

УДК 616.89-008.47-053.2

ЗАВАДЕНКО Николай Николаевич, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Автор более 300 научных публикаций, в т. ч. 4 монографии

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ: НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) традиционно рассматривался как расстройство детского возраста, но примерно у 50 % пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться во взрослом возрасте. В статье представлены обновленные диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-V. В них впервые приводится пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых, отражена возрастная динамика проявлений СДВГ. Лечение СДВГ должно основываться на комплексном и междисциплинарном подходе. Сформулированная в последние годы концепция расширенного терапевтического подхода при СДВГ подразумевает распространение влияния лечения за пределы редукции основных симптомов и учет функциональных исходов и показателей качества жизни. Лекарственная терапия требует достаточной продолжительности, поскольку улучшение состояния должно распространяться не только на основные симптомы СДВГ, но и на социально-психологическую сторону жизни пациентов.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, диагностические критерии, возрастная динамика, комплексное лечение, фармакотерапия.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – наиболее распространенное психоневрологическое расстройство среди детей и подростков, встречается примерно у 5 % детского населения и чаще диагностируется у пациентов мужского, чем женского пола в соотношении 2:1 [12]. Хотя СДВГ долго рассматривалось как расстройство детского возраста, результаты

исследований подтвердили, что примерно у 50 % пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают отмечаться, когда они становятся взрослыми [8, 10, 14]. Таким образом, во многих случаях СДВГ характеризуется длительным течением.

Часто симптомы СДВГ отмечаются начиная с 3-4-летнего возраста. Прежде всего это

относится к гиперактивности и импульсивности. Обычно гиперактивность становится первым проявлением СДВГ, по поводу которого родители ребенка впервые обращаются к специалистам. В школьные годы становятся очевидными нарушения внимания. Кроме того, по сравнению с ровесниками, дети с СДВГ плохо себя ведут и слабо учатся в школе. К подростковому периоду исчезают яркие проявления гиперактивности, но становятся очевидными отсутствие самостоятельности, неспособность работать без посторонней помощи, низкая успеваемость в школе, частые конфликты с окружающими, плохие взаимоотношения со сверстниками, тревожность и низкая самооценка [4]. Одновременно могут наблюдаться рискованное поведение, трудности в соблюдении правил, подчинении нормам и законам. Подростки с СДВГ входят в группу риска по формированию девиантных и антисоциальных форм поведения, алкоголизма, наркомании.

В России принята классификация МКБ-10 [3], в соответствии с которой СДВГ диагностируется в рамках гиперкинетических расстройств (F90). В 2013 году опубликована новая версия диагностических критериев СДВГ в классификации DSM-V [12]. Если в DSM-IV [11] СДВГ был представлен в главе «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенческом, детском и подростковом возрастах», то в DSM-V [12] название данной главы изменено на «Расстройства развития нервной системы». К диагностическим критериям СДВГ по классификации DSM-V [12] относятся:

А. Постоянный паттерн проявлений невнимательности и гиперактивности-импульсивности, оказывающий влияние на функционирование и развитие и характеризующийся симптомами из разделов (1) и/или (2):

(1). **Невнимательность:** 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.

Примечание: Симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 лет и более) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.

1. Часто неспособен сосредотачивать внимание на деталях и допускает ошибки из-за невнимательности, небрежности в школьных заданиях, на работе и других видах деятельности (например, пропускает или теряет детали, выполняет работу неаккуратно).

2. Часто с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, испытывает трудности с концентрацией внимания во время лекций, бесед, длительного чтения).

3. Часто складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь (например, мысли где-то витают даже при отсутствии явного отвлекающего фактора).

4. Часто не придерживается предлагаемых инструкций и не может до конца выполнить уроки, домашнюю работу или обязанности на рабочем месте (например, начинает выполнять задание, но быстро теряет фокусирование на нем и легко отвлекается).

5. Часто испытывает сложности в организации выполнения заданий и своей деятельности (например, сложно организовать выполнение задания из последовательных действий, трудно сохранять в порядке материалы и вещи, работа выполняется неаккуратно и неорганизованно, плохо распределяет время, не укладывается в назначенные сроки).

6. Часто избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы, для старших подростков и взрослых – подготовка отчетов, заполнение форм, изучение длинных текстов).

7. Часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий и дел (например, школьные принадлежности, карандаши, книги, инстру-

менты, кошельки, ключи, рабочие бумаги, очки, мобильные телефоны).

8. Часто легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых это могут быть посторонние мысли).

9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение работы по дому, поручений, для старших подростков и взрослых – ответные звонки по телефону, оплата счетов, приход на назначенные встречи).

(2). Гиперактивность и импульсивность: 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.

Примечание: Симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 лет и более) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков, в офисе или на работе, в других ситуациях, когда требуется оставаться на своем месте).

3. Часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (примечание: у подростков и взрослых этот симптом может ограничиваться ощущением беспокойства, невозможности оставаться на месте).

4. Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении, ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор» (неспособен или ощущает дискомфорт, если требуется спокойно сидеть в течение продолжительного времени, например в ресторане, на встрече; окружающие могут расцени-

вать его, как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело).

6. Часто бывает болтливым.

7. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца (например, завершает высказывания за других людей, не может ждать своей очереди во время разговора).

8. Часто с трудом дожидается своей очереди (например, когда стоит в очереди).

9. Часто прерывает других, мешает им (например, вмешивается в беседы, игры, дела; может начать пользоваться вещами других людей, не спросив их или не получив разрешения; у подростков и взрослых – может вмешаться или начать делать то, что делают другие).

В. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности присутствовали в возрасте до 12 лет.

С. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности отмечаются в двух или более видах обстановки (например, дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками, других видах деятельности).

Д. Имеются явные подтверждения тому, что симптомы оказывают значительное влияние, снижая качество деятельности в социальных контактах, обучении, профессиональной сфере.

Е. Симптомы не связаны исключительно с течением шизофрении или другого психического расстройства, не могут быть лучше объяснены наличием другого психического расстройства (например, расстройства настроения, тревожного расстройства, диссоциативного расстройства, расстройства личности, интоксикацией каким-либо веществом или синдромом отмены).

Диагностические критерии СДВГ по DSM-V [12] включают те же 18 ведущих симптомов расстройства, что и МКБ-10 [3], DSM-IV [11], но новая версия содержит следующие основные изменения:

1) формулировка критерия начала заболевания изменена с «симптомы, вызывающие нарушения, присутствовали до возраста 7 лет» на «несколько симптомов невнимательности или

гиперактивности-импульсивности присутствовали до возраста 12 лет»;

2) усилено требование к кросс-ситуационному характеру симптомов; у пациента должно отмечаться «несколько симптомов» в каждом из видов обстановки;

3) описание симптомов дополнено типичными примерами, иллюстрирующими их проявления в различные возрастные периоды на протяжении всей жизни;

4) аутистические расстройства не упоминаются в качестве критерия исключения, т. е. допускается коморбидность СДВГ с расстройствами аутистического спектра (РАС);

5) приводится пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых. У взрослых пациентов (старше 17 лет) должны быть подтверждены не менее 5 (а не 6, как у детей) симптомов из одного или двух разделов диагностических критериев.

Следует отметить, что диагностические критерии СДВГ по МКБ-10 [3], а также DSM-IV [9] были разработаны применительно к детям, и в них не отражена возрастная динамика СДВГ. Одновременно данные критерии наиболее соответствуют для оценки симптомов у мальчиков 6-12 лет и менее адекватны для девочек с СДВГ, у большинства из которых не столь ярко проявляется гиперактивность. В новой версии диагностических критериев СДВГ возраст начала определен до 12 лет (в МКБ-10 и DSM-IV – до 7 лет). Основные характеристики СДВГ представлены таким образом, что полнее отражают симптомы у пациентов разного возраста и более точно описывают их у взрослых лиц с СДВГ.

В DSM-V впервые приводится пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых, отражена возрастная динамика проявлений СДВГ. Важно отметить, что в процессе диагностики СДВГ и динамического наблюдения за пациентами необходимо оценивать не только выраженность основных симптомов данного расстройства, но также показателей социально-психологического функционирования и трудностей адаптации у лиц с СДВГ различного возраста.

В разделе (E) в перечне психических расстройств, которые не должны отмечаться у пациента при постановке диагноза СДВГ, не упоминаются в качестве критерия исключения расстройства аутистического спектра (РАС). Действительно, симптомы двух расстройств могут сочетаться друг с другом. Известно, что сопутствующие гиперкинетические расстройства – одни из самых частых коморбидных состояний у пациентов с РАС – отмечаются в 20-50 % случаев в эпидемиологических исследованиях и в 30-80 % – в клинических [5, 9]. Двойной диагноз невозможен по классификации МКБ-10, но в DSM-V данный подход изменен. Действительно, с нейробиологической позиции, у ряда пациентов РАС и гиперкинетические расстройства могут встречаться одновременно, что находит подтверждение в современных нейропсихологических, нейровизуализационных и генетических исследованиях [5, 9].

Недавно опубликованы результаты исследования [6], в котором оценивались аутистические черты у 242 детей с СДВГ без сопутствующего диагноза аутизма и 227 их ровесников контрольной группы. Установлено, что аутистические черты намного чаще наблюдались среди детей с СДВГ, чем в контрольной группе (18 % и 0,87 %; $p < 0,001$). Согласно полученным данным, наличие аутистических черт предопределяет у детей с СДВГ нарушения развития речи, трудности школьного обучения, сложности взаимоотношений со сверстниками и братьями/сестрами, вовлечение в конфликты и драки, формирование эмоциональных расстройств (тревоги и депрессии).

Тем не менее РАС входят в перечень состояний для дифференциального диагноза, который является приложением к диагностическим критериям СДВГ. Помимо них данный дифференциально-диагностический перечень (в том порядке, как он представлен в тексте DSM-V) включает: оппозиционно-вызывающее расстройство поведения; интермиттирующее экзоплозивное расстройство; другие расстройства развития; специфические трудности школьного

обучения; умственную отсталость; расстройства аутистического спектра; реактивное расстройство привязанности; тревожные расстройства; депрессивные расстройства; биполярное расстройство; разрушительное дисрегуляторное расстройство настроения; злоупотребление химическими веществами; расстройства личности; психотические расстройства; медикаментозно индуцированные симптомы СДВГ; нейрокогнитивные расстройства.

Лечение СДВГ должно быть направлено не только на контроль и редукцию основных проявлений данного расстройства, но также на решение других важных задач: улучшение функционирования пациента в различных сферах и его наиболее полная реализация как личности, появление собственных достижений, улучшение самооценки, нормализация обстановки вокруг него, в т. ч. внутри семьи, формирование и укрепление навыков общения и контактов с окружающими людьми, признание окружающими и повышение уровня удовлетворенности своей жизнью. В связи с этим сформулирована концепция расширенного терапевтического подхода, подразумевающая распространение влияния лечения за пределы редукции основных симптомов и учет функциональных исходов и показателей качества жизни. Концепция расширенного терапевтического подхода предполагает обращение к социальным и эмоциональным нуждам ребенка с СДВГ, на которые следует обращать особое внимание как на этапе диагностики и планирования лечения, так и в процессе динамического наблюдения за пациентом и оценки результатов проводимой терапии.

Наиболее эффективной при СДВГ является комплексная помощь, при которой объединяются усилия врачей, психологов, педагогов, работающих с ребенком, и его семьи. Лечение СДВГ должно быть своевременными и обязательно включать:

- помощь семье ребенка с СДВГ – приемы семейной и поведенческой терапии, обеспечивающие лучшее взаимодействие в семьях детей, страдающих СДВГ;

- выработку у родителей навыков воспитания детей с СДВГ, включая программы тренинга родителей [1];

- просветительскую работу с учителями, коррекцию плана школьного обучения – через особую подачу учебного материала и создание такой атмосферы на уроке, которая максимально повышает возможности успешного обучения детей;

- психотерапию детей и подростков с СДВГ, преодоление трудностей формирования навыков эффективного общения у детей с СДВГ в ходе специальных коррекционных занятий;

- лекарственную терапию.

Лекарственная терапия требует достаточной продолжительности, поскольку улучшение состояния должно распространяться не только на основные симптомы СДВГ, но и на социально-психологическую сторону жизни пациентов. Поэтому планировать ее целесообразно на срок от нескольких месяцев до продолжительности всего учебного года.

Подходы к лекарственной терапии СДВГ отличаются в разных регионах мира. Отечественными специалистами при лечении СДВГ традиционно используются препараты ноотропного ряда. В последние годы достаточно широко стал применяться эффективный препарат, специально разработанный для лечения СДВГ – атомoksetин гидрохлорид (страттера). В США, Канаде и ряде западноевропейских стран в фармакотерапии СДВГ применяются стимуляторы ЦНС.

В связи с этим представляют интерес недавно опубликованные результаты международного исследования «12-месячное проспективное наблюдательное исследование функциональных изменений состояния у детей и подростков, которым было назначено медикаментозное лечение по поводу синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)» [13]. Его целью явилась оценка функциональных изменений у детей и подростков с СДВГ из разных стран, которым в обычных условиях была назначена монотерапия по поводу СДВГ на протяжении периода в 1 год. Данное исследование

было построено как проспективное, наблюдательное, натуралистическое (без вмешательств в процесс лечения) и проводилось в 28 клинических центрах 6 стран: Российская Федерация (обследовано 142 пациента с СДВГ), Китай (n = 121), Тайвань (n = 72), Египет (n = 77), ОАЭ (n = 43), Ливан (n = 59).

В исследование включались пациенты с СДВГ в возрасте 6–17 лет, которым была назначена монотерапия одним из следующих препаратов: атомоксетин (n = 234), психостимулятор – препараты метилфенидата (n = 221), ноотропные средства (n = 91). В Российской Федерации дети и подростки с СДВГ получали атомоксетин или ноотропные препараты, причем группа пациентов на терапии ноотропами была полностью российской. Период наблюдения длительностью 12 мес. был выбран с тем, чтобы обеспечить достаточное время для наблюдения изменений основного изучавшегося показателя функционального состояния – оценки по разделу «Собственные достижения» шкалы СНИР-СЕ [15] в течение терапии, соответствующей по продолжительности учебному году. Шкала СНИР-СЕ оценивает: общее состояние здоровья и самочувствие ребенка, поведение дома, в школе, занятия и взаимоотношения со сверстниками.

Доля пациентов, которые завершили полное обследование в ходе 12-месячного исследования, составила: принимавшие атомоксетин – 62,4 % (n = 146), метилфенидат – 60,2 % (n = 133), ноотропы – 84,6 % (n = 77). Из-за побочных явлений из исследования выбыли лишь 4 пациента: принимавшие атомоксетин – 1 (бессонница), метилфенидат – 3 (головная боль, тревога, снижение настроения). Переносимость всех препаратов также была хорошей, за время исследования не было зарегистрировано ни одного случая серьезных побочных явлений. Важно отметить, что значительный регресс симптомов СДВГ был достигнут к концу исследования во всех терапевтических группах. Одновременно во всех группах улучшилась средняя оценка по разделу «Собственные достижения» шкалы СНИР-СЕ (диапазон изменений в группах

2,0-19,0), что также отражает существенные положительные результаты проведенной терапии [6].

Следует отметить необходимость новых исследований для уточнения оптимальных сроков назначения препаратов ноотропного ряда в терапии СДВГ. В ходе недавно проведенного исследования подтвержден высокий потенциал пантогама (гопантенная кислота) в длительной терапии СДВГ [2]. 32 пациента с СДВГ (23 мальчика и 9 девочек) в возрасте 6-12 лет обследованы с интервалами по 2 мес. в ходе длительных (до 6-8 мес.) курсов лечения пантогамом, назначавшимся в суточных дозах 500-1000 мг (что соответствует 20-30 мг/кг) в два приема, утром и днем. Оценка результатов лечения осуществлялась по шкалам основных симптомов СДВГ [7] и функциональных нарушений WFIRS-P, форме для родителей [16]. Продолжительность лечения пантогамом у большинства (22) пациентов составила 6 мес., у 6 – 4 мес., у 4 – 8 мес. Клинически значимое улучшение со снижением общего балла по шкале СДВГ более чем на 25 % было достигнуто у 21 из 32 пациентов, но в разные сроки. У большинства пациентов с СДВГ оно наступило уже через 2 мес. лечения (14 чел.), но у 5 – через 4 мес. и 2 – через 6 мес. применения пантогама. Таким образом, не у всех детей с СДВГ, которые способны положительно отреагировать на терапию пантогамом, значимый регресс основных симптомов СДВГ происходит в первые 2 мес. терапии – для этого могут потребоваться и более продолжительные сроки.

Наряду с этим подтверждено благоприятное влияние длительного применения пантогама на характерные для детей с СДВГ нарушения адаптации и функционирования в различных областях, в т. ч. на трудности поведения в семье и в обществе, учебу в школе, снижение самооценки, несформированность базовых жизненных навыков. Но, в отличие от регресса основных симптомов СДВГ, для преодоления нарушений адаптации и социально-психологического функционирования необходимы более

продолжительные сроки лечения: значимое улучшение самооценки, общения с окружающими и социальной активности наблюдалось по результатам анкетирования родителей через 4 мес., а достоверное улучшение показателей поведения и учебы в школе, базовых жизненных навыков наряду с существенным регрессом поведения, сопряженного с риском, – через 6 мес. применения пантогама.

Таким образом, эффективность лечения СДВГ определяется ранней диагностикой и своевременной терапией. Разработка и применение комплексной коррекции должны осуществляться своевременно, носить индивидуальный характер. Лечение СДВГ, в т. ч. лекарственная терапия, должны быть достаточно продолжительными и ориентированными не только на преодоление клинических симптомов, но и нарушений адаптации.

Список литературы

1. Баркли Р.А. Дети с вызывающим поведением: Клиническое руководство по обследованию ребенка и тренингу родителей: пер. с англ. М., 2011. 272 с.
2. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: выбор оптимальной продолжительности лекарственной терапии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111, № 10. С. 28–32.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994. 208 с.
4. Психоземональные особенности детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (краткий обзор) / И.С. Депутат, Ю.С. Джос, Л.Ф. Старцева и др. // Вестн. Сев. (Арктич.) федер. ун-та. Сер.: Мед.-биол. науки. 2013. № 3. С. 45–55.
5. Симашикова Н.В. Расстройства аутистического спектра: науч.-практ. рук-во. М., 2013. 264 с.
6. Autistic Traits in Children with and without ADHD / A. Kotte, G. Joshi, R. Fried et al. // Pediatrics. 2013. № 132 (3). P. 612–622.
7. ADHD Rating Scale–IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretations / G.J. DuPaul, T.J. Power, A.D. Anastopoulos, R. Reid. N. Y., 1998. 80 p.
8. European Consensus Statement on Diagnosis and Treatment of Adult ADHD: The European Network Audit ADHD / S. Kooij, S. Bejerot, A. Blackwell et al. // BMC Psychiatry. 2010. Vol. 10. P. 67.
9. Banaschewski T., Poustka L., Holtmann M. Autism and ADHD across the Life Span: Differential Diagnoses or Comorbidity? // Der Nervenarzt. 2011. Vol. 82(5). P. 573–581.
10. Childhood Predictors of Adult ADHD: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative / C. Lara, J. Fayyad, R. de Graaf et al. // Biol. Psychiatry. 2009. Vol. 65 (1). P. 46–54.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. (Revision). Washington, 2000. 943 p.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-V). Washington, 2013. 947 p.
13. Pharmacological Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Functional Outcomes in Children and Adolescents from non-Western Countries. Drugs in Context / M. Altin, A.A. El-Shafei, M. Yu et al. // The J. of Interventions in Clinical Practice. 2013. 212260. P. 1–12. doi: 10.7573/dic.212260 www.drugsincontext.com (open access).
14. Predictors of Persistent ADHD: An 11-year Follow-up Study / J. Biederman, C.R. Petty, A. Clarke et al. // J. Psychiatr. Res. 2011. Vol. 45(2). P. 150–155.
15. The Parent Report Form of the CHIP-Child Edition: Reliability and Validity / A.W. Riley, C.B. Forrest, B. Starfield et al. // Med. Care. 2004. Vol. 42(3). P. 210–220.
16. Weiss M.D., Wasdell M.B., Bomben M.M. Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P) / BC Children’s Hospital, 2004. 10 p.

References

1. Barkley R.A. *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training, and Child Psychopathology*. 2nd ed. New York (Russ. ed.: Barkli R.A. *Deti s vyzyvayushchim povedeniem. Klinicheskoe rukovodstvo po obsledovaniyu rebenka i treningu roditeley*. Moscow, 2011. 272 p.).
2. Zavadenko N.N., Suvorinova N.Yu. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivno-st'yu: vybor optimal'noy prodolzhitel'nosti lekarstvennoy terapii [Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Determination of the Optimal Medical Treatment Duration]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2011, vol. 111, no. 10, pp. 28–32.
3. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rastroystv. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii* International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision). Classification of Mental and Behavioral Disorders. Research Diagnostic Criteria]. St. Petersburg, 1994. 208 p.
4. Deputat I.S., Dzhos Yu.S., Startseva L.F., et al. Psikoemotsional'nye osobennosti detey i podrostkov s sindromom defitsita vnimaniya i giperaktivnost'yu (kratkiy obzor) [Psychoemotional Characteristics of Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Brief Overview)]. *Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federalnogo universiteta. Ser.: Mediko-biologicheskie nauki*, 2013, no. 3, pp. 45–55.
5. Simashkova N.V. *Rastroystva autisticheskogo spectra* [Autism Spectrum Disorders]. Moscow, 2013. 264 p.
6. Kotte A., Joshi G., Fried R., et al. Autistic Traits in Children with and Without ADHD. *Pediatrics*, 2013, vol. 132 (3), pp. 612–622.
7. DuPaul G.J., Power T.J., Anastopoulos A.D., Reid R. *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretations*. New York, 1998. 80 p.
8. Kooij S., Bejerot S., Blackwell A., et al. European Consensus Statement on Diagnosis and Treatment of Adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 2010, vol. 10, p. 67.
9. Banaschewski T., Poustka L., Holtmann M. Autism and ADHD Across the Life Span: Differential Diagnoses or Comorbidity? *Der Nervenarzt*, 2011, vol. 82 (5), pp. 573–581.
10. Lara C., Fayyad J., de Graaf R., et al. Childhood Predictors of Adult ADHD: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. *Biol. Psychiatry*, 2009, vol. 65 (1), pp. 46–54.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (Revision). Washington, 2000. 943 p.
12. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-V). Washington, 2013. 947 p.
13. Altin M., El-Shafei A.A., Yu M., et al. Pharmacological Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Functional Outcomes in Children and Adolescents from Non-Western Countries. *Drugs in Context*, 2013. 212260, pp. 1–12. doi: 10.7573/dic.212260 www.drugsincontext.com (open access).
14. Biederman J., Petty C.R., A. Clarke, et al. Predictors of Persistent ADHD: An 11-Year Follow-up Study. *J. Psychiatr. Res.*, 2011, vol. 45 (2), pp. 150–155.
15. Riley A.W., Forrest C.B., Starfield B., et al. The Parent Report Form of the CHIP-Child Edition: Reliability and Validity. *Med. Care*, 2004, vol. 42 (3), pp. 210–220.
16. Weiss M.D., Wasdell M.B., Bomben M.M. *Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P)*. BC Children's Hospital, 2004. 10 p.

Zavadenko Nikolay Nikolaevich

The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow, Russia)

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: NEW DEVELOPMENTS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has traditionally been considered as a childhood disorder. However, its manifestations, after some transformations, are passing into adulthood in approximately 50 % of patients. The paper looks at the new ADHD diagnostic criteria in DSM-V. For the first time, a symptom threshold for adults has been introduced, and symptoms dynamics across the life span has been presented. The treatment of ADHD should be based on a comprehensive interdisciplinary

approach. The follow-up of the patients with ADHD must include regular assessment of their social and psychological functioning in accordance with the concept of "Broader efficacy of treatment". Pharmacotherapy requires sufficient duration as it should improve not only the core symptoms of ADHD, but also the patients' social and psychological functioning.

Keywords: *attention deficit hyperactivity disorder, diagnostic criteria, age-related dynamics, multimodality therapy, pharmacotherapy.*

Контактная информация:

адрес: 117519, Москва, Ленинский просп., д. 117, корп. 2;

e-mail: zavadenko@mail.ru

Рецензент – *Грибанов А.В.*, доктор медицинских наук, профессор, директор института медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова