

Ці результати відтворюються в регресійній моделі погіршення психологічного стану дітей (табл. 6.3).

Таблиця 6.3

**Логістична регресійна модель щодо погіршення психологічного стану дітей, залежна зміна  $\Delta$  CATS > 1**

Предиктор	B	SE	T	p	OR
Константа	1,484	2,549	0,582	0,560	0,284
Вік	-0,025	0,097	-0,257	0,797	0,914
Стать	1,075	0,745	1,443	0,149	0,931
Місце перебування	0,502	0,658	0,763	0,446	1,002
Освіта	-1,473	0,617	-2,388	0,017	2,693
Сімейний стан	-0,621	0,792	-0,784	0,433	1,421
Матеріальний стан	0,014	0,206	0,068	0,946	1,092
CATS-2	0,143	0,040	3,612	< 0,001	0,870
CSSI	1,889	0,849	2,226	0,026	6,613
ЕКОЗ	0,014	0,021	0,671	0,502	1,014
McFadden $R^2 = 0,355$ , Nagelkerke $R^2 = 0,512$ ( $p < 0,001$ )					

В структурі моделі ті ж самі два значущих предиктори: значення скринінгу за CATS та CSSI. Кожен додатковий бал початкового CATS знижує шанс погіршення на 13,00 % (OR = 0.87). Математично: при скринінговому значенні CATS = 20 проти CATS = 10 — шанс погіршення зменшується майже в 4 рази.

При збільшенні CSSI на 1 бал шанс погіршення зростає в 6,6 разів. Це найсильніший предиктор погіршення. Це знову підтвердило тезис, що тривожна симптоматика (CSSI) є потужним маркером ризику погіршення психологічного статусу дітей.

Слід зауважити, що саме цю групу з погіршенням результатів CATS слід розглядати як найбільш загрозливу щодо стану ментального здоров'я в подальшому. На підставі регресійної моделі можна констатувати, що погіршення психологічного стану асоційовано із старшим віком і жіночною статтю, перебуванням в Україні, помірними показниками скринінгу за CATS-2, високими показниками анкетування за CSSI, недостатнім зверненням до ЕСОЗ, а також більш високою освітою батьків та низьким рівнем матеріального забезпечення родин.

Регресійний аналіз щодо покращення психологічного стану, тобто зниження загального результату за CATS, виявив також два значущих предиктора (табл. 6.4). Першим зберігає своє місце скринінговий рівень CATS: кожен бал початкового CATS підвищує шанс покращення на 15,40 %, тобто високий початковий CATS збільшує імовірність покращення і зменшує імовірність погіршення (відповідно моделі щодо погіршення).

Другим фактором виявилась освіта батьків, при наявності вищої освіти у батьків шанс покращення знижується у 4.4 рази ( $p < 0,05$ ). Рівень освіти пов'язаний з більшим погіршенням і меншим покращенням за звітами батьків. Можна припустити, що батьки з вищою освітою більш уважні до симптомів дитини і точніше заповнюють повторні анкети, відображаючи реальне погіршення, тоді як менш освічені батьки можуть недооцінювати симптоми. З іншого боку вищий соціально-економічний статус батьків може корелювати з більшою відкритістю до кризи.

Слід зазначити, що на покращення не впливають результати скринінгу за CSSI та дані ECO3, їх результати не увійшли у регресійну модель щодо покращення психологічного статусу дітей в подальшому (табл. 6.4).

Таблиця 6.4

**Логістична регресійна модель щодо покращення психологічного стану дітей, залежна зміна  $\Delta$  CATS < 0**

Предиктор	B	SE	T	p	OR
Константа	1,484	2,549	0,582	0,560	4,409
Вік	-0,025	0,097	-0,257	0,797	0,975
Стать	1,075	0,745	1,443	0,149	2,930
Місце перебування	0,502	0,658	0,763	0,446	1,651
Освіта	-1,473	0,617	-2,388	0,017	0,229
Сімейний стан	-0,621	0,792	-0,784	0,433	0,537
Матеріальний стан	0,014	0,206	0,068	0,946	1,014
CATS	0,143	0,040	3,612	<,001	1,154
McFadden R <sup>2</sup> = 0,400; Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,563 (p < 0,01)					

У всі з перерахованих моделей увійшли такі показники, як вік та стать дітей, місце перебування, освіта, сімейний стан та рівень матеріального забезпечення, які комплексно впливають на подальший прогноз стану дитини, хоча самостійного достовірного впливу не мають.

Аналогічні відповідності отримані і при аналізі з урахуванням віку дітей, зазначені закономірності були характерні для дітей старше семи років (табл. 6.5). Для групи дітей молодше семи років не було отримано достовірної регресійної моделі.

**Логістична регресійна модель щодо психологічного стану дітей старше семи років, залежна зміна  $\Delta$  CATS**

Предиктор	$\beta$	SE	T	P
Константа	8,829	17,505	0,504	0,616
Вік	1,015	0,743	1,367	0,177
Стать (м=1)	-3,149	4,955	-0,636	0,528
Місце перебування	-2,865	4,275	-0,670	0,506
Освіта	1,822	2,596	0,702	0,486
Сімейний стан	-1,748	4,456	-0,392	0,696
Матеріальний стан	0,198	1,411	0,140	0,889
CATS-2	-0,674	0,124	-5,450	< 0,001
$R^2 = 0,405$ ; $R^2_{adj} = 0,330$ ; $F(7, 56) = 5,44$ ( $p < 0,001$ )				

Наступним кроком став аналіз змін стану здоров'я дітей за даними ЕСОЗ. Було проаналізовано дані 1214 осіб (з числа учасників дослідження) за період з 2019 по 2025 роки включно з метою дослідити основні зміни в стані здоров'я, пов'язані із війною. До аналізу брались записи відповідно до ІСРС, кожен з яких має дату і медичний код, що свідчить про первинні звернення і гострі стани. Ці дані порівнювались у тієї ж групи дітей з відомостями відповідно до МКХ-10, які свідчать про наявність уточненого діагнозу лікарем-спеціалістом з унікальним кодом.

Аналізували середню чисельність візитів до медичних установ, кількість в середньому на одну дитину, а також частку медичних візитів після 24 лютого 2026 року від загальної кількості.

Аналіз медичних записів в національній системі ЕСОЗ показав (табл. 6.6), що протягом всього періоду спостереження (2019-2025 роки) на одну дитину приходилось в середньому 40,68 візитів, при цьому у довоєнні роки – 3,14 візитів на один рік, а у воєнні роки – 5,34 візити, що більше на 70,06 %.

Таблиця 6.6

**Динаміка медичних записів ЕСОЗ по роках, 2019–2025 роки**

Рік	Візитів	Записи відповідно ІСРС		Записи відповідно МКХ-10		Відношення записів ІСРС/МКХ
		загальна кількість	на одну дитину	загальна кількість	на одну дитину	
2019	27	23	0,02	1	0,0001	23,00
2020	4 370	1 830	1,51	847	0,70	2,16
2021	7 035	2 609	2,15	1 602	1,32	1,63
2022	4 714	1 672	1,38	1 168	0,96	1,43
2023	6 615	2 094	1,72	1 794	1,48	1,17
2024	6 699	1 973	1,63	2 109	1,74	0,94
2025	7 909	2 398	1,98	2 278	1,88	1,05

Відношення ІСРС/МКХ, характеризує відношення записів на первинній ланці медичної допомоги до заключень лікарями-спеціалістами, його значення більше одиниці свідчить про традиційне переважання звернень до педіатрів/сімейних лікарів протягом року над часткою дітей, які потребували спеціалізованої допомоги.

Можемо констатувати, що в роботі медичних закладів спостерігалась стабілізація та вирівнювання використання систем кодування ІСРС та МКХ-10 на тлі загального зростання кількості медичних візитів, яке переривалося лише

у 2022 році. Відбулось стрімке зростання візитів, їх кількість збільшилась з 4370 у 2020 році до максимальних 7909 у 2025 році. Разом з цим кількість візитів в 2022 році впала на 32,99 % порівняно з 2021 роком, що відображає кризу і міграцію в перший рік війни. Починаючи з 2023 року кількість медичних звернень повернулася до довоєнного рівня і стабільно щорічно зростає. Співвідношення записів упало з 2,16 (у 2020 році) до практично рівного 1,05 (у 2025 році). Це може свідчити про вирівнювання числа первинних звернень і кількості візитів до спеціалістів, що відбиває негативні зміни в соматичному здоров'ї дітей. Це підтверджує зростання кількості записів відповідно МКХ-10 на одну дитину майже втричі (з 0,70 в 2020 році до 1,88 в 2025 році). Порівнюючи шанси (Odds Ratio — OR) використання однієї системи кодування відносно іншої (або шанси внесення коду на один візит) між різними роками, були порівняні наступні роки відносно 2020 року (базового, оскільки 2019 рік можемо розглядати як рік початку роботи ЕСОЗ) (рис. 6.1).

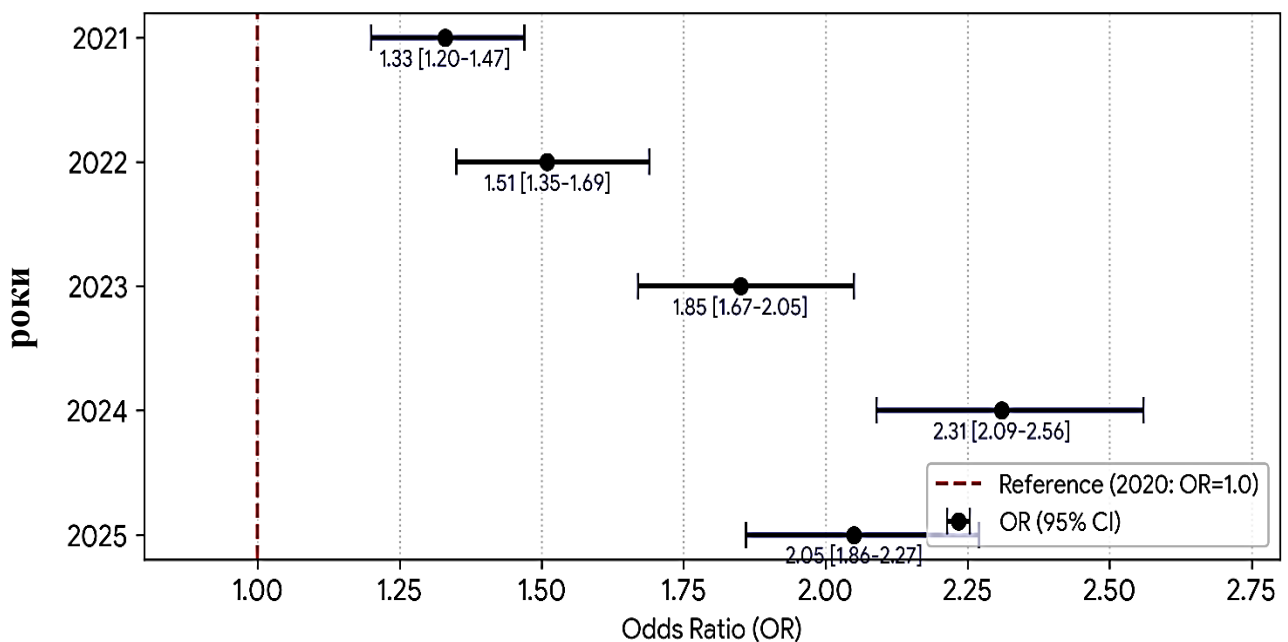


Рис. 6.1. Еволюція співвідношення двох систем кодування порівняно з 2020 роком (примітка: OR - відношення шансів кодування за МКХ-10 ( $p < 0,001$ )).

Отримано дані, що в 2021 році шанси уточнених діагнозів дорівнював в 1,33 рази 95% СІ [1,20 – 1,47] ( $p < 0,001$ ), в 2022 році – в 1,51 рази 95% СІ [1,35 – 1,69] ( $p < 0,001$ ), в 2023 році – в 1,85 95% СІ [1,67 – 2,05] разів ( $p < 0,001$ ), в 2024 році – в 2,31 95% СІ [09 – 2, 56] ( $p < 0,001$ ). Пікове значення шансів спостерігалось в 2025 році – в 2,05 [1,86 – 2,27] разів вище діагностувались хвороби за МКХ-10 ( $p < 0,001$ ). Оскільки нижня межа 95% СІ для кожного року значно більша за одиницю, можна з достовірністю до 95 % стверджувати, що перехід лікарів на кодування за МКХ-10 не є випадковим коливанням даних. Найбільший стрибок інтенсивності фіксації діагнозів відбувся у 2024 році, де шанс використання коду МКХ-10 порівняно з ІСРС зріс на 131,00 % відносно базового періоду. Проведений аналіз також свідчить, що попри суттєве зниження загальної кількості візитів у 2022 році, якість та повнота ведення медичних записів не погіршилися. Навпаки, шанси кодування за МКХ-10 у воєнний 2022 рік продовжували зростати, що підтверджує надійність та обов'язковість цифрових алгоритмів е-здоров'я навіть у кризових умовах.

Порівняння числа медичних записів до та після 24.02.2022 року в цілому показав, що у воєнний час відбулось значне зростання медичних записів в середньому за рік (табл. 6.7).

Кореляційний аналіз Спірмена основних показників за даними ЕСОЗ (число записів за кодом ІСРС, число записів за кодом МКХ-10, показники захворюваності нервової системи та травм, приріст записів за ІСРС та МКХ-10 після 24.02.2022 р., частка медичних візитів після 24.02.2022 року від загальної кількості за період 2019-2025 роки в залежності від ознак ПТСР (за CATS) та асоційованих соматичних розладів (за CSSI) наведений в таблиці 6.8.

Підтверджено тісний взаємозв'язок між показниками за ІСРС та МКХ-10 ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,001$ ), при цьому очікувано приріст уточнених діагнозів був взаємопов'язаний із числом загальних первинних звернень ( $r = 0,38$ ,  $p < 0,05$ ). Зростання частки медичних записів під час війни виявив сильний позитивний зв'язок із приростом кодування за МКХ-10 ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,001$ ) та приростом записів за ІСРС ( $r = 0,69$ ,  $p < 0,001$ ). Це підтверджує, що саме після 24.02.2022

року відбувся різкий стрибок у кількості щорічних записів у ЕСОЗ у тих самих дітей в цілому.

Таблиця 6.7

### Навантаження на систему охорони здоров'я після 24.02.2022 року

Показники	Період візитів до медичних закладів			
	до 24.02.2022	після 24.02.2022	$\Delta$ (після – до)	$\Delta$ (після – до), %
Кількість записів в ЕСОЗ: за ІСРС/рік	1 487,33	2034,25	+546,92	+36,78 %
за МКХ-10/рік	816,67	1837,25	+1020,58	+124,92 %
Всього візитів/рік	3 810,67	5 485,4	+ 1674,73	+ 43,96 %

Примітка. Розраховано середнє по роках: до початку війни за 2019–2021 роки (3 роки), після початку війни - за 2022–2025 роки (5 років).

Накопичення ознак ПТСР за результатами CATS показав прямий кореляційний зв'язок саме з кількістю записів за МКХ-10 та ( $r = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ), особливо - із кількістю неврологічних захворювань ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,01$ ). Зростання числа загальних записів в ЕСОЗ відповідно до МКХ-10 супроводжується збільшенням уточнених порушень з боку нервової системи ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,01$ ) та травм ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,05$ ), що свідчать про пропорційне зростання таких патологічних змін у воєнний час. Разом з тим, не знайдено достовірного взаємозв'язку показників стрес-асоційованих соматичних розладів за опитувальником CSSI та числом медичних записів та їх динамікою, навіть виявлено негативний кореляційний зв'язок із приростом записів в ЕСОЗ під час війни ( $r = - 0,35$ ,  $p < 0,05$ ), тобто соматичні прояви стресу в дітей безпосередньо не зумовлюють накопичення патологічних станів за даними лікарів первинної ланки і спеціалістів. Як і було доведено раніше, дані прояви знаходяться в прямій достовірній залежності від проявів стресу за CATS ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,01$ ).

Слід зазначити, що безпосередньо на динаміку записів в ЕСОЗ показники психічного стану дітей не впливали ( $p \geq 0,05$ ).

Таблиця 6.8

Кореляційна матриця Спірмена ( $R_s$ ) взаємозв'язків стану здоров'я дітей і ознак ПТСР

Змінна	CATS	$\Delta$ CATS	n ICPC	n МКХ-10	хвороби НС (n)	травми (n)	War ratio	CSSI
CATS	1,000	-0,696 <sup>3</sup>	0,277	0,307 <sup>1</sup>	0,405 <sup>2</sup>	0,131	-0,116	0,447 <sup>2</sup>
$\Delta$ CATS	-0,696 <sup>3</sup>	1,000	0,064	-0,213	-0,126	-0,075	-0,076	-0,122
n ICPC	0,277	0,064	1,000	0,620 <sup>3</sup>	0,301	0,245	-0,209	0,286
n МКХ-10	0,307 <sup>1</sup>	-0,213	0,620 <sup>3</sup>	1,000	0,438 <sup>2</sup>	0,319 <sup>1</sup>	0,082	0,236
хвороби НС (n)	0,405 <sup>2</sup>	-0,126	0,301	0,438 <sup>2</sup>	1,000	-0,037	-0,146	0,278
травми (n)	0,131	-0,075	0,245	0,319 <sup>1</sup>	-0,037	1,000	0,195	-0,037
War ratio	-0,116	-0,076	-0,209	0,082	-0,146	0,195	1,000	-0,346 <sup>1</sup>
$\Delta$ ICPC	-0,042	0,006	0,177	0,231	-0,115	0,202	0,687 <sup>3</sup>	-0,037
$\Delta$ МКХ-10	0,126	-0,210	0,378 <sup>1</sup>	0,675 <sup>3</sup>	0,227	0,392 <sup>1</sup>	0,568 <sup>3</sup>	-0,125
CSSI	0,447 <sup>2</sup>	-0,122	0,286	0,236	0,278	-0,037	-0,346 <sup>1</sup>	1,000

Примітки:  $r_s$  = коефіцієнт Спірмена, вірогідність кореляції <sup>1</sup> $p < 0,05$ ; <sup>2</sup> $p < 0,01$  <sup>3</sup> $p < 0,001$ , ; ,  $\Delta$  CATS – зміни результатів опитування протягом дослідження, n ICPC – число записів за кодом ICPC; n МКХ-10 – число записів за кодом МКХ-10, НС – нервової системи,  $\Delta$  ICPC – приріст записів за ICPC після 24.02.2022 р.,  $\Delta$  МКХ-10 – приріст записів за МКХ-10 після 24.02.2022 р., war\_ratio – частка медичних візитів після 24.02.2022 від загальної кількості за період 2019-2025 роки.

Аналіз взаємозв'язків змін стану здоров'я дітей під час війни виявив, що приріст хронічних діагнозів після 24.02.22 року знаходиться в залежності від віку, статі та місця перебування родин з дітьми під час війни (табл. 6.9).

Таблиця 6.9

**Логістичні регресійні моделі щодо збільшення медичного навантаження під час війни**

Предиктори	Залежна змінна								
	число унікальних записів за ІСРС-2			число унікальних записів за МКХ-10			Загальне число візитів за МКХ-10		
Статистичні параметри	$\beta$	SE	p	$\beta$	SE	p	$\beta$	SE	p
Вік	-0,12	0,19	0,53	-0,01	0,34	0,99	0,05	0,76	0,95
Стать	-1,31	1,37	0,34	-3,28	2,42	0,18	-4,79	5,47	0,39
Місце перебування	+4,40	1,63	0,01	+10,02	2,88	0,001	+21,92	6,51	0,001
Якість моделі	F=2,80, R <sup>2</sup> =0,113, p=0,046			F=4,66, R <sup>2</sup> =0,175, p=0,005			F=4,06, R <sup>2</sup> =0,156, p=0,010		

Встановлено, що на зміни стану здоров'я дітей (число унікальних діагнозів в базі ЕСОЗ) впливає фактичне місцезнаходження родини під час війни (м. Харків проти інших міст) є найбільш потужним і стійким предиктором медичного навантаження. Результати вказують на те, що міграція є найважливішим детермінантом звернень за медичною допомогою, з одночасним урахуванням віку та статі дитини.

**Висновки до розділу.**

Проведені дослідження підтвердили тезу, що воєнний стан в Україні призвів до критичного навантаження національної системи охорони здоров'я,

підвищенню попиту громадян, в тому числі дитячого віку на медичні послуги і консультації лікарів-спеціалістів [214]. Відбулось стрімке зростання візитів дітей – довоєнних мешканців м. Харкова до медичних закладів, їх кількість збільшилась з 4370 у 2020 році до максимальних 7909 у 2025 році. Незважаючи на істотне зменшення кількості візитів в 2022 році (на 32,99 % порівняно з 2021 роком), тобто кризу і міграцію в перший рік війни, з 2023 року кількість медичних звернень повернулася до довоєнного рівня і продовжує стабільно зростати. В цілому, середньорічна кількість візитів до медичних закладів у воєнні роки збільшилась на 43,96 % порівняно з довоєнним часом. Число патологічних станів відповідно до ІСРС зросло на 36,78 %, за МКХ-10 - на 124,92 %, що свідчить про більше накопичення окреслених соматичних захворювань.

Співставлення результатів вивчення ознак ПТСР у дітей і підлітків протягом війни, соматичних проявів стресу із даними ЕСОЗ, яка фіксує число звернень за медичною допомогою і записи діагнозів, свідчить про вагомий вплив на роботу системи охорони здоров'я під час війни психологічного статусу (ознаки ПТСР, стрес-асоційовані соматичні прояви) дітей і підлітків та фінансового статусу родини. Воєнний досвід, який проживають діти (пряма загроза життю, перебування під обстрілами, втрата близьких та вимушене переселення) привів до формування психотравмуючого фону, який став додатковим тригером для звернень по медичну допомогу.

Фінансовий статус родини під час війни змінюється, на його погіршення впливають втрата роботи, житла чи зниження доходів. Він пов'язаний із обмеженням доступу сімей до повноцінного збалансованого харчування, якісного відпочинку та своєчасної профілактичної медицини. Рядом досліджень доведено, що бідність посилює психологічний тиск, що замикає коло «стрес – хвороба – неможливість лікування» [215-217]. Через брак коштів пацієнти часто відкладають візит до лікаря, звертаючись уже в стані загострення.

Окремим вагомим фактором збільшення навантаження на систему охорони здоров'я виявився факт міграції дітей під час війни. Це підтверджується даними інших дослідників, які вказували на дестабілізацію педіатричної

допомоги, розрив медичних маршрутів пацієнтів із хронічними хворобами та територіальний дисбаланс навантаження на лікарів. Масова міграція дитячого населення призвела до різкого дисбалансу: у безпечніших регіонах навантаження на заклади та педіатрів критично зросло, тоді як загалом по країні доступність допомоги знизилася (середня кількість візитів до лікаря впала з 6.31 до 5.25 на дитину на рік). Відображенням цього є результати, отримані при регресійному аналізі предикторів зростання як нових унікальних діагнозів на етапах первинної та спеціалізованої медичної допомоги, так і загального числа уточнених діагнозів за МКХ-10 у дітей, які поїхали з Харкова. До них можна віднести вік дітей до 7 років, чоловічу стать та факт міграції родин під час війни ( $p < 0,01$ ).

Встановлено пропорційне підвищення із загальним числом діагнозів саме захворювань нервової системи і числа травматичних ушкоджень під час війни. Як зазначають вітчизняні дослідники (Чабан та ін., 2025; Третяк та ін., 2024), цей тренд відображає синергетичний ефект війни: з одного боку, хронічний воєнний дистрес безпосередньо руйнує регуляторні механізми нервової системи, провокуючи судинні й когнітивні розлади, з іншого — бойові дії, руйнування інфраструктури та блекауту зумовлюють стрімкий ріст механічного, акустичного та побутового травматизму [218]. Науковцями доведено, що хронічний стрес, характерний для умов війни, сприяє виникненню ПТСР, когнітивних порушень, порушень регуляції мозкового кровообігу та розвитку нейродегенеративних процесів. Виявлено зміни у структурах мозку, відповідальних за емоційну регуляцію та пам'ять (гіпокамп, мигдалеподібне тіло, префронтальна кора). Підтверджено роль нейропластичних процесів як адаптаційного механізму, що одночасно може сприяти і відновленню, і патологічним змінам [214, 219, 220].

Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що соматизація хронічного стресу в дитячій когорті здебільшого виступає специфічною «маскою» соматичних розладів, імітуючи класичну соматоформну вегетативну дисфункцію або функціональні синдроми. Поліморфна маніфестація тілесних скарг з боку різних органів і систем — зокрема, кардіалгії (інтенсивний біль у

ділянці серця), респіраторні порушення (задишка, психогенна гіпервентиляція), пароксизмальні стани (судоми неорганного генезу, псевдонапади), абдомінальний синдром (хронічний біль у животі) та стійкі цефалгії (головний біль напруги) — у переважній більшості випадків не має під собою реального субстрату у вигляді первинних органічних ушкоджень чи деструктивних соматичних захворювань. У дитячому віці, через незрілість когнітивних механізмів вербалізації емоцій, тіло стає єдиним доступним екраном для проєкції надважкого психічного травматизму.

З практичної та клініко-економічної точок зору це обумовлює кардинальну зміну терапевтичного підходу. Такі пацієнти не потребують тривалого соматичного лікування, поліпрагмазії або безпідставного симптоматичного медикаментозного навантаження (наприклад, призначення спазмолітиків, кардіопротекторів чи анальгетиків), які лише поглиблюють фіксацію дитини на хворобі. Пріоритетним вектором медичної допомоги при такій патології є негайне залучення інструментів психотерапевтичної корекції стресу та, за потреби, спеціалізованої психіатричної підтримки

Динаміка психологічного статусу дитячого населення під час тривалого воєнного конфлікту не є лінійною і визначається поліфакторною матрицею взаємопов'язаних чинників. Ескалація або, навпаки, компенсація деструктивних психічних проявів залежить від комплексу ендогенних та екзогенних маркерів. До них належать демографічні характеристики: вік (особлива вразливість дошкільнят та підлітків) та стать (вища частота соматизації та внутрішнього дистресу у дівчат); середовищні та мікросоціальні фактори: поточне місце перебування дитини (близькість до лінії фронту, статус внутрішньо переміщеної особи чи перебування за кордоном), рівень освіти та стабільність сімейного стану (наявність обох батьків, вища освіта); економічний базис: рівень фінансового благополуччя родини, погіршення якого виступає потужним тригером вторинної травматизації.

Проте при розробці та аналізі прогностичних математичних моделей покращення стану психологічного благополуччя було зафіксовано важливу

математичну закономірність: з фінального рівняння моделі повністю вибуває (зникає) показник анкетування на стрес-асоційовані прояви. Початковий рівень суто соматичних скарг дитини не має самостійної прогностичної сили для процесу одужання. Тобто, швидкість та успішність психологічного відновлення дитини у довгостроковій перспективі залежать від глибини первинного посттравматичного стресу (за шкалою CATS-2) та соціальних умов, тоді як вираженість соматичної маски (CSSI) є фактором погіршення ментального стану.

Відокремлена група дітей, у яких зберігається ризик подальшого погіршення психологічного статусу. Вагомими несприятливими чинниками погіршення психологічного стану стали: старший вік, жіноча стать, перебування в Україні, помірні початкові показники скринінгу за CATS-2, високі показники анкетування за CSSI, недостатнє звернення до ЕСОЗ, а також більш висока освіта батьків та низький рівень матеріального забезпечення родини.

## ВИСНОВКИ

1. Проживання в умовах активних бойових дій є потужним фактором формування травматичного досвіду в дітей, з яких 97,95 % пережили хоча б одну психотравмуючу подію після 24.02.2022 року, 68,62 % - події, безпосередньо пов'язані з війною. Найбільший негативний досвід мали діти, які продовжують проживати в м. Харкові та Україні, а також дівчата і діти старшого віку. Події, пов'язані з психологічним тиском та насильством, переважали в групі дітей, які виїхали за кордон, втрата близьких відмічена в родинах, які живуть в Україні.

2. Кожна третя дитина (28,51 %) демонструє підвищений і помірний ступені посттравматичного дистресу. Поширеність ймовірного ПТСР серед дітей становила 10,48 % і загалом не залежала від статі чи місця перебування. Водночас до груп підвищеного ризику належали діти, які виїхали за кордон, дівчата віком старше за 7 років та діти із сімей із погіршенням матеріального становища протягом воєнного часу. Найбільш виражене погіршення психологічного стану спостерігалось наприкінці третього року війни, тоді як підвищений рівень дистресу зберігався протягом усього періоду дослідження.

3. Встановлено, що характер проявів ПТСР відрізняється залежно від місця перебування та віку дітей. У дітей, які залишаються в Харкові, найбільш вираженими є симптоми гострої реакції на стрес, активного уникнення спогадів про травматичні події, соціальної ізоляції та поведінки уникнення. Натомість у дітей віком понад 7 років, які перебувають в інших регіонах України, спостерігається більша варіативність і ширший спектр симптомів посттравматичного стресу.

4. Найбільш вираженими компонентами посттравматичного стресу в дітей були симптоми кластера «Вторгнення / повторне переживання» та «Гіперзбудження», які домінували незалежно від віку та місця перебування. Найвищу інтенсивність симптомів спостерігали у дітей старше за 7 років. Серед молодших дітей найгірші показники відмічались у тих, хто перебував за кордоном. Додатковим фактором ризику більш тяжких проявів ПТСР була

тривалість воєнного періоду, що свідчить про кумулятивний вплив хронічного воєнного стресу на психічний стан дітей.

5. Виявлено статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між вираженістю посттравматичної симптоматики за шкалою CATS та інтенсивністю соматичних скарг за шкалою CSSI в усіх досліджуваних підгрупах. Найсильнішу кореляцію встановлено серед дівчат ( $\rho = +0,634$ ), що свідчить про більш виражену схильність до соматизації психоемоційного дистресу. Подібні за силою кореляційні зв'язки в різних вікових і територіальних групах підтверджують стабільність взаємозв'язку між психологічною травматизацією та соматичними проявами незалежно від віку дітей і місця їхнього перебування. Найбільша ймовірність виникнення характерна для таких стрес-асоційованих симптомів, як головний біль, відчуття втоми та біль у спині.

6. Аналіз динаміки медичних записів в ЕСОЗ за 2019–2025 роки засвідчив суттєве зростання навантаження на систему охорони здоров'я після 24 лютого 2022 року: середньорічна кількість візитів дітей до медичних закладів збільшилася на 43,96 %. Одночасно відбулася трансформація структури медичної допомоги: якщо у 2019–2020 роках переважали первинні звернення, заcodedані за ІСРС-2, то у воєнний період кількість записів за МКХ-10 зросла на 124,92 %, а у 2025 році співвідношення між обома системами кодування практично зрівнялося, що свідчить про накопичення хронічної та уточненої соматичної патології. Встановлено статистично значущий позитивний зв'язок між рівнем посттравматичної симптоматики за шкалою CATS і частотою реєстрації захворювань нервової системи ( $R_s = 0,41$ ), що підтверджує вплив психотравматизації на формування неврологічної патології у дітей. У структурі загальної захворюваності під час війни найбільшу питому вагу становили захворювання органу зору (57,4 %), дихальної системи та нервової системи (44,1 %).

7. Динаміка стану здоров'я дітей і підлітків у воєнний період визначається комплексом клінічних, психопатологічних та соціально-демографічних чинників. Вищий рівень посттравматичної симптоматики (CATS)

статистично пов'язаний із більшою інтенсивністю соматичних скарг (CSSI;  $R_s = 0,45$ ), частотою захворювань нервової системи ( $R_s = 0,41$ ), а також зі збільшенням обсягів звернень за медичною допомогою та кількістю верифікованих діагнозів як за кодуванням за ІСРС ( $R_s = 0,30$ ), так і за МКХ-10 ( $R_s = 0,31$ ). Погіршення психологічного стану детерміноване старшим віком і жіночною статтю, перебуванням в Україні, помірними показниками скринінгу за CATS-2, високими показниками анкетування за CSSI, недостатнім зверненням до ЕСОЗ, а також більш високою освітою батьків та низьким рівнем матеріального забезпечення родин. Негативними чинниками зростання звернень за медичною допомогою є вік дітей до 7 років, чоловіча стать, досвід міграції після 24 лютого 2022 року.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**На підставі отриманих результатів можна сформулювати такі практичні рекомендації:**

1. Для своєчасного виявлення порушень психічного здоров'я у дітей, які зазнали впливу воєнних подій, доцільно впровадити рутинний скринінг посттравматичної симптоматики із застосуванням валідизованих опитувальників, зокрема Child and Adolescent Trauma Screen (CATS), на рівні первинної медичної допомоги та в закладах освіти.
2. При проведенні скринінгових та профілактичних заходів особливу увагу слід приділяти групам підвищеного ризику розвитку посттравматичних розладів: дівчатам віком понад 7 років, дітям, які проживають або проживали в районах активних бойових дій, дітям або перебувають за кордоном, а також дітям із сімей зі зниженням матеріального достатку.
3. У практичній діяльності лікарів-педіатрів, сімейних лікарів та дитячих неврологів доцільно враховувати вираженість соматичних скарг щодо дітей з частими повторними зверненнями за медичною допомогою з приводу головного болю, загальної слабкості і болю в спині, як проявів стресової реакції.
4. При плануванні заходів з охорони психічного здоров'я дітей необхідно враховувати вплив соціально-економічних чинників, зокрема змін матеріального становища родини, сімейного стану батьків, як одного з факторів ризику погіршення психоемоційного стану.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Freedman L. Command: The Politics of Military Operations from Korea to Ukraine. *Militaria*. 2023. Vol. 51, No. 2. P. 129–132. <https://doi.org/10.5787/51-2-1420>.
2. Seth G. J., McCabe R. Russia's Grinding War in Ukraine. Massive Losses and Tiny Gains for a Declining Power. CSIS. 2026. URL: <https://www.csis.org/analysis/russias-grinding-war-ukraine>.
3. D'Anieri R. Ukraine and Russia. From Civilized Divorce to Uncivil War. Cambridge: Cambridge University Press, 2023. 39 p. <https://doi.org/10.1017/9781009315555>.
4. Tidey C., English J. One week into conflict in Ukraine, half a million children become refugees. UNICEF. 2022. URL: <https://www.unicef.org/press-releases/one-week-conflict-ukraine-half-million-children-become-refugees>.
5. One month of war leaves more than half of Ukraine's children displaced. UN News. 2022. URL: <https://news.un.org/en/story/2022/03/1114592>.
6. Гамфрі Е. War, daily life, and the mental health of young Ukrainians. Index on Censorship Ukraine. 2026. URL: <https://www.index-ukraine.org/uk/essays/war-daily-life-and-mental-health-young-ukrainians>.
7. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J. M. et al. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25, No. 1. Art. 236. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1>.
8. Arnett J. J., Žukauskienė R., Sugimura K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2014. Vol. 1, No. 7. P. 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7).
9. Palace M., Zamazii O., Terbeck S. et al. Mapping the factors behind ongoing war stress in Ukraine-based young civilian adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2024. Vol. 16, No. 3. P. 868–885. <https://doi.org/10.1111/aphw.12493>.
10. Humphrey A., Forbes-Mewett H. The experiences, coping practices, and mental health of Ukrainian young people living amid wartime Ukraine. *Peace and Conflict:*

Journal of Peace Psychology. 2026. Vol. 32, No. 1. P. 109–119. <https://doi.org/10.1037/pac0000812>.

11. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, No. 1. P. 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01).

12. Betancourt T. S., Khan K. T. The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*. 2008. Vol. 20, No. 3. P. 317–328. <https://doi.org/10.1080/09540260802090363>.

13. Lawry L. L., Mani V., Hamm T. et al. Qualitative assessment of combat-related injury patterns and injury prevention in Ukraine since the Russian invasion. *BMJ Military Health*. 2026. Vol. 172. P. 154–159. <https://doi.org/10.1136/military-2024-002863>.

14. Kalaitzaki A. E., Tamiolaki A. Russia-Ukraine War: Jeopardizing the mental health gains already been obtained globally. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022. Vol. 78. Art. 103285. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103285>.

15. Khan A. R., Altalbe A. Potential impacts of Russo-Ukraine conflict and its psychological consequences among Ukrainian adults: the post-COVID-19 era. *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11. Art. 1280423. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1280423>.

16. Osokina O. et al. Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2022. Vol. 61, No. 10. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>.

17. Yefremenko V., Syrovatko Z. Impact of the war in the between Russia and Ukraine 2014-2024 period on the mental and emotional state of students. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури*. 2024. Вип. 3 (175). С. 15–18. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3\(175\).03](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3(175).03).

18. Karasevska T., Fiialkovska O., Mostbauer H. et al. Medical students' mental health after the first year of war in Ukraine: A cross-sectional study. *Journal of Health Psychology*. 2025. P. 1–16. <https://doi.org/10.1177/13591053251328916>.
19. Michalek J., Lisi M., Binetti N. et al. War-related trauma linked to increased sustained attention to threat in children. *Child Development*. 2022. Vol. 93, No. 4. P. 900–909. <https://doi.org/10.1111/cdev.13739>.
20. Токарчук А., Коваль І. Підвищений рівень тривожності у дітей і підлітків свідків воєнного конфлікту: порівняльний аналіз, прогноз. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2024. Т. 9, № 3. Art. 540. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i3.540>.
21. Malas N. et al. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2017. Vol. 19, No. 2. Art. 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>.
22. Pop-Jordanova N. Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. *PRILOZI*. 2019. Vol. 40, No. 1. P. 5–40. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2019-0001>.
23. Urbański P. K. et al. Symptoms of depression and anxiety among Ukrainian children displaced to Poland following the outbreak of the Russo-Ukrainian war: Associations with coping strategies and resilience. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2023. <https://doi.org/10.1111/aphw.12510>.
24. Yayan E. H. et al. Mental Health Problems of Syrian Refugee Children: Post-Traumatic Stress, Depression and Anxiety. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020. Vol. 51. P. e27–e32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.012>.
25. Христенко В., Овсяннікова Я. Основні психологічні стани, які спостерігались у мешканців міста, на околицях якого відбуваються воєнні дії (на прикладі міста Харків). *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. Вип. 3. С. 109–130. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2022.3.9>.
26. Kovess-Masfety V., Keyes K., Karam E. et al. A national survey on depressive and anxiety disorders in Afghanistan: A highly traumatized population. *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21. Art. 314. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03273-4>.

27. Маркова М., Белоусова О., Алієва Т., Піонтковська О., Марков А., Косенко К. Психосоматичні кореляти дистресу війни у дітей та підлітків. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2025. Т. 12, № 4 (30). С. 472–489. URL: <https://ukrmedsci.com/index.php/pnmp/article/view/264> .
28. Silwal S., Westerlund M., Osokina O. et al. Mental health of Ukrainian children and youth during the Russian-Ukrainian war: a scoping review. *BMJ Global Health*. 2026. Vol. 11, No. 3. Art. e020506. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-020506>.
29. Гончарь М., Бойченко А., Сенаторова Г., Іщенко Т., Саніна І., Онікієнко О., Рибка О., Шевель Д., Оганесян К. Вплив соціального стресу на якість життя дітей із хронічною соматичною патологією (огляд літератури). *Експериментальна та клінічна медицина*. 2025. Т. 94, № 3. С. 161–167. URL: <https://ecm.knmu.edu.ua/article/view/10.35339.ekm.2025.94.3.gbs>.
30. Шустик Р. П., Максимчук Б. А., Бужина І. В., Максимчук І. А., Іванова Т. В. Соціальне здоров'я українських дітей та підлітків в умовах воєнного стану. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2025. № 3 (103). С. 168–175. [https://doi.org/10.15574/PP.2025.3\(103\).168175](https://doi.org/10.15574/PP.2025.3(103).168175).
31. Пипа Л. В., Свістільник Р. В., Дудікова Л. В., Лисиця Ю. М., Руда В. І., Філик А. В., Невоя М. В. Частота розвитку емоційних порушень у дітей шкільного віку з різноманітними соматоформними розладами. *Сучасна педіатрія*. Україна. 2024. № 8 (144). С. 72–79. [https://doi.org/10.15574/SP.2024.8\(144\).7279](https://doi.org/10.15574/SP.2024.8(144).7279).
32. Сохор Н., Ясній О., Смашна О., Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 1. Art. 471. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i1.471>.
33. Гончарь М., Бойченко А., Крючко Т., Іщенко Т., Онікієнко О., Тесленко Т., Омельченко О., Уриваєва М., Таняньська С. Якість життя дітей із хронічною соматичною патологією в умовах тривалого соціального стресу: валідизація опитувальника та аналіз ключових детермінант. *Неонатологія, хірургія та*

перинатальна медицина. 2025. Т. 15, № 4 (58). С. 6–13.

<https://doi.org/10.24061/2413-4260.XV.4.58.2025.1>.

34. Ган Р. З., Стеблюк В. В. Проблема інтегративного підходу до оцінки стану фізичного та ментального здоров'я дітей, що постраждали через воєнний конфлікт на Сході України. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2017. № 4. С. 95–96. <https://doi.org/10.15574/PP.2017.72.95>.

35. Сучасне суспільство, людина, право в умовах глобальних трансформацій: монографія / О. Г. Данильян, О. П. Дзьобань, С. Б. Жданенко та ін. ; за ред. О. Г. Данильяна. Харків : Право, 2020. 344 с.

36. Світоглядний сенс сучасної війни: соціогуманітарні аспекти : монографія / за ред. В. А. Кротюка. Харків : Факт, 2024. 509 с. ISBN 978-617-8175-29-0

37. Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України : зб. наук. праць. Київ : ДУ «ІГЗ ім. О. М. Марзєєва НАМН України», 2025. 340 с. URL: [https://health.gov.ua/wp-content/uploads/2025/10/XXI\\_Marzieiev-readings\\_2025\\_Proceedings.pdf](https://health.gov.ua/wp-content/uploads/2025/10/XXI_Marzieiev-readings_2025_Proceedings.pdf).

38. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу : монографія / за ред. проф. С. Ф. Глузмана. Дніпро : ДДМУ, 2024. 184 с. URL: <http://dma.dp.ua>.

39. Ghobarah H. A., Huth P., Russett B. The post-war public health effects of civil conflict. *Social Science & Medicine*. 2004. Vol. 59, Issue 4. P. 869–884. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.043>.

40. Dafallah A., Elmahi O. K. O., Ibrahim M. E. et al. Destruction, disruption and disaster: Sudan's health system amidst armed conflict. *Conflict and Health*. 2023. Vol. 17. Art. 43. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00542-9>.

41. Haar R. J., Read R., Fast L. et al. Violence against healthcare in conflict: a systematic review of the literature and agenda for future research. *Conflict and Health*. 2021. Vol. 15. Art. 37. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00372-7>.

42. Goniewicz K., Burkle F. M., Dzhus M., Khorram-Manesh A. Ukraine's Healthcare Crisis: Sustainable Strategies for Navigating Conflict and Rebuilding for a Resilient Future. *Sustainability*. 2023. Vol. 15, No. 15. Art. 11602. <https://doi.org/10.3390/su151511602>.

43. Rutherford S., Saleh S. Rebuilding health post-conflict: case studies, reflections and a revised framework. *Health Policy and Planning*. 2019. Vol. 34, Issue 3. P. 230–245. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz018>.
44. Samet J. M. War and Population Health: there is no metric for the horror. *Population Health Metrics*. 2024. Vol. 22. Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12963-023-00321-x>.
45. Enav Y., Mayer Y. Parenting in Armed Political Conflict: Relationships Between Parental Efficacy, Reflective Functioning, and Age Among War-Displaced Families. *Journal of Advanced Nursing*. 2026. Vol. 82, No. 2. P. 1421–1429. <https://doi.org/10.1111/jan.17034>.
46. Jawad M., Hone T., Vamos E. P. et al. Estimating indirect mortality impacts of armed conflict in civilian populations: panel regression analyses of 193 countries, 1990–2017. *BMC Medicine*. 2020. Vol. 18. Art. 266. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01708-5>.
47. Hameed M. A., Rahman M. M., Khanam R. The health consequences of civil wars: evidence from Afghanistan. *BMC Public Health*. 2023. Vol. 23. Art. 154. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14720-6>.
48. Bendavid E., Boerma T., Akseer N. et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*. 2021. Vol. 397, No. 10273. P. 522–532. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8).
49. Civilian Deaths in Ukraine War Top 10,000, UN Says. United Nations Ukraine. 2023. URL: <https://ukraine.un.org/en/253322-civilian-deaths-ukraine-war-top-10000-un-says> .
50. Shelashska R. Mental health and parenting among war-affected Ukrainian families: A multi-context study : Diss. ... PhD. Fort Worth : Texas Christian University, 2025. URL: <https://repository.tcu.edu/items/7582f042-e72e-48fa-8c63-45da91c56e54> .
51. Bürgin D, Anagnostopoulos D, Board and Policy Division of ESCAP, et al. Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-

oriented, and trauma-informed approaches. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(6):845-853. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>

52. Cooper H, Gibbons-Neff T, Schmitt E, Barnes JE. Troop Deaths and Injuries in Ukraine War Near 500,000, US Officials Say. *The New York Times*. August 18, 2023.

<https://www.nytimes.com/2023/08/18/us/politics/ukraine-russia-war-casualties.html>

53. Devakumar D, Birch M, Osrin D, et al. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Med*. 2014;12:57. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-57>

54. Riquelme-Gallego B, Ramos-Soberbio L, Leno-Duran E, Martínez-Vázquez S, Caparros-Gonzalez RA. Adverse fetal and neonatal impact of war conflicts during pregnancy: A systematic review. *IUBMB Life*. 2025;77(2):e70006.

<https://doi.org/10.1002/iub.70006>

55. Bitan R, Magnezi R, Reuveni I, et al. Perinatal outcomes during wartime: a multicenter retrospective cohort study in Israel, 2022–2024. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25:1148. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08330-4>

56. Halabitska I, et al. War, diet, and PTSD in Ukrainian youth. *Scientific Reports*. 2025;16(1):1422. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-31138-3>

57. Барна Л.С. Психічне здоров'я дітей під час війни: розлади, ризики та шляхи підтримки. *Ліки України*. 2025;4(290):29-30. [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2025.4\(290\).332933](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2025.4(290).332933)

58. Institute for Public Health NAMN Ukraine. Children's mental health during wartime: risk and protective factors. 2025. URL:

[https://health.gov.ua/en/structure/research-departments/laboratory-of-the-social-determinants-of-population-health/17-09-2025-children\\_s-mental-health-during-war-risk-and-protective-factors/](https://health.gov.ua/en/structure/research-departments/laboratory-of-the-social-determinants-of-population-health/17-09-2025-children_s-mental-health-during-war-risk-and-protective-factors/)

59. United Nations Development Programme. Impact of war on youth in Ukraine – 2024. URL: [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-01/undp-impactofwaronyouthinukraineen\\_v05.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-01/undp-impactofwaronyouthinukraineen_v05.pdf)

60. Le K, Nguyen M. The impacts of armed conflict on child health: Evidence from 56 developing countries. *Journal of Peace Research*. 2023;60(2):243-257. <https://doi.org/10.1177/00223433211066417>
61. Слюсаревський, М. (2022). Соціально-психологічна проблематика дитинства в умовах війни: виклики і відповіді. *Проблеми політичної психології*. 12(26), 9-30. <https://doi.org/10.33120/popp-Vol26-Year2022-119>
62. Зливков В, Лукомська С, Євдокимова Н, Ліпінська С. Діти і війна: монографія. Київ-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; 2023. 221 с.
63. Di Qi, Yichao Wu. Family's social economic status and child educational outcomes in China: The mediating effects of parenting practices and children's learning attitudes. *Children and Youth Services Review*. 2020;118:105387. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105387>
64. Betancourt TS, Meyers-Ohki SE, Charrow AP, Tol WA. Interventions for Children Affected by War: An Ecological Perspective on Psychosocial Support and Mental Health Care. *Harvard Review of Psychiatry*. 2013;21(2):70-91. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318283bf8f>
65. Abouharb M, Kimball A. War and infant mortality rates. *Journal of Human Rights*. 2023;22(2):135–157. <https://doi.org/10.1080/14754835.2022.2122786>
66. Wessells MG, Lamin DFM, King D, Kostelny K, Stark L, Lilley S. The limits of top-down approaches to managing diversity: Lessons from the case of child protection and child rights in Sierra Leone. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2015;21(4):574–588. <https://doi.org/10.1037/pac0000130>
67. Headley TY, Shay CW, Tozan Y. The impact of armed conflict on vaccination coverage: a systematic review of empirical evidence from 1985 to 2025. *Confl Health*. 2025;19(1):71. <https://doi.org/10.1186/s13031-025-00708-7>
68. Agopian A, Musheghyan L, Sargsyan Z, Abrahamian D, Lazaryan Z, Dorian A. Childhood vaccinations in conflict-affected settings: a case study from a frozen conflict zone. *European Journal of Public Health*. 2023;33(Supplement\_2). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.856>

69. Ottolini M, Cirks B, Madden KB, et al. Pediatric Infectious Diseases Encountered During Wartime—Part 1: Experiences and Lessons Learned From Armed Conflict in the Modern Era. *Curr Infect Dis Rep.* 2021;23(12):27. <https://doi.org/10.1007/s11908-021-00770-1>
70. Marou V, Vardavas CI, Aslanoglou K, et al. The impact of conflict on infectious disease: a systematic literature review. *Confl Health.* 2024;18(1):27. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00568-z>
71. Maggioni A, Gonzales-Zamora JA, Maggioni A, et al. Cascading Risks for Preventable Infectious Diseases in Children and Adolescents during the 2022 Invasion of Ukraine. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(12):7005. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127005>
72. Spiegel PB, Checchi F, Colombo S, Paik E. Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. *Lancet.* 2010;375(9711):341-345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61873-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61873-0)
73. Oliveira ÍM, de Castro I, Silva AD, Taveira MdC. Social-Emotional Skills, Career Adaptability, and Agentic School Engagement of First-Year High School Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(8):5597. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085597>
74. Goli S, Mavisakalyan A, Rammohan A, et al. Exposure to conflict and child health outcomes: evidence from a large multi-country study. *Confl Health.* 2022;16(1):52. <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00483-9>
75. Abu Suhaiban H, Grasser LR, Javanbakht A. Mental health of refugees and torture survivors: a critical review of prevalence, predictors, and integrated care. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(13):2309. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132309>
76. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2015;15:29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
77. Cardozo BL, Bilukha OO, Crawford CA, et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA.* 2004;292(5):575-584. <https://doi.org/10.1001/jama.292.5.575>

78. Hoppen TH, Priebe S, Vetter I, Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e006303. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006303>
79. Abu Suhaiban H, Grasser LR, Javanbakht A. Mental health of refugees and torture survivors: a critical review of prevalence, predictors, and integrated care. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(13):2309. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132309>
80. Singh NS, Bogdanov S, Doty B, et al. Experiences of mental health and functioning among conflict-affected populations: A qualitative study with military veterans and displaced persons in Ukraine. *Am J Orthopsychiatry*. 2021;91(4):499-513. <https://doi.org/10.1037/ort0000537>
81. Kelly BD. Trauma and displacement in Ukraine: the challenge to medicine and politics. *QJM*. 2022;115(5):269-270. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcac090>
82. Poletti M, Preti A, Raballo A. From economic crisis and climate change through COVID-19 pandemic to Ukraine war: a cumulative hit-wave on adolescent future thinking and mental well-being. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32:1815–1816. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01984-x>
83. Surzykiewicz J, Skalski SB, Niesiobędzka M, Gladysz O, Konaszewski K. Brief screening measures of mental health for war-related dysfunctional anxiety and negative persistent thinking. *Personality and Individual Differences*. 2022;195:111697. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111697>
84. Kurapov A, Pavlenko V, Drozdov A, Bezliudna V, Reznik A, Isralowitz R. Toward an Understanding of the Russian-Ukrainian War Impact on University Students and Personnel. *Journal of Loss and Trauma*. 2023;28(2):167–174. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2084838>
85. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol*. 2010;61:679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
86. Patalay P, Fitzsimons E. Development and predictors of mental ill-health and wellbeing from childhood to adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53:1311–1323. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1604-0>

87. Abraham A, Walker-Harding L. The key social determinants of mental health: their effects among children globally and strategies to address them: a narrative review. *Pediatr Med.* 2022;5:7. <https://doi.org/10.21037/pm-20-78>
88. Elvevag B, DeLisi LE. The mental health consequences on children of the war in Ukraine: A commentary. *Psychiatry Res.* 2022;317:114798. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2019.101401>
89. Lim ICZY, Tam WWS, Chudzicka-Czupala A, McIntyre RS, Teopiz KM, Ho RC, Ho CSH. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2022;13:978703. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.978703>
90. Bosqui TJ, Marshoud B. Mechanisms of change for interventions aimed at improving the wellbeing, mental health and resilience of children and adolescents affected by war and armed conflict: a systematic review of reviews. *Confl Health.* 2018;12:15. <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0153>
91. Rousseau C, Jamil U, Bhui K, Boudjarane M. Consequences of 9/11 and the war on terror on children's and young adult's mental health: a systematic review of the past 10 years. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2015;20(2):173–193. <https://doi.org/10.1177/1359104513503354>
92. Frounfelker RL, Islam N, Falcone J, et al. Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. *International Review of the Red Cross.* 2019;101(911):481-506. <https://doi.org/10.1017/S181638312000017X>
93. Chen S, Rotenberg S, Kuper H. Does war moderate the association between mental wellbeing and its predictors among children? A multi-country cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2025;25(1):436. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06795-3>
94. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival.* 2009;25(1):4–19. <https://doi.org/10.1080/13623690802568913>
95. Blackmore R, Gray K, Boyle J. Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers.

- J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(6):705-714. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>
96. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019;394:240-248. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
97. Betancourt TS, McBain R, Newnham EA, Brennan RT. Trajectories of Internalizing Problems in War-Affected Sierra Leonean Youth: Examining Conflict and Postconflict Factors. *Child Development*. 2013;84(2):455–470. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01861.x>
98. Panter-Brick C, Grimon MP, Kalin M, Eggerman M. Trauma memories, mental health, and resilience: a prospective study of Afghan youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:814-825. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12350>
99. Seleznova V, Pinchuk I, Feldman I, et al. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *Int J Ment Health Syst*. 2023;17:28. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00598-3>
100. Pfeiffer E, Garbade M, Sachser C. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children during the war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18(1):25. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1>
101. Zasiakina L., Griffin A., Blakemore S.-J., Bishop S. J., Morina N., Ruzhenkova A., Hyland P., Shevlin M. Prevalence of war-related PTSD in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatology*. 2025. Vol. 16, no. 1. Art. 2497167. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2497167>
102. . Karam E. G., Fayyad J., Karam A. N., Cordahi-Tabet E., Melhem N., Mneimneh Z., Mansour S. Outcome of depression and anxiety after war: a prospective epidemiologic study of children and adolescents. *J Trauma Stress*. 2014. Vol. 27, no. 2. P. 192–199. <https://doi.org/10.1002/jts.21895>

103. Morina N., Stam K., Pollet T. V., Priebe S. J. Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2018. Vol. 239. P. 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.027>
104. Thabet A. A., Vostanis P. Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse Negl.* 2000. Vol. 24, no. 2. P. 291–298. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(99\)00127-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(99)00127-1)
105. UNICEF. The devastating toll of war on Ukraine’s children: UNICEF Press-release. 21 February 2025. URL: <https://www.unicef.org/eca/press-releases/devastating-toll-war-ukraines-children> .
106. Osokina O., Silwal S., Bohdanova T., Hinkka-Yli-Salomäki S., Sourander A., Skokauskas N. Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023. Vol. 62, no. 3. P. 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>
107. Urbański P. K., Schroeder K., Nadolska A., Wilski M. Symptoms of depression and anxiety among Ukrainian children displaced to Poland following the outbreak of the Russo-Ukrainian war: Associations with coping strategies and resilience. *Appl Psychol Health Well Being.* 2024. Vol. 16, no. 3. P. 851–867. <https://doi.org/10.1111/aphw.12510>
108. Sourander A., Silwal S., Osokina O., Hinkka-Yli-Salomäki S., Hodes M., Skokauskas N. Suicidality and Self-Harm Behavior of Adolescents During the Early Phase of the War in Ukraine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2024. Vol. 63, no. 12. P. 1204–1214. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.015>
109. McElroy E., Hyland P., Shevlin M., Martsenkovskyi D., Karatzias T., Ben-Ezra M., Redican E., Vang M. L., Cloitre M., Ho G. W. K., Lorberg B., Martsenkovsky I. Change in child mental health during the Ukraine war: evidence from a large sample of parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024. Vol. 33, no. 5. P. 1495–1502. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02255-z>

110. Goto R., Pinchuk I., Kolodezhny O., Pimenova N., Kano Y., Skokauskas N. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatr.* 2024. Vol. 178, no. 5. P. 480–488. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.0295>
111. Шітко Л. О. Особистісні детермінанти соціально-психологічної адаптивності дітей шкільного віку в умовах війни. *Габітус.* 2022. Вип. 43. С. 95–102. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.43.16>
112. Коляда О. С., Оніщенко Н. В. Особливості психоемоційного стану дітей в умовах війни. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* Харків : НУЦЗУ. 2024. Вип. 1 (7). С. 93–104. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/20258> .
113. Даниленко Г. М., Страшок Л. А., Сидоренко Т. П., Бориско Г. О., Константинова О. В. Особливості психологічного стану внутрішньо переміщених дітей шкільного віку та підлітків в умовах війни. *Сучасна педіатрія.* Україна. 2023. № 4 (132). С. 51–55. <https://doi.org/10.15574/SP.2023.132.51>
114. Sourander A., Silwal S., Osokina O., Hinkka-Yli-Salomäki S., Hodes M., Skokauskas N. Suicidality and Self-Harm Behavior of Adolescents During the Early Phase of the War in Ukraine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2024. Vol. 63, no. 12. P. 1204–1214. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.015>
115. Martsenkovskiy D., Napryeyenko O., I. Martsenkovsky. Risk factors for development of depression in adolescents exposed to war trauma: does PTSD matter?. *Global Psychiatry.* 2020. Vol. 3, no. 2. P. 227–240. <https://doi.org/10.52095/gpa.2020.1379>
116. Catani C., Wittmann J., Schmidt T. L., Reder M., Siewert J., Ruf-Leuschner M. School-based mental health screenings with Ukrainian adolescent refugees in Germany: Results from a pilot study. *Front Psychol.* 2023. Vol. 14. Art. 1146282. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1146282>
117. Burlaka V., Hong J. S., Thornberg R., Fedorchenko O., Serebryakova Y., Churakova I. Parenting practices, bullying perpetration, and conduct problems among Ukrainian children. *Child Abuse Negl.* 2025. Vol. 161. Art. 106508. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106508>

118. Martsenkovskiy D., Karatzias T., Hyland P., Shevlin M., Ben-Ezra M., McElroy E., Redican E., Vang M. L., Cloitre M., Ho G. W. K., Lorberg B., Martsenkovsky I. Parent-reported posttraumatic stress reactions in children and adolescents: Findings from the mental health of parents and children in Ukraine study. *Psychol Trauma*. 2024. Vol. 16, no. 8. P. 1269–1275. <https://doi.org/10.1037/tra0001583>
119. Redican E., Sachser C., Pfeiffer E., Hyland P., Shevlin M., Martsenkovskiy D., Karatzias T., Ben-Ezra M., McElroy E., Vang M. L., Cloitre M., Ho G. W. K., Lorberg B., Martsenkovsky I. Validation of the Ukrainian caregiver-report version of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) in children and adolescents in Ukraine. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024. Vol. 16, no. S1. P. S317–S325. <https://doi.org/10.1037/tra0001570>
120. Lev-Ari K. R., Aloni R., Ari A. B. Children Fleeing War – Exploring the Mental Health of Refugee Children Arriving in Israel after the Ukraine 2022 Conflict. *Child Abuse Negl*. 2024. Vol. 149. Art. 106608. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106608>
121. Halchenko M., Malynoshevska A., Belska N., Melnyk M. Resilience of teachers, students, and their parents under the conditions of martial law. *Sch Psychol*. 2024. Vol. 39, no. 2. P. 122–131. <https://doi.org/10.1037/spq0000559>
122. Urbański P. K., Schroeder K., Nadolska A., Wilski M. Symptoms of depression and anxiety among Ukrainian children displaced to Poland following the outbreak of the Russo-Ukrainian war: Associations with coping strategies and resilience. *Appl Psychol Health Well Being*. 2024. Vol. 16, no. 3. P. 851–867. <https://doi.org/10.1111/aphw.12510>
123. Sourander A., Silwal S., Osokina O., Hinkka-Yli-Salomäki S., Hodes M., Skokauskas N. Suicidality and Self-Harm Behavior of Adolescents During the Early Phase of the War in Ukraine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2024. Vol. 63, no. 12. P. 1204–1214. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.015>
124. Макарчук Н., Хованова О., Хирна Т. Психологічна допомога дітям з особливостями психофізичного розвитку у подоланні наслідків перебування у

зоні військового конфлікту. Особлива дитина: навчання і виховання. 2014. № 4. С. 68–74. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DLog\\_2014\\_4\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DLog_2014_4_12) .

125. Maschak S. O., Kuptsova A. A. Features of cognitive-behavioral support of anxiety in group work with internally displaced children. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. Вип. 1. С. 12–16. <https://doi.org/10.32782/2710-0650.2024.1.2>

126. Палько Т. В., Травіна К. В. Вплив війни на психоемоційний стан підлітків. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). 2024. № 8 (42). С. 832–844. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8\(42\)-832-844](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8(42)-832-844)

127. Левченко В. В., Луценко О. В. Вплив військових подій на психічне здоров'я дітей. Габітус. 2023. Вип. 50. С. 85–92. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.50.14>

128. Пророк Н. В., Тиндик Я. М., Полякова В. І. Війна і діти: деякі психологічні особливості молодших школярів, які відвідують школу в умовах воєнного стану. Габітус. 2023. Вип. 47. С. 78–83. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.47.12>

129. Purgato M., Gross A. L., Betancourt T., Bolton P., Bonanno G. A., Gastaldon C., Churchill R., Hall B. J., Malgaroli M., Papola D., Ponduka B., Sancassiani F., Abreu W., Tol W. A., Barbui C. Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2018. Vol. 6, no. 4. P. e390–e400. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30046-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30046-9)

130. Martsenkovskiy D., Karatzias T., Hyland P., Shevlin M., Ben-Ezra M., McElroy E., Redican E., Vang M. L., Cloitre M., Ho G. W. K., Lorberg B., Martsenkovsky I. Parent-reported posttraumatic stress reactions in children and adolescents: Findings from the mental health of parents and children in Ukraine study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024. Vol. 16, no. 8. P. 1269–1275. <https://doi.org/10.1037/tra0001583>

131. Khamis V. Post-traumatic stress and psychiatric disorders in Palestinian adolescents following intifada-related injuries. *Soc Sci Med*. 2008. Vol. 67, no. 8. P. 1199–1207. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.013>
132. Slone M., Mann S. Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016. Vol. 47, no. 6. P. 950–965. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>
133. Alzaghoul A. F., McKinley A. R., Archer M. Post-traumatic stress disorder interventions for children and adolescents affected by war in low- and middle-income countries in the Middle East: systematic review. *BJPsych Open*. 2022. Vol. 8, no. 5. Art. e153. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.552>
134. Vostanis P. Mental health provision for children affected by war and armed conflicts. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024. Vol. 33, no. 10. P. 3293–3299. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02492-w>
135. Thabet A. A., Vostanis P. Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2000. Vol. 24, no. 2. P. 291–298. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(99\)00127-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(99)00127-1)
136. Betancourt T. S., Meyers-Ohki S. E., Charrow A. P., Tol W. A. Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harv Rev Psychiatry*. 2013. Vol. 21, no. 2. P. 70–91. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318283bf8f>
137. Betancourt T. S., Brennan R. T., Rubin-Smith J., Fitzmaurice G. M., Gilman S. E. Sierra Leone’s former child soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010. Vol. 49, no. 6. P. 606–615. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.008>
138. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings. *The Lancet*. 2019. Vol. 394, no. 10194. P. 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

139. Porter M., Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*. 2005. Vol. 294, no. 5. P. 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
140. Hiller R. M., Meiser-Stedman R., Fearon P., Goodall V., McKinnon A., Harrison V., Haag K., Edwards M., Halligan S. L., Smith P. Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder over time. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016. Vol. 57, no. 8. P. 884–898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>
141. Tol W. A., Song S., Jordans M. J. D. Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict – a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013. Vol. 54, no. 4. P. 445–460. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12053>
142. Клименко І. В. Психологічні наслідки війни для дітей з психоневрологічними порушеннями: діагностика та реабілітація. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2024. Вип. 25 (70). С. 15–24. [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.25\(70\).02](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.25(70).02)
143. Bean C., N. Yevchenko, O. Yakovleva, R. J. Dabek, G. Fuzaylov. Assessing the mental health and psychosocial well-being of Ukrainian pediatric trauma and burn patients and their caregivers amidst the war: insights from a surgical medical mission in Poland. *J Burn Care Res*. 2024. Vol. 45, no. 5. P. 1310–1314. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irae055>
144. Stanisławska-Kubiak M., D. Wiśniewska-Szeplewicz, M. Andrusiewicz, J. Fesko-Wojtowicz, L. S. Khadzhynova, B. S. Shchur, S. S. Sapelin. Demographic predictors of trauma and depression in war-affected children from Poland and Ukraine: Implications for prevention of mental health problems. *Prev Med Rep*. 2026. Vol. 63. Art. 103422. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2026.103422>
145. Śliwerski A., Kossakowska K. The mental functioning of school-age children in Poland since the outbreak of war in Ukraine and during the subsequent refugee crisis. *Child Abuse Negl*. 2025. Vol. 162, pt. 2. Art. 106500. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106500>

146. Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., Keane T. M. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility. Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies (San Antonio, October 1993). San Antonio, 1993. URL: <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=2089339> .
147. Blanchard E. B., Jones-Alexander J., Buckley T. C., Forneris C. A. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther.* 1996. Vol. 34, no. 8. P. 669–673. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2)
148. Weathers F. W., Keane T. M., Davidson J. R. Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depress Anxiety.* 2001. Vol. 13, no. 3. P. 132–156. <https://doi.org/10.1002/da.1029>
149. Weathers F., Bovin M. J., Lee D. J., Sloan D. M., Schnurr P. P., Kaloupek D. G., Keane T. M., Marx B. P. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess.* 2018. Vol. 30, no. 3. P. 383–395. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>
150. Forbes D., Creamer M., Biddle D. The validity of the PTSD checklist as a measure of symptomatic change in combat-related PTSD. *Behav Res Ther.* 2001. Vol. 39, no. 8. P. 977–986. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00084-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00084-X)
151. Bird BM, Costello MJ, Taisir R, et al. Psychometric validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) in adults with substance use disorders. *Psychol Trauma.* 2025. Vol. 17, no. 4. P. 830–839. [10.1037/tra0001874](https://doi.org/10.1037/tra0001874)
152. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychol Assess.* 2016. Vol. 28, no. 11. P. 1392–1403. <https://doi.org/10.1037/pas0000260>
153. Islam M. S., Ferdous M. Z., Sujon M. S. H., et al. The psychometric properties of the Bangla Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): preliminary reports from a large-scale validation study. *BMC Psychiatry.* 2022. Vol. 22. Art. 280. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03920-4> .

154. Hoeboer C. M., Karaban I., Karchoud J. F., et al. Validation of the PCL-5 in Dutch trauma-exposed adults. *BMC Psychol.* 2024. Vol. 12. Art. 456. URL: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01951-y> .
155. Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress.* 2005. Vol. 18, no. 1. P. 53–62. <https://doi.org/10.1002/jts.20007>
156. Karchoud JF, Hoeboer CM, van Gelder N, et al. Development and external validation of a short prognostic screening instrument for PTSD one year following individual civilian trauma. *Eur J Psychotraumatol.* 2025. Vol. 16, no. 1. Art. 2594266. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2594266>
157. Sachser C., Berliner L., Risch E., et al. The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *Eur J Psychotraumatol.* 2022. Vol. 13, no. 2. Art. 2105580. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.210558>
158. Клінічний посібник з дослідження травм дітей та підлітків (CATS) (український). URL: [https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/kijupsych/1-Dokumente/Frageboegen/CATS2/Ukrainian/Clinical\\_Guide\\_for\\_Administering\\_CATS-2\\_Ukrainian.pdf](https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/kijupsych/1-Dokumente/Frageboegen/CATS2/Ukrainian/Clinical_Guide_for_Administering_CATS-2_Ukrainian.pdf) .
159. Шкали та інструменти для оцінки стану тяжкохворого пацієнта та визначення потреби у паліативній допомозі. Посібник для застосування у клінічній практиці. К. ТОВ «Видавничий дім «Калита». 2021. 79 с. ISBN 978-617-7152-54-4
160. Данилюк І. В., Малишева К. О., Льошенко О. А. Адаптація україномовної версії скрінінгу дитячої та підліткової травми (CATS). *Технології Розвитку Інтелекту.* 2024. Т. 8, № 1 (35). URL: <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.1.7> .
161. Lambert JE, Holzer J, Hasbun A. Association between parents' PTSD severity and children's psychological distress: a meta-analysis. *J Trauma Stress.* 2014. Vol. 27. P. 9–17. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.21891> .
162. Tutus D., Pfeiffer E., Plener P. L., Rosner R., Bernheim D., Sachser C. The change in parental symptoms and dysfunctional cognitions in the course of trauma-

focused cognitive-behavioral therapy: sustainability until one year post-treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2021. Vol. 31. P. 129–136. URL: <https://doi.org/10.1089/cap.2020.0097> .

163. Tutus D., Keller F., Sachser C., Pfeiffer E., Goldbeck L. Change in parental depressive symptoms in trauma-focused cognitive-behavioral therapy: results from a randomized controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017. Vol. 27. P. 200–205. URL: <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0136> .

164. Birkeland M. S., Skar A.-M. S., Jensen T. K. Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: a cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatr*. 2022. Vol. 63. P. 1496-1504. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13596>

165. Ben-Ezra M., Karatzias T., Hyland P., Brewin C. R., Cloitre M., Bisson J. I., et al. Shevlin M. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*. 2018. Vol. 25, no. 3. P. 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>

166. Mnookin S., Kleinman A., Evans T. *Out of the shadows: Making mental health a global development priority*. Washington, DC. World Bank. 2016. URL: [https://www.emro.who.int/images/stories/mnh/documents/out\\_of\\_the\\_shadows\\_en.pdf](https://www.emro.who.int/images/stories/mnh/documents/out_of_the_shadows_en.pdf) .

167. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). 2013. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> .

168. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2017. Т. 1, вип. 8. С. 51–59. URL: <file:///C:/Users/user/Downloads/704-857-PB.pdf>

169. Kivimäki M., Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*. 2018. Vol. 15, no. 4. P. 215–229. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>

170. Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA*. 2007. Vol. 298, no. 14. P. 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
171. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : Навчальний посібник. Укл. Ю. П. Никоненко. Київ. КНТ. 2016. 369 с. ISBN-978-966-373-798-0
172. Tatayeva R., Ossadchaya E., Sarculova S., Sembayeva Z., Koigeldinova S. Psychosomatic Aspects of The Development of Comorbid Pathology: A Review. *Med J Islam Repub Iran*. 2022. Vol. 36. P. 152. <https://doi.org/10.47176/mjiri.36.152>
173. Andreski P., Chilcoat H., Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res*. 1998. Vol. 79, no. 2. P. 131–138. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(98\)00026-2](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(98)00026-2)
174. Morina N., Schnyder U., Klaghofer R., Müller J., Martin-Soelch C. Trauma exposure and the mediating role of posttraumatic stress on somatic symptoms in civilian war victims. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, no. 1. P. 92. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1680-4>
175. Rosenbaum S., Stubbs B., Ward PB., Steel Z., Lederman O., Vancampfort D. The prevalence and risk of metabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism*. 2015. Vol. 64, no. 8. P. 926–933. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2015.04.009>
176. Nordström EL., Kaltiala R., Kristensen P., Thimm JC. Somatic symptoms and insomnia among bereaved parents and siblings eight years after the Utøya terror attack. *Eur J Psychotraumatol*. 2024. Vol. 15, no. 1. Art. 2300585. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2300585>
177. Lopez-Tamayo R., Suarez L., Simpson D., Volpe K. The Impact of Adverse Childhood Experiences and Community Violence Exposure on a Sample of Anxious, Treatment-Seeking Children. *J Child Adolesc Trauma*. 2022. Vol. 15, no. 4. P. 1081–1093. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00447-4>
178. Zhang J., Zhu Sh., Du C., Zhang Y. Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.06.001>

179. Stanisławska-Kubiak M., Stelcer B., Wojciechowska J., Kułacz K., Szybowicz U., Mojs E. Psychosomatic symptoms associated with traumatic events experienced in medical students. *Int J Occup Med Environ Health*. 2023. Vol. 36, no. 5. P. 606–617.

<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.02078>

180. Shalimova A., Stoenoiu MS., Cubała WJ., Burnier M., Persu A., Narkiewicz K. The impact of war on the development and progression of arterial hypertension and cardiovascular disease: protocol of a prospective study among Ukrainian female refugees. *Front Cardiovasc Med*. 2024. Vol. 10. Art. 1324367.

<https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1324367>

181. Sidik AI., Dontsov VV., Ruchkin MG., et al. Mechanisms and Clinical Implications of the Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)-Cardiovascular Disease Link. *Cureus*. 2025. Vol. 17, no. 12. Art. e100349 .

<https://doi.org/10.7759/cureus.100349>

182. Seligowski AV., Grewal SS., Abohashem S., et al. PTSD increases risk for major adverse cardiovascular events through neural and cardio-inflammatory pathways. *Brain Behav Immun*. 2024. Vol. 117. P. 149–154.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.01.006>

183. Al Nakhebi OAS., Albu-Kalinovic R., Neda-Stepan O., et al. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2025. Vol. 14, no. 22. Art. 7979.

<https://doi.org/10.3390/jcm14227979>

184. Condon EM. Chronic Stress in Children and Adolescents: A Review of Biomarkers for Use in Pediatric Research. *Biol Res Nurs*. 2018. Vol. 20, no. 5. P. 473–496. <https://doi.org/10.1177/1099800418779214>

185. Warren A., Nyavor Y., Beguelin A., Frame LA. Dangers of the chronic stress response in the context of the microbiota-gut-immune-brain axis and mental health: a narrative review. *Front Immunol*. 2024. Vol. 15. Art. 1365871.

<https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1365871>

186. Song H., Fang F., Tomasson G., et al. Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease. *JAMA*. 2018. Vol. 319, no. 23. P. 2388–2400. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7028>
187. Hole C., Dhamsania A., Brown C., Ryznar R. Immune Dysregulation in Depression and Anxiety: A Review of the Immune Response in Disease and Treatment. *Cells*. 2025. Vol. 14, no. 8. Art. 607. URL: <https://doi.org/10.3390/cells14080607> .
188. Fraile-Martinez O., García-Montero C., Álvarez-Mon MÁ., et al. Grasping Posttraumatic Stress Disorder From the Perspective of Psychoneuroimmunoendocrinology: Etiopathogenic Mechanisms and Relevance for Integrative Management. *Biol Psychiatry*. 2025. Vol. 98, no. 10. P. 733–745. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2025.01.014>
189. Kent KG. The relationship between post-traumatic stress disorder and gastrointestinal disease in United States Military Veterans. *SAGE Open Med*. 2024. Vol. 12. Art. 20503121241260000. <https://doi.org/10.1177/20503121241260000>
190. Zhou S., Luo H., Tian Y., et al. Investigating the shared genetic architecture of post-traumatic stress disorder and gastrointestinal tract disorders: a genome-wide cross-trait analysis. *Psychological Medicine*. 2023. Vol. 53, no. 16. P. 7627–7635. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001423>
191. Crawford D. H. G., Mellor R., Duenow P., Connelly L. B. The impact of posttraumatic stress disorder on upper gastrointestinal investigations in Australian Defence Force veterans: a retrospective review. *Intern Med J*. 2023. Vol. 53. P. 841–844. URL: <https://doi.org/10.1111/imj.16088> .
192. Sakuma T., Muratsubaki T., Kano M., et al. Association between disturbance of self-organization and irritable bowel syndrome in Japanese population using the international trauma questionnaire. *Sci Rep*. 2024. Vol. 14. Art. 18412. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68196-y> .
193. Shah RK., Lin JJ., Makkapati T., Berkowitz AA., Greenwald BD. The Effect of Traumatic Brain Injury on the Gastrointestinal System: A Comprehensive Review. *Brain Sciences*. 2026. Vol. 16, no. 3. Art. 254. URL: <https://doi.org/10.3390/brainsci16030254>

194. Mourtzi N., Sertedaki A., Charmandari E. Glucocorticoid Signaling and Epigenetic Alterations in Stress-Related Disorders. *Int J Mol Sci*. 2021. Vol. 22, no. 11. Art. 5964. <https://doi.org/10.3390/ijms22115964>
195. Ma Liang., Li Xiaofeng., Zhang Yang. Post-traumatic stress disorder, attention deficit and hyperactivity disorder, and 24 gastrointestinal diseases: Evidence from Mendelian randomization analysis. *Medicine*. 2025. Vol. 104, no. 20. P. e42423. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000042423>
196. Kalin NH. Trauma, Resilience, Anxiety Disorders, and PTSD. *Am J Psychiatry*. 2021. Vol. 178, no. 2. P. 103–105. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20121738>
197. Wu K., Lu L., Chen Y., Peng J., Wu X., Tang G., et al. Zhou Y. Associations of anxiety and depression with prognosis in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Pulmonology*. 2025. Vol. 31, no. 1. Art. 2438553. URL: <https://doi.org/10.1080/25310429.2024.2438553> .
198. Schnurr PP., Green BL. Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes. *Adv Mind Body Med*. 2004. Vol. 20, no. 1. P. 18–29. PMID:15068106
199. CATS-2 – Скринінг дитячих та підліткових травм, версія 2. Короткий довідник із користування. Версія українською мовою для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Керівництво версія 1.0 (8 січня 2024 р.). Розробники тесту: Sachser C., Berliner L., Risch E., Rosner R., Birkeland M.S., Eilers R., Hafstad G.S., Pfeiffer E., Plener P.L., Jensen T.K., 2022. cats-2-manual.pdf
200. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5-TR)*. Lviv. Kompaniya Manuscript. 2024. 592 p.
201. Робочий документ «Інструментарій. Скринінг травми для фахівців». 2022. URL: <https://barnafriid.se/e-portal/ua/wp-content/uploads/2025/10/toolbox-socialtjansten-ukr-lviv.pdf> .
202. Garber J., Walker LS. The Children's Somatic Symptoms Inventory-8: Psychometric Properties of a Brief Measure of Somatic Distress. *Children (Basel)*. 2024. Vol. 11, no. 11. Art. 1326. <https://doi.org/10.3390/children11111326>

203. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications. 2018. 1104 p. ISBN 1526419513
204. Мокія-Сербіна С.О., Заболотня Н.І., Мавруполо М.І. Посттравматичний стресовий розлад у дітей: раннє розпізнавання та координація надання медичної допомоги в умовах воєнного часу. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2023. 4(132). С. 91-98. <https://doi.org/10.15574/SP.2023.132.91>
205. Shlieienkova HO., Cherkashyn MM., Voloshyn KV., Rzhavska OO., Tsiura OM., Shevchenko NS. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. *Wiad Lek*. 2025. Vol. 78, no. 6. P. 1059–1065. <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>
206. Шевченко Н., Черкашин М., Шлеєнкова Г., Носова О. Зміни психосоматичного статусу дітей – мешканців прифронтового м. Харкова. *Медицина сьогодні і завтра*. 2025. Т. 94, № 4. <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.4.shc>
207. Черкашин М. М. Дитяча популяція прифронтового міста: нові виклики. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2025. № 5 (149). С. 166–167. [https://doi.org/10.15574/SP.2025.5\(149\).166167](https://doi.org/10.15574/SP.2025.5(149).166167)
208. Шлеєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина»*. 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024 -48-0>
209. Шевченко PrognosisH.C., Черкашин М.М. Накопичення потенційно посттравматичних симптомів у дітей, довоєнних мешканців міста Харкова, з урахуванням їх міграції. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2026. Т. 13. № 2(34). С. 302–313. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-34-06>
210. Nelson C.A., Scott R.D., Bhutta Z.A., Harris N.B., Danese A., Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020;371. P.3048. Published 2020 Oct 28. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>

211. Mrug S., Pollock J.S., Pollock D.M., Seifert M.E., Johnson K.A., Knight D.C. Early Life Stress, Coping, and Cardiovascular Reactivity to Acute Social Stress. *Psychosom Med.* 2023. T. 85(2). C.118-129. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001165>
212. Murphy M.O., Cohn D.M., Loria A.S. Developmental origins of cardiovascular disease: Impact of early life stress in humans and rodents. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017. 74 (Pt B). C.453-465. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.018>
213. Utzon-Frank N., Breinegaard N., Bertelsen M., et al. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scand J Work Environ Health.* 2014. № 40(3). P. 215-229. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3420>
214. Марушко Р. В., Дудіна О. О. Аналіз медичного забезпечення та здоров'я дітей України в період воєнного стану. *Сучасна педіатрія. Україна.* 2024. № 8 (144). С. 6–14. [https://doi.org/10.15574/SP.2024.8\(144\).614](https://doi.org/10.15574/SP.2024.8(144).614)
215. Knifton L., Inglis G. Poverty and mental health: policy, practice and research implications. *BJPsych Bull.* 2020. Vol. 44, no. 5. P. 193–196. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.78>
216. Matthew Ridley, et al. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science.* 2020. Vol. 370. Art. eaay0214. <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
217. Burns JK. Poverty, inequality and a political economy of mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015. Vol. 24, no. 2. P. 107–113. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000086>
218. Сіделковський О. Л. Особливості ураження нервової системи в умовах війни. *International Neurological Journal (Ukraine).* 2025. Т. 21, № 7. С. 499–503. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.21.7.2025.1217>
219. Міщенко Т., Міщенко В., Здесенко І. Війна та її вплив на нервову систему людини: психоневрологічні аспекти. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2025. Т. 12, № 3 (29). С. 372–382. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-29-07> .

220. Armitage R. War in Ukraine: the impacts on child health. *Br J Gen Pract.* 2022. Vol. 72, no. 719. P. 272–273. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X719621>

## ДОДАТОК А

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

**Наукові праці, в яких опубліковано основні результати дисертації:**

1. Shlieienkova H.O., **Cherkashyn M.M.**, Voloshyn K.V., Rzhavska O.O., Tsiura O.M., Shevchenko N.S. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances (Wiad Lek.* 2025;78(6):1059-1065). DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>.
2. Шлеєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., **Черкашин М.М.**, Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина».* 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. DOI: <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024-48-0>
3. Шевченко Н.С., **Черкашин М.М.** Накопичення потенційно посттравматичних симптомів у дітей, довоєнних мешканців міста Харкова, з урахуванням їх міграції. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2026. Т. 13. № 2(34). С. С. 302–313. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-34-06>
4. Шевченко Н.С., **Черкашин М.М.**, Шлеєнкова Г.О., Носова О.М. Зміни психо-соматичного статусу дітей – мешканців прифронтового м. Харкова. *Медицина сьогодні і завтра.* – 2025. - 94(4). DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.4.shc>

**Опубліковані праці апробаційного характеру:**

5. Шлеєнкова Г.О., **Черкашин М.М.**, Шевченко Н.С. Стан здоров'я дітей та підлітків на тлі стресового фактору внаслідок воєнних дій в Україні. «Проблеми сьогодення в педіатрії» / Матеріали Х ювілейної щорічної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, 27 лютого 2025 року, м.Харків. С. 63-65.

**URL:**

<https://medicine.karazin.ua/resources/6b3e31645c9ec3d16cfd0656575895c2.pdf>

6. **Черкашин М.М.** Дитяча популяція прифронтового міста: нові виклики. Сучасна педіатрія. Україна. (2025). 5(149): 166-167.

DOI: [https://doi.org/10.15574/SP.2025.5\(149\).166167](https://doi.org/10.15574/SP.2025.5(149).166167)

7. **Черкашин М.М.** Накопичення несприятливих психологічних порушень у дітей, мешканців прифронтового регіону Харківщини. «Проблеми сьогодення в педіатрії / Матеріали XI ювілейної щорічної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, 26 лютого 2026 року, м.Харків. С. 63-65.

**URL:**

<https://medicine.karazin.ua/resources/d47b976f9de592768c96785d04f5437b.pdf>

## ДОДАТОК Б

## АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Комунальне некомерційне підприємство «Міська дитяча поліклініка № 23» Харківської міської ради

Вікторія Хижняк

« 30 » січня \_\_\_\_\_ 2026 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Удосконалення раннього виявлення стресових реакцій, загрозливих по формуванню посттравматичного синдрому, у дітей і підлітків, мешканців м.Харкова з урахуванням їх міграції.  
(назва пропозиції для впровадження)
2. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, кафедра педіатрії медичного факультету, Свободи, буд. 6, м. Харків, Україна, 61022. Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Шлеєнкова Г.О.  
(установа – розробник, її поштовий адрес, ПІБ авторів)
3. Джерело інформації:
  - a. Shlieienkova H O, Cherkashyn M M, Voloshyn K V, Rzhavska O O, Tsiura O M, Shevchenko N S. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. Wiadomości Lekarskie. 2025;(6):1059–65. <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>
  - b. Шлеєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина». 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. DOI: <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024-48-0>  
(назва, рік видання рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № патенту, тощо)
4. Впроваджено за 2025 рік в КЗ «Харківська спеціальна школа № 11».
5. Строки впровадження з 01.09.2025 року по 30.01.2026 р.
6. Загальна кількість спостережень: 25.
7. Ефективність впровадження: покращення раннього виявлення стресових реакцій у дітей і підлітків відповідно їх віку.
8. Зауваження, додатки: немає.

« 16 » 01 \_\_\_\_\_ 2026 р.

Відповідальний за впровадження:

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор КНП «Міська дитяча  
 поліклініка № 15»  
 Харківської міської ради  
 Наталя Миргород  
 « 30 » січня 2026 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Удосконалення раннього виявлення стресових реакцій, загрозливих по формуванню посттравматичного синдрому, у дітей і підлітків, мешканців м.Харкова з урахуванням їх міграції.  
 (назва пропозиції для впровадження)
2. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, кафедра педіатрії медичного факультету, Свободи, буд. 6, м. Харків, Україна, 61022. Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Шлеєнкова Г.О.  
 (установа – розробник, її поштовий адрес, ПІБ авторів)
3. Джерело інформації:
  - a. Shlieienkova H O, Cherkashyn M M, Voloshyn K V, Rzhevskia O O, Tsiura O M, Shevchenko N S. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. Wiadomości Lekarskie. 2025;(6):1059–65. <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>
  - b. Шлеєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році... Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина». 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. DOI: <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024-48-0>  
 (назва, рік видання рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № патенту, тощо)
4. Впроваджено за 2025 рік в КЗ «Харківська спеціальна школа № 11».
5. Строки впровадження з 01.09.2025 року по 30.01.2026 р.
6. Загальна кількість спостережень: 25. --
7. Ефективність впровадження: покращення раннього виявлення стресових реакцій у дітей і підлітків відповідно їх віку.
8. Зауваження, додатки: немає.

« 30 » 01 2026 р.

Відповідальний за впровадження:

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор КНП «Центр сімейної  
 медицини № 2»  
 Харківської міської ради

Ірина ЗОРІНА  
 « 30 » січня \_\_\_\_\_ 2026 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Удосконалення раннього виявлення стресових реакцій, загрозливих по формуванню посттравматичного синдрому, у дітей і підлітків, мешканців м.Харкова з урахуванням їх міграції.  
 (назва пропозиції для впровадження)

1. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, кафедра педіатрії медичного факультету, Свободи, буд. 6, м. Харків, Україна, 61022. Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Шлеєнкова Г.О.  
 (установа – розробник, її поштовий адрес, ПІБ авторів)

1. Джерело інформації:

b. Shlieienkova H O, Cherkashyn M M, Voloshyn K V, Rzhavska O O, Tsiura O M, Shevchenko N S.  
Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and a dolescents. Wiadomości Lekarskie. 2025;(6):1059–65.  
<https://doi.org/10.36740/WLek/207365>

c. Шлеєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина». 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. DOI: <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024-48-0>

(назва, рік видання рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № патенту, тощо)

4. Впроваджено за 2025 рік в КЗ «Харківська спеціальна школа № 11».

5. Строки впровадження з 01.09.2025 року по 30.01.2026 р.

6. Загальна кількість спостережень: 25.

7. Ефективність впровадження: покращення раннього виявлення стресових реакцій у дітей і підлітків відповідно їх віку.

8. Зауваження, додатки: немає.

« 30 » 01 \_\_\_\_\_ 2026 р.

Відповідальний за впровадження:

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Зав. поліклінічним відділенням  
КНП ХОР «Обласна клінічна  
психіатрична лікарня № 3»



Свгеній КРИШТАЛЬ  
« 30 » січня \_\_\_\_\_ 2026 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Удосконалення раннього виявлення стресових реакцій, загрозливих по формуванню посттравматичного синдрому, у дітей і підлітків, мешканців м.Харкова з урахуванням їх міграції.  
(назва пропозиції для впровадження)
2. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, кафедра педіатрії медичного факультету, Свободи, буд. 6, м. Харків, Україна, 61022. Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Шлеєнкова Г.О.  
(установа – розробник, її поштовий адрес, ПІБ авторів)
3. Джерело інформації:
  - a. Shlieienkova H O, Cherkashyn M M, Voloshyn K V, Rzhevskya O O, Tsiura O M, Shevchenko N S. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. Wiadomości Lekarskie. 2025;(6):1059–65. <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>
  - b. Шлеєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році.. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина». 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. DOI: <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024-48-0>  
(назва, рік видання рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № патенту, тощо)
4. Впроваджено за 2025 рік в поліклінічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3».
5. Строки впровадження з 01.09.2025 року по 30.01.2026 р.
6. Загальна кількість спостережень: 20.
7. Ефективність впровадження: покращення раннього виявлення стресових реакцій у дітей і підлітків відповідно їх віку та міграційних процесів.
8. Зауваження, додатки: немає.

« 24 » 01 \_\_\_\_\_ 2026 р.

Відповідальний за впровадження:  
лікар – дитячий психіатр

Людмила БОЙКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КЗ «Харківська спеціальна школа № 11» ХОР

Віра ЧУБИНСЬКА  
« 30 » січня \_\_\_\_\_ 2026 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Удосконалення раннього виявлення стресових реакцій, загрозливих по формуванню посттравматичного синдрому, у дітей і підлітків, мешканців м.Харкова з урахуванням їх міграції.  
(назва пропозиції для впровадження)
2. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, кафедра педіатрії медичного факультету, Свободи, буд. 6, м. Харків, Україна, 61022. Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Шлєнкова Г.О.  
(установа – розробник, її поштовий адрес, ПІБ авторів)
3. Джерело інформації:
  - a. Shlieienkova H O, Cherkashyn M M, Voloshyn K V, Rzhevskya O O, Tsiura O M, Shevchenko N S. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. Wiadomości Lekarskie. 2025;(6):1059–65. <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>
  - b. Шлєнкова Г.О., Кулик С.А., Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Головіна О.В., Носова О.М. Результати скринінгу психічного здоров'я дітей, що вимушено покинули Україну в 2022 році. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Медицина». 2024. Т. 32. № 1(48). С. 49–56. DOI: <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2024-48-0>  
(назва, рік видання рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № патенту, тощо)
4. Впроваджено за 2025 рік в КЗ «Харківська спеціальна школа № 11».
5. Строки впровадження з 01.09.2025 року по 30.01.2026 р.
6. Загальна кількість спостережень: 25.
7. Ефективність впровадження: покращення раннього виявлення стресових реакцій у дітей і підлітків відповідно їх віку.
8. Зауваження, додатки: немає.

« 30 » 01 2026 р.

Відповідальний за впровадження:  
практичний психолог

Ольга ЛЕВЧЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Медичний директор ДУ «ІОЗДП НАМН»

  
 к.м.н. Олена НОСОВА  
 « 31 » 03 2026 р.

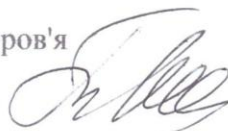
### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Удосконалення раннього виявлення стресових реакцій, загрозливих по формуванню посттравматичного синдрому, у дітей і підлітків, мешканців м.Харкова з урахуванням їх міграції.  
 (назва пропозиції для впровадження)
  2. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, кафедра педіатрії медичного факультету, Свободи, буд. 6, м. Харків, Україна, 61022. Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Шлєєнкова Г.О.  
 (установа – розробник, її поштовий адрес. ПІБ авторів)
  3. Джерело інформації:
    - a. Shlicienkova H O, Cherkashyn M M, Voloshyn K V, Rzhevskya O O, Tsiura O M, Shevchenko N S. Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. Wiadomości Lekarskie. 2025;(6):1059–65. <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>
    - b. Шевченко Н.С., Черкашин М.М., Шлєєнкова Г.О., Носова О.М. Зміни психо-соматичного статусу дітей – мешканців прифронтового м. Харкова. Медицина сьогодні і завтра. – 2025. - 94(4). <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.4.shc>
- (назва, рік видання рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № патенту, тощо)
4. Впроваджено за 2025 рік в ДУ «ІОЗДП НАМН»
  5. Строки впровадження з 01.09.2025 року по 31.03.2026 р.
  6. Загальна кількість спостережень: 40
  7. Ефективність впровадження: покращення раннього виявлення стресових реакцій у дітей і підлітків відповідно їх віку та міграційних процесів.
  8. Зауваження, додатки: немає.

« 31 » 03 2026 р.

Відповідальний за впровадження:

Керівник Центру ментального здоров'я  
 Канд.мед.наук



Тетяна МАТКОВСЬКА

Онлайн сервіс створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

ПРОТОКОЛ  
створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 07:00:22 02.07.2026

Назва файлу з підписом: Cherkashin\_diss.pdf.asice  
Розмір файлу з підписом: 3.2 МБ

Перевірені файли:  
Назва файлу без підпису: Cherkashin\_diss.pdf  
Розмір файлу без підпису: 4.1 МБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: ЧЕРКАШИН МИХАЙЛО МИКОЛАЙОВИЧ  
П.І.Б.: ЧЕРКАШИН МИХАЙЛО МИКОЛАЙОВИЧ  
Країна: Україна  
РНОКПП: 2954315292  
Організація (установа): ФІЗИЧНА ОСОБА  
Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 07:00:20  
02.07.2026  
Сертифікат виданий: КНЕДП АЦСК АТ КБ "ПРИВАТБАНК"  
Серійний номер: 5E984D526F82F38F040000004C1683011B15AB06  
Алгоритм підпису: ДСТУ 4145  
Тип підпису: Удосконалений  
Тип контейнера: Підпис та дані в архіві (розширений) (ASiC-E)  
Формат підпису: З повними даними для перевірки (XAdES-B-LT)  
Сертифікат: Кваліфікований

Версія від: 2026.05.15 13:00