

Н.Н. Заваденко

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения

Contacts:

Zavadenko Nikolai Nikolaevich, PhD, professor, Head of the Department of Neurology, Neurosurgery and Clinical genetics of the Pediatric Faculty of Pirogov RNRMU

Address: 117/2, Leninskii Ave., Moscow, 117519, **Tel.:** +7 (495) 936-94-52, **e-mail:** zavadenko@mail.ru

Article received: 14.07.2014, **Accepted for publication:** 26.08.2014

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) встречается у 1 из 20 современных детей и подростков. В статье рассмотрены новые диагностические критерии СДВГ по американской статистической классификации психических расстройств DSM-V, в которой содержатся следующие основные изменения: возраст манифестации — до 12 лет; усилено требование к кросс-ситуационному характеру симптомов; отражена возрастная динамика СДВГ и вводится пороговое число симптомов для взрослых пациентов; допускается коморбидность с расстройствами аутистического спектра. Обсуждаются особенности обследования детей и подростков с СДВГ. Лечение синдрома должно быть комплексным и включать методы коррекции поведения, психотерапии, нейропсихологической коррекции. Лекарственная терапия требует достаточной продолжительности, поскольку улучшение состояния должно распространяться не только на основные проявления СДВГ, но и на социально-психологическую сторону жизни пациентов. Как показало обследование группы детей с СДВГ, во время длительных курсов лечения гопантеновой кислотой для преодоления не только основных симптомов, но и нарушений адаптации и социально-психологического функционирования (улучшения самооценки, общения с окружающими и социальной активности) необходимы сроки лечения не менее 4–6 мес. Разработка и применение комплексной коррекции при СДВГ должны осуществляться своевременно и носить индивидуальный характер.

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

(Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (4): 48–53)

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) встречается приблизительно у 1 из 20 современных детей и подростков [1, 2]. СДВГ привлекает к себе значительный интерес в связи с высокой распространенностью и социальной значимостью проблемы. Результаты исследований подтверждают, что примерно у 50% пациентов симптомы СДВГ, претерпевая опреде-

ленную трансформацию, продолжают присутствовать и во взрослом возрасте [1–5]. Следовательно, во многих случаях СДВГ характеризуется длительным, хроническим течением.

Клиническую картину СДВГ у детей определяют нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность, которые имеют постоянный, кросс-ситуационный

N.N. Zavadenko

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Modern Principles of Diagnostics and Treatment

One of 20 modern children and teenagers has attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). New diagnostic criteria of ADHD according to DSM-V classification which contain the following main changes are considered in the article: age of onset — to 12 years; the requirement to cross-situational character of symptoms is strengthened; the ADHD age dynamics is reflected and the threshold number of symptoms for adult patients is entered; the comorbidity with autism spectrum disorders is allowed. Peculiarities of examination of children and teenagers with ADHD are discussed. Treatment of a syndrome must be complex and should include methods of behavior correction, psychotherapy, neuropsychological correction. Medicinal therapy demands the sufficient duration as the improvement of a state has to extend not only on the main manifestations of ADHD, but also on a social psychological aspect of patients' life. As the examination of a group of children with ADHD showed, during long courses of treatment by hopantenic acid for overcoming not only the main symptoms, but also violations of adaptation and social psychological functioning (improvement of a self-assessment, communication with people around and social activity) treatment terms must be not less than 4–6 months. The development and application of complex correction under ADHD should be carried out in due time and have individual character.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, diagnostic criterion, age dynamics, combination therapy, pharmacotherapy.

(Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics. 2014; 13 (4): 48–53)

и не соответствующий возрасту характер [2]. Одновременно СДВГ оказывает значительное негативное влияние на различные стороны жизни пациентов и их социально-психологическое функционирование во все возрастные периоды, начиная со школьного обучения до профессиональной деятельности, от жизни в семье с родителями до самостоятельной личной и общественной жизни.

В странах Европы соотношение случаев СДВГ у мальчиков и девочек варьирует от 3:1 до 16:1 [1]. Эти различия могут указывать на то, что наряду с более частым направлением к специалистам мальчиков с СДВГ у девочек это расстройство может быть не распознано. Это обусловлено тем, что жалобы у девочек с СДВГ чаще регистрируют в школьном возрасте, и они связаны с нарушениями внимания, тогда как у мальчиков с СДВГ чаще встречаются более выраженные проблемы поведения, которые проявляются уже в дошкольном возрасте.

Действительно, симптомы СДВГ у многих пациентов обнаруживают с возраста 3–4 лет. Прежде всего это относится к гиперактивности и импульсивности. Обычно гиперактивность становится тем признаком СДВГ, по поводу которого родители ребенка впервые обращаются к специалистам [6]. В школьные годы становятся очевидными нарушения внимания. По сравнению с ровесниками дети с СДВГ слабо учатся, плохо себя ведут, для них типичны напряженные взаимоотношения как с членами семьи, так и с одноклассниками. Более частые обращения за медицинской помощью у них бывают связаны со случайными травмами, в т. ч. черепно-мозговыми [7].

К подростковому периоду исчезают яркие проявления гиперактивности, но продолжают сохраняться когнитивные нарушения: несформированность управляющих функций, расстройства внимания и рабочей памяти [1, 3]. Наряду с низкой успеваемостью в школе и частыми конфликтами с окружающими становятся очевидными отсутствие самостоятельности, неспособность работать без посторонней помощи, тревожность и низкая самооценка. 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, наркоманий [3, 6].

Проявления СДВГ у ребенка могут послужить поводом для первичного обращения родителей к разным специалистам, в т. ч. к врачам (педиатрам, детским неврологам и психиатрам), психологам, логопедам, дефектологам. Очень часто на симптомы СДВГ впервые обращают внимание дошкольные и школьные педагоги. С учетом этого специалистам, участвующим в оказании помощи детям с СДВГ, важно взаимодействовать между собой и придерживаться ряда общих позиций, начиная с принципов оценки имеющихся нарушений.

Критерии диагноза. Диагностика СДВГ основывается на стандартных международных критериях, представляющих собой перечни наиболее характерных и четко прослеживаемых признаков этого расстройства. Диагноз СДВГ ставит врач, однако педагоги и психологи также должны быть знакомы с диагностическими критериями

СДВГ, тем более что для подтверждения диагноза важно получить надежные сведения о поведении ребенка не только дома, но и в школе или в дошкольном учреждении.

В Российской Федерации принята классификация МКБ-10 [8], в соответствии с которой СДВГ диагностируют в рамках гиперкинетических расстройств (F90). В 2013 г. опубликована новая версия диагностических критериев СДВГ в классификации DSM-V [2]. Если в DSM-IV [9] СДВГ был представлен в главе «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенческом, детском и подростковом возрастах», то в DSM-V [9] название данной главы изменено на «Расстройства развития нервной системы». К диагностическим критериям СДВГ по классификации DSM-V [2] относят следующие.

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 мес 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 с неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 и более лет) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.

- Часто не способен сосредоточивать 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).
- Часто с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, испытывает трудности с концентрацией внимания во время лекций, бесед, длительного чтения).
- Часто складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь (например, мысли где-то витают даже при отсутствии явного отвлекающего фактора).
- 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).
- 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).

- 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).
- Часто теряет вещи, необходимые для выполнения какой-либо работы или заданий (например, школьные принадлежности, карандаши, книги, инструменты, кошельки, ключи, рабочие бумаги, очки, мобильные телефоны).
- Часто легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых это могут быть посторонние мысли).
- 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 мес 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 с неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 и более лет) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.

- Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
 - Часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков, в офисе или на работе, других ситуациях, когда требуется оставаться на своем месте).
 - Часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (у подростков и взрослых этот симптом может ограничиваться ощущением беспокойства, невозможности оставаться на месте).
 - Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
 - 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 расценивать его как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело).
 - Часто бывает болтливым.
 - 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).
 - Часто с трудом дожидается своей очереди (например, когда стоит в очереди).
 - 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 в работу других или начать делать то, что уже выполняют другие).
- Б. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности присутствовали в возрасте до 12 лет.
- В. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности отмечаются в двух или более видах обстановки (дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками, другие виды деятельности).
- Г. Имеются явные подтверждения тому, что симптомы оказывают значительное влияние, снижая качество деятельности в социальных контактах, обучении, профессиональной сфере.
- Д. Симптомы не связаны исключительно с течением шизофрении или другого психотического расстройства, не могут быть объяснены наличием другого психического расстройства (например, расстройства настроения, тревожного расстройства, диссоциативного расстройства, расстройства личности, интоксикацией каким-либо веществом или синдромом отмены).

Новая версия диагностических критериев СДВГ по DSM-V [2] содержит следующие основные изменения:

- 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»;
- усилено требование к кросс-ситуационному характеру симптомов — у пациента должно быть подтверждено несколько симптомов в каждом из видов обстановки;
- описание симптомов дополнено типичными примерами, иллюстрирующими их проявления в различные возрастные периоды;
- аутистические расстройства не упоминаются в качестве критерия исключения, т.е. допускается коморбидность СДВГ с расстройствами аутистического спектра (РАС);
- впервые приводится пороговое число симптомов СДВГ для 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.

Диагностические критерии СДВГ по МКБ-10 [8], а также DSM-IV [9] были разработаны применительно к детям, и в них не была отражена возрастная динамика СДВГ. Одновременно указанные критерии наиболее соответствуют оценке 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 так, что они полнее описывают симптомы у пациентов разного

возраста, отражая возрастную динамику 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 «Д» в перечне психических расстройств, которые не должны отмечаться у пациента при постановке диагноза СДВГ, не упоминаются в качестве критерия исключения 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, особенно с высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера. В двух независимых исследованиях показано, что у многих детей с подтвержденным диагнозом синдрома Аспергера также наблюдается соответствие клинических проявлений диагностическим критериям СДВГ по DSM-IV: у 59 [10] и даже 78% [11]. Двойной диагноз невозможен по классификации МКБ-10, но в DSM-V данный подход изменен. Действительно, с нейробиологических позиций РАС и гиперкинетические расстройства могут «перекрываться», и у ряда пациентов отмечаются одновременно, что находит подтверждение в современных нейропсихологических, нейровизуализационных и генетических исследованиях [12, 13].

В 2013 г. опубликованы результаты исследования [14], в котором оценивали аутистические черты у 242 детей с СДВГ без сопутствующего диагноза аутизма и 227 ровесников контрольной группы. Установлено, что аутистические черты намного чаще наблюдали у детей с СДВГ по сравнению с контрольной группой (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 дифференциальной диагностики, которая является приложением к диагностическим критериям СДВГ. Помимо них данный дифференциально-диагностический перечень (в том порядке, как он представлен в тексте DSM-V) включает [2] оппозиционно-вызывающее расстройство поведения; интермиттирующее эксплозивное расстройство; другие расстройства развития; специфические трудности школьного обучения; умственную отсталость; 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.

Обследование пациентов с СДВГ. В настоящее время диагностика СДВГ основывается на клинических критериях. Для подтверждения СДВГ пока не существует специальных тестов или маркеров, основанных на применении современных психологических, нейрофизио-

логических, биохимических, молекулярно-генетических, нейрорадиологических и других методов. В ходе клинического обследования оценивают как основные симптомы заболевания, так и проявления коморбидных расстройств [6, 15]. Применяют следующие методы:

- клиническое собеседование;
- наблюдение за поведением;
- заполнение опросников, анкет, оценочных шкал;
- получение дополнительной информации (от учителя, школьного психолога, из видеозаписей);
- исследование неврологического статуса;
- психологическое обследование с применением нейропсихологических и психометрических методов.

Диагноз СДВГ считают обоснованным лишь в тех случаях, когда наблюдаемые у ребенка симптомы характеризуются достаточной степенью выраженности, постоянством и сочетаются друг с другом. Отдельные и временные характеристики в поведении детей, отмечаемые родителями или другими находящимися рядом с ребенком взрослыми людьми, даже если они и имеют некоторое сходство с СДВГ, не могут считаться основанием для постановки данного диагноза.

При дифференциальной диагностике должны быть исключены соматические заболевания, сопровождающиеся церебрastenическими симптомами; побочные явления проводимой лекарственной терапии (например, по поводу бронхиальной астмы); эндокринные заболевания (патология щитовидной железы); сенсоневральная тугоухость; эпилепсия (абсансные формы; симптоматические, локально обусловленные формы; побочные эффекты противозепилептической терапии) [6].

Лечение СДВГ должно быть комплексным и включать методы коррекции поведения, психотерапии, нейропсихологической коррекции [6, 15]. 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 несколько месяцев вплоть до всего учебного года.

Подходы к лекарственной терапии СДВГ в разных регионах мира варьируют. Отечественные специалисты при лечении СДВГ традиционно используют препараты ноотропного ряда. В последние годы достаточно широко стал применяться эффективный препарат, специально разработанный для лечения СДВГ, — атомоксетин гидрохлорид. В США, Канаде и ряде западноевропейских стран в фармакотерапии СДВГ используют стимуляторы центральной нервной системы.

Представляют интерес недавно опубликованные результаты международного исследования «Двенадцатимесячное проспективное наблюдательное исследование функциональных изменений состояния у детей и подростков, которым было назначено медикаментозное лечение по поводу синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)» [16]. Его целью было определение функциональных изменений у детей и подростков с СДВГ из разных стран, которым в обычных условиях была назначена монотерапия по поводу СДВГ на протяжении 1 года, с помощью оценки по разделу «Собственные

достижения» шкалы CNIP-CE [17]. Это исследование было построено как проспективное наблюдательное натуралистическое (без вмешательства в процесс лечения) и проводилось в 28 клинических центрах 6 стран (Российская Федерация, Китай, Тайвань, Египет, ОАЭ, Ливан). В исследование включали пациентов 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.

Доля пациентов, которые завершили полное обследование в ходе двенадцатимесячного исследования, составила 62,4% для группы, принимающей атомоксетин ($n = 146$), 60,2% — для группы, принимающей метилфенидат ($n = 133$), 84,6% — для группы, принимающей ноотропы ($n = 77$). Из-за развития побочных реакций из исследования были исключены лишь 4 человека: при применении атомоксетина — 1 (бессонница), метилфенидата — 3 (головная боль, тревога, снижение настроения). Переносимость всех препаратов также была хорошей; за время исследования не было зарегистрировано ни одного случая серьезных нежелательных явлений. Значительный регресс симптомов СДВГ был достигнут к концу исследования во всех трех терапевтических группах. Одновременно во всех группах улучшилась средняя оценка по разделу «Собственные достижения» шкалы CNIP-CE (диапазон изменений в группах 2,0–19,0), что также отражает существенные положительные результаты проведенной терапии [16].

Следует отметить необходимость в проведении новых исследований для уточнения оптимальных сроков назначения препаратов ноотропного ряда в терапии СДВГ. В ходе недавно проведенной работы был подтвержден высокий терапевтический потенциал гопантеновой кислоты (Пантогам, Пик-Фарма, Россия) в длительной терапии СДВГ [18]: 32 пациента с СДВГ (23 мальчика и 9 девочек) в возрасте 6–12 лет обследовали с интервалами 2 мес в ходе длительных (до 6–8 мес) курсов лечения препаратом, который назначали в суточных дозах 500–1000 мг

(20–30 мг/кг) в 2 приема, утром и днем. Оценку результатов лечения осуществляли по шкалам основных симптомов СДВГ [19] и функциональных нарушений WFIRS-P, форме для родителей [20]. Продолжительность лечения Пантогамом у большинства ($n = 22$) пациентов составила 6 мес, у 6 человек — 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 оно наступило уже через 2 мес лечения ($n = 14$), у 5 — через 4 мес, у 2 — через 6 мес приема препарата. 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 гопантеновой кислоты 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. Однако 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 лечения.

Таким образом, в процессе коррекционной работы с детьми с СДВГ специалистам важно учитывать необходимость продолжительной лекарственной терапии и оценивать в динамике не только выраженность основных симптомов данного расстройства, но также показатели качества жизни и социально-психологического функционирования пациентов. Разработка и применение комплексной коррекции при СДВГ должны осуществляться своевременно и носить индивидуальный характер.

CONFLICT OF INTERESTS

N. N. Zavadenko received partial research funding from “PIK-Pharma”.

REFERENCES

1. Young S., Fitzgerald M., Postma M.J. ADHD: making the invisible visible. An Expert White Paper on attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): policy solutions to address the societal impact, costs and long-term outcomes, in support of affected individuals. *London*. 2013. 26 p.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM–V). American Psychiatric Association. *Washington*. 2013. 947 p.
3. Barkley R.A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd edn). *New York: Guilford Press*. 2005. 770 p.
4. Biederman J., Petty C.R., Clarke A., Lomedico A., Faraone S.V. Predictors of persistent ADHD: An 11-year Follow-up Study. *J. Psychiatr. Res.* 2011; 45 (2): 150–155.
5. Kooij S., Bejerot S., Blackwell A., Caci H., Casas-Brugue M., Carpentier P.J., Edvinsson D., Fayyad J., Foeken K., Fitzgerald M., Gaillac V., Ginsberg Y., Henry C., Krause J., Lensing M.B., Manor I., Niederhofer H., Nunes-Filipe C., Ohlmeier M.D., Oswald P., Pallanti S., Pehlivanidis A., Ramos-Quiroga J.A., Rastam M., Ryffel-Rawak D., Stes S., Asherson P. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 67.
6. Zavadenko N.N. *Giperaktivnost' i defitsit vnimaniya v detskom vozraste* [Hyperactivity and Attention Deficit Disorder in Children]. Moscow, Akademiya, 2005. 256 p.
7. Bruce B., Kirkland S., Waschbusch D. The relationship between childhood behaviour disorders and unintentional injury events. *Paediatrics & Child Health*. 2007; 12 (9): 749–754.
8. MKB-10 — *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr)*. *Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii* [ICD-10 — the International Statistical Classification of Diseases (10th revision). Classification of Mental and Behavioral Disorders. Research Diagnostic Criteria.]. St. Petersburg, 1994. 208 p.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (Revision). American Psychiatric Association. *Washington*. 2000. 943 p.
10. Goldstein S., Schwebach A.J. The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: results of a retrospective chart review. *J. Autism Dev. Disord.* 2004, 34 (3): 329–339.
11. Lee D.O., Ousley O.Y. Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2006; 16: 737–746.
12. Simashkova N.V. *Rasstroistva autisticheskogo spektra. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo* [Autism Spectrum Disorders. Scientific and Practical Guidance]. Moscow, Avtorskaya Akademiya, 2013. 264 p.
13. Banaschewski T., Poustka L., Holtmann M. Autism and ADHD across the life span: differential diagnoses or comorbidity? *Der Nervenarzt*. 2011; 82 (5): 573–581.
14. Kotte A., Joshi G., Fried R., Uchida M., Spencer A., Woodworth K.Y., Kenworthy T., Faraone S.V., Biederman J. Autistic traits in children with and without ADHD. *Pediatrics*. 2013; 132 (3): 612–622.
15. Barkley R.A. *Deti s vyzyvayushchim povedeniem. Klin. ruk-vo po obsledovaniyu rebenka i treningu roditel'ei. Per. s angl* [Children with Attitude Problems. Clinical Guideline in Child Diagnosis and Parent Training. Translated from English]. Moscow, Terevinf, 2011. 272 p.
16. Altin M., El-Shafei A.A., Yu M., Desai D., Treuer T., Zavadenko N.N., Gao H.Y. Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder: functional outcomes in children and adolescents from non-Western countries. *Drugs in Context. J. Interventions Clin. Pract.* 2013; 212–260: 1–12. Doi: 10.7573/dic.212260 www.drugsincontext.com (open access).
17. Riley A.W., Forrest C.B., Starfield B., Rebok G.W., Robertson J.A., Green B.F. The parent report form of the CHIP-child edition: reliability and validity. *Med. Care*. 2004; 42: 210–220.
18. Zavadenko N.N., Suvorinova N.Yu. *Zhurn. nevrolog. i psikiatrii im. S.S. Korsakova* — *S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry*. 2011; 111 (10): 28–32.
19. DuPaul G.J., Power T.J., Anastopoulos A.D., Reid R. ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretations. *New York: Guilford*. 1998. 80 p.
20. 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.