

УДК 616.89-008.48-053.2

СУВОРИНОВА Наталья Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Автор 50 научных публикаций

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 300 научных публикаций, в т. ч. 4 монографии

КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

В статье рассматривается проблема коморбидных расстройств при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), которые встречаются не менее чем у 70 % пациентов и приводят к дополнительным сложностям внутрисемейной, школьной и социальной адаптации. У детей и подростков с СДВГ часто встречаются оппозиционно-вызывающее расстройство поведения, различные формы тревожных расстройств, тики, ночной энурез. Лечение СДВГ должно быть достаточно продолжительным и планироваться на основании оценки как основных симптомов СДВГ, так и проявлений коморбидных расстройств. При выборе фармакотерапии следует отдавать предпочтение тем препаратам, которые при назначении в виде монотерапии могут оказать положительное действие как на проявления СДВГ, так и на сопутствующие эмоциональные, поведенческие и другие нарушения. С этих позиций рассматриваются особенности терапевтического действия при СДВГ атомоксетина гидрохлорида, адаптола, тенотена детского.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, коморбидность, диагностика, фармакотерапия.

Дополнительные сложности внутрисемейной, школьной и социальной адаптации у детей с СДВГ могут быть связаны с формированием сопутствующих нарушений, которые развиваются на фоне СДВГ как основного заболевания не менее чем у 70 % пациентов [1, 4, 13]. Наличие коморбидных расстройств может приводить к утяжелению клинических проявлений СДВГ, ухудшению отдаленного прогноза и снижению эффективности основной терапии по поводу СДВГ. Сопутствующие СДВГ нарушения поведения и эмоциональные расстройства

рассматриваются в качестве неблагоприятных прогностических факторов для длительного, вплоть до хронического, течения СДВГ.

Соответственно, проблемы в обучении, поведении и эмоциональной сфере могут быть связаны как с непосредственным влиянием СДВГ, так и коморбидных расстройств, которые необходимо своевременно диагностировать и расценивать как показания для соответствующего лечения. В качестве возможных причин сочетаний СДВГ с другими расстройствами рассматриваются [12]: существование близких

клинических проявлений, а также общих факторов риска, в т. ч. механизмов генетической предрасположенности; в основе нескольких заболеваний могут лежать нарушения регуляции одних и тех же нейробиологических систем; риск развития одного заболевания может увеличиваться при наличии другого; в процессе течения заболевания возможно формирование различных фенотипических (клинических) проявления в разные возрастные периоды.

Коморбидные расстройства при СДВГ представлены следующими группами [4]: экстернализированные (оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройство поведения), интернализированные (тревожные расстройства, расстройства настроения), когнитивные (нарушения развития речи, специфические трудности обучения – дислексия, дисграфия, дискалькулия), двигательные (статико-локомоторная недостаточность, диспраксия развития, тики). Другими сопутствующими СДВГ расстройствами могут быть нарушения сна (парасомнии), энурез, энкопрез.

Вопросы коморбидности СДВГ рассматриваются в тексте комментариев к диагностическим критериям СДВГ по DSM-V [14]. В них отмечается, что оппозиционно-вызывающее расстройство поведения наблюдается примерно у 50 % детей с комбинированным вариантом СДВГ и у 25 % – с СДВГ с преобладанием невнимательности. Расстройство поведения встречается примерно у 25 % подростков с комбинированным вариантом СДВГ. Синдрому часто сопутствуют специфические трудности школьного обучения. Реже при СДВГ встречаются тревожные и депрессивные расстройства, но частота их встречаемости у детей с синдромом значительно выше, чем в общей популяции. У некоторых взрослых пациентов с СДВГ также имеется интермиттирующее эксплозивное расстройство, и частота его встречаемости также превышает популяционные показатели. Кроме того, у взрослых лиц с СДВГ могут наблюдаться антисоциальное и другие расстройства личности. Среди других коморбидных расстройств при СДВГ могут присутствовать обсессивно-

компульсивное расстройство, тикозные расстройства [6], расстройства аутистического спектра.

Нами проведено исследование экстернализированных и интернализированных коморбидных расстройств в группе из 76 пациентов с СДВГ (59 мальчиков и 17 девочек) в возрасте от 5 до 11 лет, наблюдавшихся в амбулаторных условиях [4]. Доля случаев «чистого» СДВГ, не сопровождавшегося данными коморбидными расстройствами, составила 30,3 %, при этом существенных различий по данному показателю между мальчиками и девочками не прослеживалось (30,5 и 29,4 % соответственно).

Среди диагностированных коморбидных расстройств в обследованной группе пациентов наиболее распространенными оказались оппозиционно-вызывающее расстройство поведения (43,4 %) и различные формы тревожных расстройств (39,5 %). Значительно чаще, чем среди детского населения в целом в обследованной группе детей с СДВГ встречались тики (9,2 %), ночной энурез (17,1 %) и энкопрез (5,3 %). Тики были простыми моторными и/или вокальными, характеризовались длительным течением. Энурез в большинстве случаев имел форму первичного ночного энуреза. Всего коморбидные расстройства выявлены у 53 из 76 обследованных детей с СДВГ, т. е. в 69,7 % случаев. Из них у 28 пациентов (36,8 %) отмечалось одно коморбидное расстройство, у 18 (23,7 %) – два, у 6 (7,9 %) – три и у одного (1,3 %) – четыре коморбидных расстройства.

Других нарушений, которые по данным литературы могут сопутствовать СДВГ, в т. ч. асоциальных расстройств поведения и депрессивных нарушений, у наших пациентов не было выявлено. Последнее может объясняться двумя обстоятельствами: 1) дети с СДВГ, вошедшие в изучаемую группу, обследовались в амбулаторных условиях, а не в стационаре; 2) частота встречаемости сопутствующих асоциальных расстройств поведения и депрессивных расстройств у пациентов с СДВГ увеличивается с наступлением пубертатного периода, тогда как возраст наших пациентов составлял от 5 до 11 лет [4].

В обследованной группе детей с СДВГ 5–11 лет с наиболее высокой частотой отмечались оппозиционно-вызывающее расстройство поведения и тревожные расстройства, однако по-возрастная динамика частоты их встречаемости оказалась различной (см. *таблицу*). Тревожные расстройства были распределены относительно равномерно среди пациентов разного возраста и выявлялись примерно в 40 % случаев. Что касается оппозиционно-вызывающего расстройства поведения, то в возрастных группах 5-6 и 7-8 лет оно отмечалось у 31,6 и 25,9 % обследованных соответственно, т. е. менее чем у одной трети детей с СДВГ. Однако в самой старшей группе 9-11-летних частота его встречаемости возросла до 66,7 %.

Тревожные расстройства отмечались в обследованной группе пациентов у 23 мальчиков (39,0 %) и 7 девочек (41,2 %). Среди мальчиков с СДВГ чаще всего наблюдалось обсессивно-компульсивное расстройство (28,8 % случаев), тогда как у девочек оно диагностировалось реже (11,8 %). С другой стороны, девочки с СДВГ гораздо чаще, чем мальчики страдали генерализованным тревожным расстройством (23,5 против 6,8 %) и специфическими (простыми) фобиями (23,5 против 10,2 %). В отдельных случаях у детей с СДВГ встречались также социальная фобия, посттравматическое стрессовое расстройство, тревожное расстрой-

ство в связи с разлукой. Сочетание нескольких форм тревожных расстройств имело место у 9 пациентов с СДВГ (6 мальчиков, 3 девочки). Следует подчеркнуть, что во всех этих случаях развитие симптоматики тревожных расстройств происходило на фоне клинических проявлений СДВГ, отмечавшихся на протяжении достаточно длительного времени.

По данным литературы, тревожные расстройства отмечаются в качестве коморбидных у многих пациентов с СДВГ: в 25-33 % случаев по сравнению с 6-10 % среди детского населения, или в 2,1–4,3 раза чаще [11, 17]. У детей и подростков с СДВГ чаще всего встречается генерализованное тревожное расстройство детского возраста, за которым следуют социальное и сепарационное тревожные расстройства; у дошкольников и младших школьников с СДВГ нередко наблюдаются простые и специфические фобии. При этом у одного пациента с СДВГ может быть выявлено более одной формы тревожных расстройств. Показано, что при СДВГ в сочетании с тревожными расстройствами наблюдается более выраженная клиническая симптоматика, чем в случаях каждого из заболеваний в отдельности, а также более значительные нарушения адаптации, социально-психологического функционирования и трудности школьного обучения [8, 19, 20].

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ С СДВГ, %**

Вид расстройства	Возрастные группы пациентов			Всего
	5-6 лет	7-8 лет	9-11 лет	
Оппозиционно-вызывающее расстройство поведения	31,6	25,9	66,7	43,4
Тревожные расстройства	47,4	33,3	40,0	39,5
Тики	10,5	11,1	6,7	9,2
Энурез ночной	31,6	7,4	16,7	17,1
Энкопрез	5,3	3,7	6,7	5,3
Коморбидных расстройств не обнаружено	31,6	44,4	16,7	30,3

Примечание: суммарные процентные показатели для каждого столбца превышают 100 %, т. к. у ряда пациентов наблюдалось по два и более коморбидных расстройства.

Высказывалось предположение о том, что наличие тревожного расстройства видоизменяет основные симптомы СДВГ, в частности приводит к снижению уровня импульсивности (трудностей торможения импульсивных реакций в условиях психологического тестирования) [19]. Между тем, снижение импульсивности при СДВГ в сочетании с тревожным расстройством если и имеет место, то обычно сопровождается ухудшением показателей внимания и рабочей памяти [17].

В недавно проведенном исследовании оценивалось влияние сопутствующих тревожных расстройств на способность детей с СДВГ к саморегуляции поведения [16]. С этой целью с помощью опросника для оценки поведения и управляющих функций проводилось анкетирование родителей 4-х групп детей: страдающих СДВГ в сочетании с тревожным расстройством, только СДВГ, только тревожным расстройством, группы контроля – детей, не имеющих вышеперечисленных диагнозов. Согласно полученным результатам, имеющиеся симптомы тревожного расстройства не способствуют уменьшению характерных для СДВГ нарушений самоконтроля и поведенческого торможения, которые оказались наиболее значительными в первой группе. Одновременно у детей всех трех групп с клиническими диагнозами были подтверждены сходные нарушения способности к переключению внимания, контроля эмоций и рабочей памяти. Таким образом, трудности регуляции поведения у пациентов с СДВГ усиливаются при коморбидных тревожных расстройствах.

Предложены следующие объяснения коморбидности СДВГ с тревожными расстройствами [17]: 1) формирование тревоги связано с постоянными неудачами, социально-психологической несостоятельностью пациентов с СДВГ; 2) нарушения внимания развиваются вторично на фоне повышенного уровня тревоги; 3) две формы расстройств имеют различную этиологию (в т. ч. детерминируются разными генами), но могут развиваться одновременно; 4) сочетание СДВГ и тревожного расстройства может представлять особое, пока не классифицированное

расстройство со своеобразными этиологией (особым сочетанием генов), течением и ответом на терапию.

Как отмечают исследователи, сопутствующее оппозиционно-вызывающее расстройство поведения наблюдается примерно у 40 % пациентов с СДВГ и оказывает существенное влияние на клиническое течение и прогноз [13]. Сочетание СДВГ с оппозиционно-вызывающим расстройством нередко рассматривают как особый «агрессивный подтип СДВГ». Для этих детей характерны более выраженные нарушения речевого развития и когнитивных функций. Они более агрессивны, чаще попадают в дорожно-транспортные происшествия и несчастные случаи, им хуже помогает лекарственная терапия по сравнению с детьми, у которых имеется только СДВГ или только оппозиционно-вызывающее расстройство. В подростковом возрасте у них может формироваться социализированное расстройство поведения, характеризующееся жестокостью и склонностью к нарушениям общественного порядка [13]. Поэтому специалистам, наблюдающим детей с СДВГ, необходимо проявлять особую настороженность в отношении своевременной диагностики и коррекции оппозиционно-вызывающего расстройства поведения, нередко сопутствующего СДВГ в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Сопутствующие СДВГ расстройства представляют серьезную проблему. Они должны быть вовремя диагностированы, поскольку их поздние выявления и несвоевременная терапия часто служат предикторами неблагоприятной возрастной динамики СДВГ в подростковом и молодом взрослом возрасте, нарастания трудностей социальной адаптации пациентов. Кроме того, случаи СДВГ с коморбидными расстройствами требуют специальных подходов к лечению.

Лечение СДВГ должно быть достаточно продолжительным и планироваться на основании оценки как основных симптомов СДВГ, так и проявлений коморбидных расстройств. К эффективным средствам лекарственной терапии СДВГ,

которые при назначении в виде монотерапии длительными курсами оказывают положительное действие одновременно на симптомы СДВГ и коморбидных расстройств, относятся атомоксетина гидрохлорид (страттера), препараты ноотропного ряда (пантогам, фенибут, ноофен, тенотен детский), небензодиазепиновые транквилизаторы (адаптол).

Для лечения тревожных расстройств применяются препараты, относящиеся к группам транквилизаторов и антидепрессантов. Однако многие из них вызывают нежелательные эффекты, что ограничивает их применение при СДВГ. Между тем, показана высокая эффективность монотерапии атомоксетином гидрохлоридом при СДВГ в сочетании с тревожными расстройствами [7, 11]. В ходе двойного слепого исследования D. Geller и соавт. [11] обследовали 176 пациентов 8-17 лет, которые были рандомизированы на две группы. В течение 12 недель первая группа получала терапию атомоксетином, вторая – плацебо. На фоне лечения атомоксетином отмечен не только значительный регресс симптомов СДВГ, но также проявлений тревожных расстройств, оценивавшихся по специальным шкалам как врачами, так и самими пациентами. В других работах показана эффективность атомоксетина в случаях сочетаний СДВГ с деструктивным поведением, тиками, энурезом [3].

В нашем исследовании оценивалось терапевтическое действие адаптола, назначавшегося в виде монотерапии детям и подросткам с СДВГ в сочетании с тревожными расстройствами [3]. Группа из 22 пациентов с СДВГ (19 мальчиков, 3 девочки) в возрасте от 7 до 15 лет обследована в динамике в ходе курсов лечения адаптолом, назначавшихся в амбулаторных условиях в течение 2-3 месяцев. Критериями включения в исследование были: подтвержденный диагноз СДВГ (F 90 по МКБ 10 [8]); сочетание СДВГ с тревожным расстройством (тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте – F93.0; фобическое тревожное расстройство детского возраста – F93.1; социальное тревожное расстройство детского

возраста – F93.2; генерализованное тревожное расстройство детского возраста – F93.8).

Адаптол (2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазибицикло (3,3,0) октандион-3,7) относится к небензодиазепиновым транквилизаторам, оказывает анксиолитическое, вегетостабилизирующее действие, одновременно обладает ноотропными свойствами и практически не вызывает побочных эффектов [2]. По химическому строению близок к метаболитам организма: молекула активного вещества состоит из двух метилированных фрагментов мочевины, входящих в состав бициклической структуры. Адаптол влияет на активность структур, входящих в лимбико-ретикулярный комплекс, в частности на эмоциогенные зоны гипоталамуса, а также оказывает действие на основные нейромедиаторные системы: ГАМК-, холин-, серотонин- и адренергическую, способствуя их сбалансированности и интеграции. Как показали эксперименты, адаптол оказывает основное влияние на катехоламинергическую систему, при этом сочетает свойства дофаминпозитивного средства и своеобразного агониста-антагониста адренергической системы.

Адаптол назначался в виде монотерапии, перорально, в форме таблеток по 500 мг, в суточной дозе 750-1500 мг (25-35 мг/кг), в 2 приема, после еды. В начале лечения проводилось постепенное наращивание суточной дозы в течение 7-14 дней. Продолжительность терапии определялась индивидуально в зависимости от клинической динамики и составила от 1 до 3 мес. У 8 пациентов она составила 2 мес., у 9 – 3 мес. Лишь у 5 пациентов курс адаптола был завершен через 1 мес. от начала его приема по желанию родителей, которые расценили лечение как недостаточно эффективное.

Значимый регресс симптомов СДВГ, определявшийся по снижению общего балла по шкале СДВГ [10] более чем на 25 %, был отмечен у 16 из 22 пациентов. При этом у 8 пациентов данный положительный эффект терапии адаптолом был достигнут через 1 мес. лечения, у 6 пациентов – через 2 мес. и у 2 – через 3 мес. Таким образом, в 50 % случаев для существенного

уменьшения выраженности симптомов СДВГ потребовалась продолжительность терапии адаптолом 2-3 мес.

Прослеживалась следующая динамика двух групп основных симптомов СДВГ: уже в течение 1-го месяца лечение приводило к достоверному регрессу симптомов гиперактивности и импульсивности, в дальнейшем этот эффект становился еще более выраженным. Клинические проявления нарушений внимания существенно уменьшались чуть позднее – на 2-3-й мес. приема адаптола.

Динамика симптомов тревожности оценивалась по шкале детской тревожности SCAS [18], исходя из данных анкетирования родителей и самих пациентов (суммарные баллы). По оценкам родителей, выраженность симптомов тревожности у обследованных детей и подростков достоверно уменьшалась уже через 1 мес. лечения и в дальнейшем продолжала поступательно снижаться в течение 2-го и 3-го мес. терапии. Согласно результатам оценки тревожности самими пациентами, ее уменьшение отмечалось через 2 и 3 мес. лечения адаптолом. Как показало проведенное обследование, многие родители не были полностью осведомлены о наличии у своих детей с СДВГ проявлений тревожных расстройств, о чем свидетельствовали более высокие оценки выраженности соответствующих симптомов при анкетировании пациентов с СДВГ по сравнению с результатами анкетирования их родителей.

Наряду с симптомами СДВГ и тревожности у включенных в исследование пациентов оказались достаточно выраженными проявления оппозиционно-вызывающего расстройства поведения. Поэтому особенно значимым представляется регресс поведенческих нарушений, оценивавшихся по шкале деструктивного поведения [1], который проявился уже через 1 мес. лечения и далее становился достоверным через 2 и 3 мес. терапии адаптолом. Одновременно достигалось улучшение показателей социально-психологического функционирования, оценивавшихся по шкале функциональных нарушений WFIRS-P [21]: через 2 мес. – уменьшение трудностей

в таких сферах, как учеба и школа, базовые жизненные навыки, общение и социальная активность, а также поведение, сопряженное с риском, через 3 мес. – улучшение внутрисемейной ситуации.

Новым препаратом, обладающим терапевтическим потенциалом при лечении СДВГ, является тенотен детский, который содержит сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белку S-100. Семейство этого белка включает более 20 членов и составляет большую подгруппу Ca²⁺-связывающих белков, экспрессия которых может изменяться при ряде психоневрологических заболеваний. Этот белок является одним из регуляторов интегративной деятельности мозга и участвует в синаптических процессах. Белок S-100 участвует в базовых функциях нервных клеток: проведении нервного импульса, делении и росте нейронов, энергетическом обмене. Воздействие тенотена через ГАМК-ергический комплекс приводит к противотревожному эффекту с активизирующим влиянием. В результате регулирующего влияния тенотена на белок S-100 нормализуется уровень моноаминов (дофамина, норадреналина, серотонина) в различных отделах головного мозга [9].

Тенотен оказывает противотревожное действие, не вызывая гипногенного и миорелаксантного эффектов, улучшает переносимость психоэмоциональных нагрузок, обладает стресс-протекторным, ноотропным, антиамнестическим, противогипоксическим, нейропротекторным, антиастеническим, антидепрессивным действием. Продemonстрирована эффективность тенотена детского при лечении тревожности, тиков, головных болей напряжения, синдрома вегетативной дистонии, СДВГ [5, 9]. Нами проведено двойное слепое плацебоконтролируемое рандомизированное исследование с целью оценки клинической эффективности терапии СДВГ тенотеном детским [5]. В исследование было включено 50 пациентов с СДВГ (38 мальчиков, 12 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет. Из них 25 пациентов были рандомизированы в группу тенотена детского,

25 – в группу плацебо. Установлено, что тенотен детский обладает достоверным положительным эффектом при лечении СДВГ (с комбинированным типом и умеренной степенью тяжести) у детей: назначение препарата в дозировке 2 таблетки 2 раза в день в течение 12 недель приводило к существенному уменьшению выраженности симптомов СДВГ по сравнению с группой плацебо. Терапевтический эффект тенотена детского по сравнению с плацебо достигался через 1 мес. от начала терапии и затем продолжал увеличиваться на протяжении следующих двух месяцев лечения.

При оценке клинических проявлений с помощью пересмотренной шкалы Коннерса [20] эффект тенотена детского превосходил эффект плацебо по всем подразделам данной шкалы. Наиболее выраженным в группе детей, получавших тенотен детский, было снижение за 3 мес. терапии гиперактивности – на 41,9 %. В группе плацебо данный показатель уменьшился на 25,5 %. Одновременно в группе детей, получавших тенотен детский наблюдалась

более значительная редукция проявлений по шкалам оппозиционного поведения (на 28,6 против 18,6 % в группе получавших плацебо) и когнитивных нарушений (на 27,8 против 11,4 %).

Таким образом, усилия специалистов должны быть направлены на раннее выявление у детей СДВГ, а также коморбидных расстройств. Проблемы в обучении, поведении и эмоциональной сфере могут быть связаны как с непосредственным влиянием СДВГ, так и с коморбидными расстройствами, которые должны быть своевременно диагностированы и расцениваться как показания для соответствующего лечения. Определение тактики лечения осуществляется индивидуально, с учетом степени выраженности основных симптомов СДВГ и наличия коморбидных расстройств. При выборе средств фармакотерапии следует отдавать предпочтение тем препаратам, которые при назначении в виде монотерапии оказывают положительное действие как на основные проявления СДВГ, так и на сопутствующие эмоциональные, поведенческие и другие нарушения.

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. Громов Л.А., Дудко Е.Т. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы // Вестн. фармакол. и фармац. 2003. № 10. С. 11–17.
3. Заваденко Н.Н., Соломасова А.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью в сочетании с тревожными расстройствами: возможности фармакотерапии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112, № 8. С. 44–48.
4. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107, № 7. С. 39–44.
5. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: поиск оптимальных подходов к диагностике и лечению // Эффективная фармакотерапия в неврологии и психиатрии. 2010. № 4. С. 34–39.
6. Клинико-психофизиологическая характеристика детей подростков с хроническими тиками / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Е.А. Яковенко и др. // Вестн. Сев. (Арктич.) федер. ун-та. Сер.: Мед.-биол. науки. 2013. № 1. С. 91–99.
7. Коморбидные тревожные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью / Л.С. Чутко, К.А. Айбеков, О.В. Лапшина и др. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 3. С. 49–52.
8. МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994. 208 с.
9. Ретюнский К.Ю., Петренко Т.С. Поиск новых возможностей эффективной и безопасной терапии гиперкинетического расстройства у детей // Акад. журн. Зап. Сибири. 2010. № 2. С. 13–16.

-
10. 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.
 11. Atomoxetine Treatment for Pediatric Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Comorbid Anxiety Disorder / D. Geller, C. Donnelly, F. Lopez et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2007. Vol. 46(9). P. 1119–1127.
 12. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders: Issues of Overlapping Symptoms / S. Milberger, J. Biederman, S.V. Faraone et al. // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152(12). P. 1793–1799.
 13. Barkley R.A. Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd ed. N. Y., 2005. 770 p.
 14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-V). American Psychiatric Association. Washington, 2013. 947 p.
 15. Impact of Anxiety Disorders on Attentional Functions in Children with ADHD / T.D. Vloet, K. Konrad, B. Herpertz-Dahlmann et al. // J. Affect. Disord. 2010. Vol. 124(3). P. 283–290.
 16. Is Behavioral Regulation in Children With ADHD Aggravated by Comorbid Anxiety Disorder? / L. Sörensen, K.J. Plessen, J. Nicholas, A.J. Lundervold // J. Atten. Disord. 2011. Vol. 15(1). P. 56–66.
 17. Jarrett M.A., Ollendick T.H. A Conceptual Review of the Comorbidity of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Anxiety: Implications for Future Research and Practice // Clinical Psychology Review. 2008. Vol. 28(7). P. 1266–1280.
 18. Spence S.H., Barrett P.M., Turner C.M. Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with Young Adolescents // J. Anxiety Disord. 2003. Vol. 17 (6). P. 605–625.
 19. Tannock R. Attention-deficit/Hyperactivity Disorder with Anxiety Disorders // Attention-deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults / ed. by T.E. Brown. Washington, 2000. P. 125–170.
 20. The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity / C.K. Conners, G. Sitarenios, J.D. Parker, J.N. Epstein // J. Abnorm. Child Psychol. 1998. 26(4). P. 257–268.
 21. 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. Gromov L.A., Dudko E.T. "Tipichnye" i "atipichnye" trankvilizatory ["Typical" and "Atypical" Tranquilizers]. *Vestnik farmakologii i farmatsii*, 2003, no. 10, pp. 11–17.
3. Zavadenko N.N., Solomasova A.A. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu v sochetanii s trevozhnymi rasstroystvami: vozmozhnosti farmakoterapii [Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Anxiety Disorders: Pharmacotherapy Options]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2012, vol. 112, no. 8, pp. 44–48.
4. Zavadenko N.N., Suvorinova N.Yu. Komorbidnye rasstroystva pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu u detey [Disorders Comorbid to Attention Deficit Hyperactivity Syndrome in Children]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2007, vol. 107, no. 7, pp. 39–44.
5. Zavadenko N.N., Suvorinova N.Yu. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu: poisk optimal'nykh podkhodov k diagnostike i lecheniyu [Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Searching for the Best Approaches to Diagnosis and Treatment]. *Effektivnaya farmakoterapiya v nevrologii i psikiatrii*, 2010, no. 4, pp. 34–39.
6. Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Yakovenko E.A., et al. Kliniko-psikhofiziologicheskaya kharakteristika detey podrostkov s khronicheskimi tikami [Clinical and Psychophysiological Characteristics of Children and Adolescents with Chronic Tics]. *Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federalnogo universiteta. Ser.: Mediko-biologicheskie nauki*, 2013, no. 1, pp. 91–99.
7. Chutko L.S., Aybekov K.A., Lapshina O.V., et al. Komorbidnye trevozhnye rasstroystva pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Comorbid Anxiety Disorders in ADHD Children]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2008, vol. 108, no. 3, pp. 49–52.
8. MKB-10 – *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr)*. *Klassifikatsiya psikhicheskikh i*

povedencheskikh rasstroystv. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii [ICD-10 – 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.

9. Retyunskiy K. Yu., Petrenko T. S. Poisk novykh vozmozhnostey effektivnoy i bezopasnoy terapii giperkineticheskogo rasstroystva u detey [Searching for New Ways of Safe and Efficient Treatment for Hyperkinetic Disorder in Children]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri*, 2010, no. 2, pp. 13–16.

10. DuPaul G.J., Power T.J., Anastopoulos A.D., Reid R. *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretations*. N. Y., 1998. 80 p.

11. Geller D., Donnelly C., Lopez F., et al. Atomoxetine Treatment for Pediatric Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Comorbid Anxiety Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2007, vol. 46 (9), pp. 1119–1127.

12. Milberger S., Biederman J., Faraone S.V., et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders: Issues of Overlapping Symptoms. *Am. J. Psychiatry*, 1995, vol. 152 (12), pp. 1793–1799.

13. Barkley R.A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 3rd ed. N. Y., 2005. 770 p.

14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-V). American Psychiatric Association. Washington, 2013. 947 p.

15. Vloet T.D., Konrad K., Herpertz-Dahlmann B., et al. Impact of Anxiety Disorders on Attentional Functions in Children with ADHD. *J. Affect. Disord.*, 2010, vol. 124 (3), pp. 283–290.

16. Sørensen L., Plessen K.J., Nicholas J., Lundervold A.J. Is Behavioral Regulation in Children with ADHD Aggravated by Comorbid Anxiety Disorder? *J. Atten. Disord.*, 2011, vol. 15 (1), pp. 56–66.

17. Jarrett M.A., Ollendick T.H. A Conceptual Review of the Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Anxiety: Implications for Future Research and Practice. *Clinical Psychology Review*, 2008, vol. 28 (7), pp. 1266–1280.

18. Spence S.H., Barrett P.M., Turner C.M. Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with Young Adolescents. *J. Anxiety Disord.*, 2003, vol. 17 (6), pp. 605–625.

19. Tannock R. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Anxiety Disorders. *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*. Ed. by Brown T.E. Washington, 2000, pp. 125–170.

20. Conners C.K., Sitarenios G., Parker J.D., Epstein J.N. The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 1998, vol. 26 (4), pp. 257–268.

21. 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.

Suvorinova Natalya Yuryevna

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

Zavadenko Nikolay Nikolaevich

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

CONDITIONS COMORBID TO ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

The paper dwells on conditions comorbid to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), which are observed in at least 70 % of patients and lead to additional problems in family life, school education and psychosocial adaptation. Such comorbid disorders as oppositional defiant disorder, different anxiety disorders, tics and nocturnal enuresis may be present in many children and adolescents suffering from ADHD. The treatment of ADHD should be long enough and be planned taking into account both the core ADHD symptoms and comorbid disorders. When choosing pharmacotherapy, preference should

be given to the medicines having as monotherapy a positive effect on both the core symptoms of ADHD and comorbid emotional, behavioral and other disorders. From this point of view, we considered the therapeutic action of atomoxetine hydrochloride, adaptol and tenoten.

Keywords: *attention deficit hyperactivity disorder, comorbidity, diagnosis, pharmacotherapy.*

Контактная информация:

Суворинова Наталья Юрьевна

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

e-mail: suvorinovan@mail.ru

Заваденко Николай Николаевич

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

e-mail: zavadenko@mail.ru

Рецензент – *Чутко Л.С.* доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией коррекции психического развития и адаптации, руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека имени Н.П. Бехтеревой РАН (г. Санкт-Петербург)