

# СТРЕСС И ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**К.И. Григорьев**, докт. мед. наук, проф.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,  
Российская Федерация, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

**E-mail:** k-i-grigoryev@yandex.ru

**Даются сведения о стрессах у детей в различных ситуациях с последующим развитием депрессии и неврозов.**

**Ключевые слова:** дети, стресс, виды стресса, профилактика.

Для цитирования: Григорьев К.И. Стресс и дезадаптация у детей и подростков. Медицинская сестра. 2019; 21 (6): 31–37. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-06-08>



Стрессорная реакция является генетически детерминированным неспецифическим механизмом адаптации, однако при чрезмерно напряженном и длительном течении она становится фактором патогенеза психологических и когнитивных расстройств, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, иммунодефицитов, болезней пищеварительного тракта и прочих патологических состояний. Стресс и адаптация у детей отличаются от таковых у взрослых. У детей круг и выраженность факторов, требующих активной адаптации, в значительной мере возрастоспецифичны и отражают анатомо-физиологические возможности ребенка.

Напряженность процессов адаптации к новым факторам среды, их дозе или способу представления относится к норме развития и является одним из естественных механизмов его индукции или стимуляции. Стресс вносит значительные изменения в конкурирующие отношения между адаптирующими процессами и незавершенностью клеточного или цитоплазматического роста в структурах ткани

или органа, что может быть причиной несовершенства или недостаточности функций этой системы или органа, ее низкой толерантности в последующие возрастные периоды (альтерация развития по И.М. Воронцову).

Способность реагировать на неблагоприятные/новые факторы внешней среды проявляется у ребенка с момента рождения как эволюционно обязательная программа функционирования организма. Однако даже в научной литературе под дезадаптацией часто понимается реализация лишь тех реакций, которые вызывают значительную негативную динамику показателей здоровья, провоцируют обострения заболеваний.

Стресс и дезадаптация меняют сложную корково-подкорковую архитектуру метаболических пейсмеркеров в центральной нервной системе, последовательность включения мотивационных центров, в значительной степени дестабилизируют деятельность вегетативной нервной системы и т.д., приводят к развитию обострения болезни в *locus minoris resistentiae*. Механизм реакций адаптации и стресса по существу аналогичен взаимодействию организма с внешней средой с развитием метеотропных реакций. Метеозависимость – один из первых симптомов синдрома вегетативной дистонии. В связи с этим в отдельных случаях используют предложенный нами термин «адаптационно-метеотропный синдром» как более адекватно освещающий суть патофизиологических явлений.

В формировании стресса и синдрома дезадаптации у детей и особенно у подростков играют роль и психоэмоциональные факторы. Практика наблюдения за подростками показывает, что иногда это выглядит как синдром Мюнхгаузена через *внушение* (*by proxy*).

В этиопатогенезе нарушенной адаптации и метеочувствительности у детей значительное место занимает влияние отдаленных последствий перинатального повреждения нервной системы. Метеочувствительность тесно связана с чувством времени: «датчики» времени и погоды взаимосвязаны. Нарушение биоритмов (десинхроноз) — наиболее глубокий и наиболее чувствительный маркер возникающих функциональных

расстройств (Неудахин Е.В., 2018). Обнаружен механизм синхронизации внутренних биоритмов человека с внешними природными биоритмами под влиянием меняющегося пульсирующего электромагнитного поля, генерируемого сердцем и выполняющего также функцию электромагнитного насоса крови (Доскин В.А., 2015).

Становление биоритмов происходит в процессе филогенетического и онтогенетического развития организма благодаря приспособлению к условиям окружающей среды. Под влиянием экзогенных ритмов окружающей среды (смены дня и ночи, сезонов года и т.д.) в процессе эволюции в живых системах сформировались структурно-функциональные организации, которые в результате естественного отбора закрепились в геноме. Учитывая эволюцию развития живых существ, можно утверждать, что первоначально возникли клеточные, метаболические биоритмы — по сути, «базовые». В дальнейшем в ходе эволюционного развития и усложнения организмов формировались «надстроечные» биоритмы, связанные с поэтапным включением регуляторных систем: цитокриновой, иммунной, эндокринной, нервной, «обслуживающих» базовые системы. Благодаря биоритмам обеспечиваются саморегуляция, внутреннее движение, развитие организма и его функциональных систем. Согласованная работа последних, их взаимосвязанных между собой адаптационных механизмов возможна лишь в условиях ритмической организации физиологических процессов.

Деадаптация и метеочувствительность прямо соотносятся с представлениями об энергодефицитных состояниях, лежащих в основе большинства патологических процессов, происходящих в организме человека. Вследствие энергетического дефицита возникает «мультиорганный» недостаток, связанная с истощением энергетических ресурсов клетки и развитием гипоксии тканей.

К сожалению, метеопрофилактика и хронотерапия заболеваний у детей не нашли широкого применения в педиатрии. Если при назначении лекарственных препаратов учитывать особенности метеочувствительности и биоритмов, эффективность лечения увеличивается, уменьшаются дозы препаратов, их побочные эффекты и материальные затраты.

Вегетативная дисфункция как основное патогенетическое звено стресса и деадаптации проявляется синдромами ортостатической дисрегуляции, нейромедиаторных синкопальных состояний, вегетативной дистонией. Гиперактивность симпатикоадреналового отдела вегетативной нервной системы — основа формирования сахарного диабета типа 2, метаболического синдрома

и обструктивных нарушений дыхания во время сна, которые тесно ассоциированы с развитием сердечно-сосудистых заболеваний.

*Психозмоциональный стресс и социальная адаптация.* Для ребенка любого возраста социальная адаптация — необходимое условие существования. Социальная адаптация — это осознанная установка и перестройка поведения в связи с изменившимися социальными условиями.

В детском возрасте в качестве стрессовых факторов чаще всего выступают неблагоприятные условия в семье (утрата близких, асоциальность, холодные, жестокие взаимоотношения, неполная семья и т.д.), приводящие к эмоциональной депривации. У детей старшего возраста и подростков, помимо этих причин, стрессовые ситуации связаны с конфликтными взаимоотношениями с родителями, сверстниками, учителями. В группах детей, которые живут в сложных бытовых условиях (например, в небезопасном, неблагополучном месте) или сталкиваются с медицинскими проблемами, стихийными бедствиями, расстройства адаптации диагностируются в 40–50% случаев.

Стрессобусловленные адаптационные расстройства зависят от индивидуальной предрасположенности или биологической уязвимости, которые, в свою очередь, зависят от генетических факторов. Немаловажное значение имеют недостаточность формирования возрастных социальных навыков, отсутствие индивидуального опыта. Отмечено, что лица женского пола подвержены более высокому риску расстройств адаптации, чем лица мужского пола, даже в детском возрасте (Заваденко Н.Н., 2011 и др.).

Эмоциональные и соматовегетативные нарушения, как правило, исчезают вскоре после того, как заканчивается действие стресса, или, если стресс сохраняется, достигается новый уровень адаптации. Сохраняющиеся >6 мес эмоциональные и соматовегетативные нарушения относятся уже к посттравматическим стрессовым расстройствам или соматоформным (психосоматическим) расстройствам.

Расстройства адаптации отличаются от острых реакций на стресс (например, при аварии, смерти близких, стихийном бедствии и др.). В отличие от аффективно-шоковых реакций психогенные, стрессогенные факторы при расстройствах адаптации не являются острыми, неожиданными, а растянуты по времени, в результате чего доступны личностной переработке и подвергаются влиянию механизмов психологической защиты.

Социальный стресс в детстве может играть определенную роль в раннем развитии хронического заболевания в дальнейшем. Кроме того, дети, страдающие от хронического стресса, как

правило, характеризуются низкой приверженностью здоровому образу жизни.

**Адаптация ребенка к дошкольному коллективу.** Надо уметь предсказать исход адаптационного процесса у каждого ребенка, впервые оформляющегося в ясли или детский сад. Не грозит ли ребенку переход физиологической адаптации в стадию патологической? В раннем детстве это зависит от ряда причин: возраста ребенка; индивидуальных особенностей; степени тренировки адаптационных механизмов; состояния здоровья. Характерно резкое снижение эмоционального тонуса в первые 3–4 дня пребывания в новом коллективе с последующей нормализацией через 20–30 дней.

**Адаптация детей к школе.** Для многих детей начало обучения в школе представляет собой стрессовую ситуацию, поскольку существенно меняет образ жизни. Под школьной дезадаптацией понимают любые причины, затрудняющие обучение ребенка в школе. Стрессовыми факторами для начинающего школьника являются: напряжение, связанное с усвоением большого объема знаний; статическая нагрузка при вынужденной позе; необходимость общения и работы в большом коллективе.

Наибольшее значение придают социально-психологическим факторам. Психологическая готовность к школе включает в себя социальную и физическую зрелость. Дети, поступающие в школу, переживают период дезадаптации, что связано с перестройкой нервно-висцеральных и эндокринно-метаболических связей. Перестройка динамического стереотипа может представлять опасность для детского организма.

Готовность к школьному обучению с 6 лет демонстрируют <50% детей. Наиболее сложный период психологической и физиологической адаптации у первоклассников продолжается 4–6 нед, а у ослабленных детей – до ≥8 нед. У некоторых детей период адаптации затягивается: они теряются в новом окружении, долго не могут сблизиться с одноклассниками, чувствуют себя одинокими. Субъективным индикатором, отражающим сложности пребывания ребенка в школе, выступает его расстроенный эмоциональный статус, объективным индикатором – когнитивный дефицит.

У школьников младшего возраста психоэмоциональные адаптационные реакции бывают выражены слабо, но могут иногда продолжаться несколько месяцев; школьники старшего возраста реагируют на пребывание в школе индивидуально. Критерии социально-психологической адаптации: эффективность учебы; усвоение школьных норм поведения; успешность соци-

альных контактов; эмоциональное благополучие и др.

Выделяют следующие общие этапы школьной адаптации (Панков Д.Д. и соавт., 2011):

- ориентировочный – с физиологической бурной реакцией и значительным напряжением всех систем организма; продолжительность – 2–3 нед.;
- неустойчивое энергозатратное приспособление организма к стрессовым воздействиям; продолжительность – 1–2 нед.;
- устойчивое приспособление с оптимальным вариантом реагирования на нагрузку.

Общая продолжительность адаптации – 5–6 нед; по некоторым показателям она затягивается до 9 нед.

Стресс и расстройства адаптации характеризуются развитием поведенческих нарушений и патологических реакций, клинические проявления которых во многом определяются возрастом. Детям раннего школьного возраста преимущественно свойственны реакции активного и пассивного протеста (оппозиции), отказа, ухода из дома, мутизм. Реакции протеста нередко протекают в форме нарушения соматовегетативных функций (рвота, энурез, энкопрез, отказ от еды), часто – в сочетании с расстройствами поведения. Реже возникают реакции имитации, компенсации и гиперкомпенсации. Для подростков более характерны реакции эмансипации, группирования – стремление высвободиться из-под опеки родных и взрослых. Выражается это в форме скрытого или открытого сопротивления порядкам, попытках уйти от контроля, в аномальных увлечениях (Горюнова А.В., 2012 и др.).

Контроль школьной адаптации важен у детей, живущих в неблагоприятных условиях, у детей, с хроническими заболеваниями и вегетообусловленными состояниями. Объекты наблюдения, частота контроля:

- поведенческие реакции: в первой четверти – 1 раз в 2 нед, далее – в конце каждой четверти; оценивают настроение, социальные контакты, игровую и познавательную деятельность, дисциплину, наличие агрессии и страха, двигательную активность, сон, аппетит;
- невротические реакции: беспричинные боли в животе, энурез, нарушение сна, тики, сосание пальца, обгрызание ногтей; их выявляют, анкетирова родителей в конце каждой четверти;
- частота острых инфекций дыхательных путей и обострений хронических заболеваний;
- динамика физических характеристик – масса тела, динамометрия, АД, спирометрия

и др.; проводится в конце каждой четверти или полугодия.

Школьная дезадаптация усугубляет проблемы развития учебных навыков (чтения и письма), определяя частоту этих нарушений у детей школьного возраста.

Специфические расстройства: чтения – дислексия (F81.0), правописания – дисграфия (F81.1), другие расстройства развития учебных навыков (F81.8).

Отличие специфических расстройств развития учебных навыков от педагогической запущенности – отсутствие эффекта от дополнительных занятий в школе и дома на фоне хороших результатов в ответ на использование специфической коррекционной терапии (Тарасова О.Н., Шалимов В.Ф., 2015).

При наличии симптомов школьной дезадаптации требуется исключить у ребенка нервно-психические расстройства. Из психоневрологических заболеваний у детей на фоне расстройств адаптации наиболее часто встречаются: минимальная мозговая дисфункция; синдром гиперактивности с дефицитом внимания; когнитивные нарушения; аномалии личности. Нередко школьная дезадаптация выступает маркером психических заболеваний в виде «школьной фобии» или школьного невроза, депрессивных расстройств.

Проблемы адаптации, не решенные в младших классах, могут явиться фундаментом отклонений психосоциального развития в подростковом возрасте.

**Информационный стресс.** Большое значение в современном обществе имеют заболевания подростков, связанные с информационной перегрузкой и психогенным напряжением. Стресс формируется при информационных перегрузках в сочетании с дефицитом времени или при дефиците информации, но в обоих случаях – в условиях высокой мотивации поведения.

Высокие учебные нагрузки представляют собой распространенную проблему для российских школьников и студентов; они негативно влияют на психическое и физическое здоровье. Необходимой повседневностью стали компьютеры, их использование активно практикуется в учебной деятельности. В итальянском парламенте (июль 2019 г.) обсуждался законопроект, в рамках которого предполагается отправлять в реабилитационные центры смартфонозависимых подростков. «Номофобией» (от англ. *no mobile phone phobia*, или страх отсутствия мобильного телефона) страдают 8 из 10 итальянских подростков.

На практике стали выделять синдром высоких учебных нагрузок у лиц школьного и подросткового возраста, а из профилактических и лечебных мер

предлагаются наблюдение неврологами или психиатрами, а также применение нейромикронутриентов (Каркашадзе Г.А. и соавт., 2017).

С целью предупреждения развития сердечно-сосудистых заболеваний у детей в будущем при подготовке рекомендаций к поступлению в образовательные учреждения, организации медицинского и психолого-педагогического сопровождения учащихся следует учитывать состояние механизмов и характер ответа вегетативной регуляции, личностные особенности и стили поведения, реализуемые ребенком для преодоления стресса. Неконструктивные стили копинга ассоциируются со снижением адаптационных возможностей (Пшеничникова И.И. и соавт., 2018). Можно использовать интегральный показатель – индекс напряжения регуляторных систем механизмов адаптации как диагностический критерий степени влияния факторов школьной среды и организации учебного процесса на организм учащегося.

Увеличение учебных нагрузок, часто неадекватное физиологическим возможностям растущего детского организма, ликвидация доступных эффективных форм физического воспитания, ухудшение питания, учащение случаев курения, употребления алкогольных и тонизирующих напитков приводят к повышению уровня невротизации и снижению социальной адаптации школьников, нарушениям вегетативного гомеостаза.

**Последствия стресса.** Субъективное восприятие стресса в сочетании с индивидуальными (генетические, биологические, психологические) различиями в поведении могут приводить к развитию негативных психологических, соматических и поведенческих последствий (Акарачкова Е.С. и соавт., 2018). Наибольшее значение имеют психологические и поведенческие расстройства. Тревога и депрессия – наиболее частые последствия как экстремальных, так и затянувшихся хронических стрессов. У детей и подростков тревожные расстройства представлены широким спектром клинических проявлений (табл. 1).

**Лечение.** Препараты магния составляют основу лечебных и реабилитационных мероприятий при стрессах у детей. Своевременная коррекция дефицита магния способна увеличить резистентность организма к действию стрессоров, нивелировать или смягчать их повреждающее действие (Захарова И.Н. и соавт., 2018). В настоящее время отдаются предпочтение препаратам II поколения – органическим солям магния, ибо последние признаются оптимальными для коррекции магниевого баланса. Среди них лактат магния (например, Магне В6), цитрат магния (Магне В6 Форте), пидолат магния (Магне В6 в ампулах, раствор для приема внутрь). При назначении препаратов магния пока-

Виды тревожных расстройств, встречающихся у детей и подростков (по данным DSM-V)

Тип расстройства и распространенность	Диагностические критерии и основные клинические проявления	Возраст дебюта, годы
Тревожное расстройство в связи с разлукой; наблюдается у около 4% детей и 1,5% подростков	Страх и болезненные опасения, что при реальной или воображаемой угрозе расставания что-то случится плохое с самим ребенком или его близкими (обычно – родителями); ребенок стремится избежать расставания, испытывает чрезмерный страх, печаль, уходит в себя; с другой стороны, наблюдаются приступы ярости, крика со стремлением удержать рядом близкого человека; ребенок отказывается попадать в ситуации, когда он может оказаться один	5–8
Селективный мутизм; у <1% детей	Ребенок перестает разговаривать со всеми, кроме небольшого круга знакомых людей, что продолжается в течение нескольких месяцев; несмотря на сохраненную речь, сознательно отказывается от речевого (а иногда – и от любого) общения в ситуациях, являющихся для него психотравмирующими (как в детском коллективе, так и среди взрослых); ребенок не просто отказывается говорить, он не в состоянии это делать из-за ощущения, что его речь словно «застывает»; со временем он учится предвидеть ситуации, которые провоцируют мутизм, и старается их избегать; селективный мутизм возникает в период активного становления речи или при поступлении в детский сад либо в школу, что ограничивает коммуникативные возможности, может исказить психическое развитие, затруднять социальную адаптацию ребенка	До 5
Фобическое тревожное расстройство (специфические фобии), у 6–9% детей и подростков	Интенсивный страх перед определенными ситуациями и объектами, сопровождающийся реакцией избегания из-за убежденности в том, что они опасны и причинят вред/травму; самые распространенные патологические страхи у детей вызваны животными, насекомыми, темнотой, громкими звуками, клоунами, людьми в масках и выглядящими необычно, видом крови, инъекциями	От 0 до 10
Социальное тревожное расстройство; у 2–7% детей и подростков	Интенсивный страх, сопровождающийся реакцией избегания ситуаций, связанных с социальными контактами, любыми формами поведения в общественных местах, когда ребенку/подростку кажется, что у него ничего не получится, его оценка негативно, могут высмеять; к таким ситуациям относятся публичные выступления, ответы на уроках перед классом, сдача экзаменов, новые знакомства со сверстниками, беседы со старшими или руководящими лицами, в том числе с педагогами в школе, встречи и др., когда индивидум оказывается в центре внимания окружающих	7-13 лет
Генерализованное тревожное расстройство; около 1% подростков	Чрезмерная тревога с ощущением возможности неблагоприятного развития самых разных событий и обстоятельств, имеющих отношение к семье, состоянию своего здоровья и членов семьи, финансовому положению, друзьям, школе, спортивным выступлениям, а также к повседневным делам; характерны постоянный поиск поддержки у родителей и других людей в связи с собственными страхами, избегание всего нового, негативных новостей, неопределенных ситуаций, вероятности допустить ошибку; типично наличие в период беспокойства соматических симптомов, бессонницы, раздражительности, нарушений концентрации внимания, мышечного напряжения	10–12
Паническое расстройство; редко наблюдается у детей и подростков	Повторяющиеся и развивающиеся неожиданно, без связи с какой-либо ситуацией, приступы крайней тревоги (паники), которые быстро достигают пика, сопровождаются угрожающими, по мнению пациента, соматическими симптомами (ознобоподобная дрожь, нехватка воздуха, сердцебиение, боль или дискомфорт в груди, головокружение, тошнота, профузный пот, оцепенение, парестезии, чувство бессилия), страхом смерти или сумасшествия	Чаще наблюдается в молодом возрасте, но иногда может начинаться в 13–15 лет, крайне редко – в детстве
Обсессивно-компульсивное расстройство; у 0,05–1,00%	Назойливые, повторяющиеся мысли, которые больной не в состоянии сам подавить, и повторные стереотипные действия, выполняемые в ответ на навязчивую идею; среди этих проявлений – навязчивый (обсессивный) и вынужденный (компульсивный) компоненты	≥10

зано курсовое лечение с продолжительностью курса не менее 3 нед. Так, Магне В6, Магне В6 Форте можно назначать с 6 лет, Магне В6 (раствор для приема внутрь) – с годовалого возраста.

Детям, переживающим стресс, с нарушениями адаптации и вегетативного гомеостаза как препараты выбора показаны:

- для коррекции внутриклеточного энергообмена – пантогам, коэнзим Q (Кудесан), L-карнитин (Элькар);

- для коррекции обменно-трофических процессов – панангин, рибоксин, нейромультивит, препараты калия, витамины А, Е;
- для коррекции стресса и тревожности – тенаген детский;
- для коррекции нарушений метаболизма мозга – церебролизин, энцефабол, аминалон, когитум, мексидол;
- для коррекции дисциркуляций в вертебральной системе – кавинтон или винпоцетин.

При повышенном сосудистом тонеусе рекомендуется лечение, направленное на снижение активности адренорецепторов периферических сосудов и симпатической нервной системы: стугерон, биовиталь с боярышником, транквилизаторы (ноофен, фенибут, диазепам, рудотель, атаракс), ноотропы (пантогам, глицин), сосудистые препараты (трентал, тромбо АСС, димефосфон, актовегин), при устойчивой гипертонии – капотен, ренитек.

Фундаментальные исследования показали нейрорепротекторное действие цитруллина малата. Цитруллина малат (стимол) назначают детям с 5 лет; для терапии астенических состояний у детей рекомендовано принимать 2 пакетика в день (2,0 г), курс – 10–12 дней. Повторные курсы – через 1–3 мес. Форма выпуска препарата – раствор для приема внутрь 100 мг/мл.

Отечественными исследователями показана эффективность цитруллина малата при астенических состояниях разной этиологии у детей, в частности сопровождающих ацетонемический синдром, тубулопатии, гломерулонефрит, пиелонефрит и тубулоинтерстициальный нефрит, хроническую почечную недостаточность. Прием цитруллина малата у пациентов с вегетативной дистонией, артериальной гипотензией и постстрессовой астенией приводит к регрессии клинических проявлений (Громова О.А. и соавт., 2017; Киселева А.Л., 2012; Yabuki Y, et al., 2013 и др.).

При выборе анксиолитиков (транквилизаторов) предпочтение отдают препаратам комбинированного действия, в частности обладающим дополнительной ноотропной активностью. Так, при астеновегетативном синдроме, тревожно-невротических состояниях, нарушениях сна, тиках, энурезе назначают гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид (ноофен, фенибут) в следующих дозах: детям 2–8 лет – по 0,05–0,1 г, детям 8–14 лет – по 0,25 г 3 раза в сутки внутрь после еды в течение 2–4 нед.

Тенотен детский в таблетках – препарат, специально созданный для лечения синдрома вегетативной дистонии у детей (Лобов М.А., 2012). Сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белку S-100 нормализуют обмен нейромедиаторов в лимбической системе, гипоталамусе и ретикулярной формации, корригируя психоэмоциональные расстройства и нарушения центральной регуляции вегетативных механизмов.

При сниженном тонеусе сосудов и нарушении венозного оттока назначают препараты, стимулирующие вегетативную нервную систему и повышающие активность адренорецепторов: грандаксин, глицирам, поливитамины, анавенон, венорутон. При ваготонии используются общетонизирующие препараты типа женьшеня, элеутерококка,

лимонника, заманихи, назначаются витамины В6 и С, препараты кальция.

При выраженных головных болях (установленном диагнозе мигрени) рекомендуются простые анальгетики: аспирин УПСА, парацетамол, тромбо АСС, при их неэффективности – комбинированные анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (аскофен, цитрамон П, диклофенак, ибупрофен), при неэффективности последних – аминофенилмасляная кислота (анвифен) и антимигренозные препараты (эрготамин, кафергот, дигидергот, имигран, суматриптан и др.).

Ургентное лечебное вмешательство требуется в период кульминационных проявлений всех типов агрессии. Речь идет о назначении нейрорепротекторов-седатиков (Можгинский Ю.Б., 2019).

В детской практике используется широкий набор альтернативных методов лечения синдрома вегетативной дистонии. Это во многом определяется возможностями лечебной базы и наличием специалистов-физиотерапевтов. Эффективны методы санаторно-курортного лечения, закаливание и др.

**Профилактика стресса.** В профилактике стресса у детей и подростков условно выделяют 5 составляющих:

- соблюдение режима труда и отдыха;
- участие и внимание родителей;
- регулярная физическая активность;
- адекватное питание;
- развитие базовых навыков и элементы психотерапии.

Большую роль в профилактике дезадаптации детей в детских дошкольных образовательных учреждениях и школе имеют принятые в нашей стране принципы государственной политики в области образования: адаптивности, гуманизации, дифференциации и индивидуализации обучения (Кильдиярова Р.Р., 2016).

При наличии повышенной метеочувствительности практическое значение имеет применение специальных мер метеопрофилактики, включая баротренировки.

Особое внимание уделяют спортсменам, которым помогают преодолеть переутомление и перенапряжение центральной нервной системы, нервно-мышечного аппарата, всех систем и отдельных органов. Это – одна из частных задач спортивной фармакологии. Среди множества средств в спортивной медицине широко используются продукты повышенной биологической ценности (мед, цветочная пыльца, маточное молочко, орехи), адаптогены растительного и животного происхождения, витаминные и коферментные препараты, которые не относятся к допинговым

и не запрещены к применению в спорте (Сейфулла Р. и соавт., 2018).

В чрезвычайных ситуациях, к которым относятся вооруженные конфликты, техногенные аварии, природные катастрофы, заболевания, дети переживают тяжелый психический стресс с последующим развитием депрессии, неврозов, психических заболеваний.

М. Lis-Turlejska и соавт. [2012] отмечали даже 60 лет спустя после войны у 1/3 находившихся под наблюдением пациентов явные признаки посттравматического стресса (post-traumatic stress disorder – PTSD). Не меньшее значение имеют перенесенные травмы, при которых требуется обязательная психологическая коррекция.

#### Рекомендуемая литература

Акарачкова Е.С., Блинов Д.В., Котова О.В., Травникова Е.В., Царева Е.В. Стресс и тревожность у детей: причины и методы коррекции. Фарматека. 2018. 1: 18–24.

Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; 352.

Брызгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. М.: Медпрактика-М, 2008; 144.

Горюнова А.В. Нарушения адаптации у детей. РМЖ. Педиатрия. 2012; 24: 1194–9.

Григорьев А.И., Григорьев К.И. Роль неблагоприятных факторов окружающей среды в формировании нарушений адаптации детей и подростков. Медицинская сестра. 2018; 20 (7): 32–8.

Громова О.А., Захарова И.И., Торшин И.Ю., Гришина Т.Р., Лиманова О.А. О патофизиологической терапии астении у детей. Медицинский совет. 2017; 19: 7 (репринт).

Доскин В.А. Биоритмы для здоровья. Как улучшить свое состояние по биологическим часам. М.: Эксмо, 2015; 250.

Есин Р.Г., Есин О.Р., Хайбуллина Д.Х., Минкина И.Ш. Головные боли у детей и подростков. Казань: ИИЦ УДП РТ, 2013; 72.

Кильдиярова Р.Р. Нарушения адаптации детей к школе. Лечение и профилактика. М.: МИА, 2016; 40.

Можгинский Ю.Б. Агрессия детей и подростков. Клинические особенности и принципы терапии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 96.

Немкова С.А. Современные принципы лечения постинфекционных астенических состояний у детей. РМЖ. Педиатрия. Мать и дитя. 2016; 6: 368–72.

Неудахин Е.В. Хронотерапия в педиатрии – основа повышения эффективности лечения заболеваний у детей. Росвестник перинатол и педиатр. 2018; 63 (6): 7–13.

Творогова Т.М., Захарова И.Н., Пшеничникова И.И. Вегетативная дисфункция и заболевания сердечно-сосудистой системы у детей. Медицинский совет. 2016; 19: 208–12.

Сейфулла Р., Потупчик Т., Полубояринов П., Петрова Е., Поликарпочник А., Елистратов Д., Струков В. Возможности применения комби нированного адаптогена Леветон П. Врач. 2018; 10: 37-40.8

Супонева Н.А. Адаптация ребенка к школе: характеристики и пути преодоления. Практика педиатра. 2013; 2: 64–8.

#### STRESS AND MALADJUSTMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

K. I. Grigoriev, prof, MD.

N.I. Pirogov Russian national research medical University  
1, Ostrovityanova St., Moscow, 117997 Russian Federation

**Information is given about stress in children in various situations, followed by the development of depression and neuroses.**

**Key words:** children, stress, types of stress, prevention

**For reference:** Grigoriev K.I. Stress and maladjustment in children and adolescents. Meditsinskaya Sestra. 2019 21 (6): 31–36. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-06-08>

## Журнал «Фармация» предлагает

<https://doi.org/10.29296/25419218-2018-01>

руководителям фарминдустрии, сотрудникам аптек, преподавателям и студентам уникальную информацию о проектах фармакопейных статей, научных исследованиях в области контроля качества лекарственных средств.

С журналом «Фармация» вы всегда будете в курсе самых новейших достижений фармацевтической науки

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» – 71477

Подписка на электронную версию журнала на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«РУССКИЙ ВРАЧ»