

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ – ИЗУЧЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Л.К. Шайдукова, Е.А. Анохина

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Казань*

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является актуальной медицинской и социальной проблемой и часто оказывается в центре внимания исследователей. Тем не менее обзор современной зарубежной литературы по этой тематике ставит больше вопросов, чем дает однозначных ответов. В связи с этим, несмотря на то что СДВГ относится к числу наиболее тщательно изученных заболеваний в медицине, необходимо его дальнейшее исследование. В настоящем сообщении речь пойдет об эпидемиологическом и гендерном, этиопатогенетическом, клинико-диагностическом, возрастном, коморбидном и терапевтическом аспектах СДВГ.

Эпидемиологический аспект

Распространенность данного заболевания во всем мире составляет 5,29% [1]. Стоит отметить, что показатели распространенности значительно варьируют в зависимости от страны, региона, методов изучения [2]. Согласно недавнему исследованию здоровья детей и подростков, которые имели зафиксированный хотя бы единожды диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности», процент диагнозов увеличился с 6,1% в 1997 г. до 10,2% в 2016 г. Репрезентативное датское исследование, основанное на данных, зарегистрированных с 1995 по 2010 г., показало, что заболеваемость СДВГ увеличилась примерно в 12 раз [3], и это может быть объяснено либо избыточной диагностикой синдрома, либо его действительным ростом в двенадцатикратном размере.

Основной массив исследований сегодня направлен на оценку гипердиагностики СДВГ. Действительно, не существует «золотого стандарта» СДВГ, как и лабораторного теста, подтверждающего данный диагноз. В исследовании L. Kazda

и соавт. [4] были приведены убедительные доказательства гипердиагностики СДВГ, что искажает показатели его распространенности и влияет на показатель чрезмерного лечения у детей и подростков. Вместе с тем, несмотря на наличие данной рубрики в психиатрической части Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), востребованность синдрома в структуре дополнительного психиатрического диагноза невелика.

Гендерный аспект

Некоторые исследования достоверно демонстрируют отсутствие влияния гендерного фактора на заболеваемость, хотя СДВГ чаще диагностируют у мальчиков. Объясняется это преобладанием у них гиперактивной формы СДВГ и более поздним пубертатом [5], тогда как у женщин с установленным диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивности» в клинической картине преобладает невнимательность [6].

Гендерный сдвиг проявляется в соотношении полов – оно уменьшилось с 7,5:1 до 3:1 у детей младшего школьного возраста и с 8,1:1 до 1,6:1 у подростков [7], что вызвано улучшением осведомленности о симптомах СДВГ у девочек. Сложность диагностики СДВГ у женщин связывают с наличием коморбидных состояний и большим атипизмом клиники расстройства по сравнению с традиционными мужскими симптомами [8].

Этиопатогенетический аспект

Этиология и патогенез СДВГ изучены недостаточно. Отмечается связь с генетическим фактором: братья и сестры пациентов с СДВГ имеют в 5 раз больший риск развития данного расстройства по сравнению с общим населением [9]. Помимо гене-

тической теории существуют и другие – нейровизуализационная и нейрокогнитивная, свидетельствующие о многофакторности развития СДВГ [10].

В формировании СДВГ принимают участие антенатальные и интранатальные повреждающие механизмы. Большую роль играют недоношенность, переношенность, гидроцефалия и внутриутробная гипотрофия. У детей с СДВГ имеет место отягощенный акушерский анамнез. Была также обнаружена положительная корреляция между СДВГ и употреблением алкоголя и/или сигарет во время беременности [11].

В последние десятилетия для изучения структуры и функций мозга у людей с СДВГ широко используется нейровизуализация. Так, было выявлено, что у некоторых пациентов с СДВГ присутствуют анатомические изменения в лобных долях, базальных ганглиях и мозолистом теле [12]. Область нейровизуализационных исследований СДВГ продолжает расширяться и усложняться, однако они еще не стали клинически значимыми, являясь дополнительным материалом к клиническим данным [13]. Недавние научные работы отмечают, что ряд взрослых пациентов с симптомами СДВГ не имели их в детстве, и это может указывать на возможность приобретения СДВГ либо недостаточную диагностику на ранних этапах [14]. До сих пор неясны преферентные отношения генетически-врожденного и экзогенно-приобретенного характера СДВГ.

Клинико-диагностический аспект

В России данное заболевание диагностируют согласно МКБ-10 в рамках гиперкинетических расстройств (F90) [15]. В соответствии с классификацией для диагностики СДВГ должны быть подтверждены не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 3 проявлений гиперактивности и хотя бы одно проявление импульсивности. В МКБ-11 СДВГ относится к нейроонтогенетическим расстройствам [16], а в DSM-5 помещен в главу «Расстройства развития нервной системы» [17].

Общий подход к диагностике включает всестороннее интервьюирование родителей/опекунов ребенка, оценку психического состояния, неврологического статуса, когнитивных способностей пациента, а также использование шкал оценки СДВГ. У детей с СДВГ выявляются низкие показатели концентрации внимания, резкие перепады в скорости выполнения тестов, нарастание числа ошибок, повышенный уровень агрессии и тревожности, эмоциональная неустойчивость [18].

Еще одно важное проявление данного синдрома в детстве – нарушение регуляции эмоций (не включено в критерии DSM-5). По оценкам, от 50 до 75% детей с СДВГ имеют симптомы нарушения регуляции эмоций: раздражительность, вспыльчивость, выражение неуместных положительных эмоций [19].

СДВГ часто связывают с таким нарушением, как вялый когнитивный темп (*sluggish cognitive tempo*, SCT), характеризующийся низким уровнем энергии, сонливостью и рассеянностью. По мнению специалистов, SCT-профиль встречается у 39–59% (взрослых) людей с этим синдромом. Вопрос о том, является ли SCT особенностью клинической картины СДВГ или представляет собой иное, не связанное с ним расстройство, которому присущи симптомы невнимательности, остается нерешенным [20].

Возрастной аспект

Возрастной аспект, несомненно, представляет важность при исследовании проблематики СДВГ. При постановке диагноза врач сталкивается со сложностью оценки невнимательности, гиперактивности и импульсивности у детей-дошкольников, поскольку определенная степень этих проявлений – норма для данного возраста [21]. У детей заболевание выражается непослушанием, агрессивным поведением, а также речевыми нарушениями [22].

Согласно последним исследованиям, пик СДВГ приходится на младший школьный возраст, однако заболевание обнаруживается еще во младенчестве, эволюционирует и сохраняется у подростков и взрослых [23]. Данный синдром также считается одним из наиболее распространенных психических расстройств у взрослых [24]. Частота подтверждения диагноза «синдром дефицита внимания и гиперактивности» у взрослых повышает вероятность того, что полная клиническая картина СДВГ может проявляться на разных стадиях развития, и большинство взрослых пациентов с симптомами СДВГ не имели их в детстве [25]. Атипизм клиники прослеживается как в детском возрасте, так и на последующих стадиях развития симптоматики.

Диагностика СДВГ во взрослом возрасте сложна [26]. Критерии DSM-5 ориентированы на детей и подростков и не принимают во внимание возможность наличия синдрома у взрослых пациентов. Диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности» у взрослых требует доказательства того, что симптомы появились до 12 лет. Получение ретроспективных данных является одной из самых больших проблем в диагностике СДВГ. Важные

диагностические критерии, такие как поведение в школе, дома или в группах сверстников, часто искажаются – существует проблема «недоверности подтверждения».

Кроме того, взрослые с СДВГ могут с годами приспособиться и выработать достаточно эффективные навыки копинга-совладания, однако такие пациенты, как правило, испытывают трудности с планированием, сном, мотивацией. СДВГ значительно ухудшает многие аспекты жизни, приводя к безработице, неудачному браку, преступности [27]. Использование скрининговой «Шкалы самооценки взрослых для выявления СДВГ» (Adult Self-Report Scale, ASRS) помогает клиницисту быстро выявлять взрослых пациентов, которым требуется всесторонняя оценка для диагностики [28].

Коморбидный аспект

Коморбидная патология широко распространена при СДВГ [6]: до 50% детей имеет одно дополнительное расстройство – депрессию, биполярное аффективное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство. Отмечено, что большая роль принадлежит генетическому фактору. При использовании графика K-SADS была выявлена повышенная частота СДВГ у детей, родители которых имели психические расстройства [29].

Сопутствующие заболевания чаще выявляются у детей старшего возраста с СДВГ – это связано с возникновением определенных психических расстройств в более позднем возрасте. Метаанализы коморбидной патологии показали, что от 20 до 30% детей с СДВГ имеют специфическую неспособность к обучению [30], 15–50% – нарушение чтения, 26–41% – легкую умственную отсталость [31].

Расстройства аутистического спектра, которые больше не являются критерием исключения для СДВГ, отмечаются у 70–85% детей [32]. Частые неврологические сопутствующие заболевания включают мигрень (примерно в 3 раза чаще при СДВГ), эпилепсию (в 2,3–3 раза чаще у детей с СДВГ) [33, 34]. Симптомы данного синдрома также присутствуют при некоторых заболеваниях с хорошо известными генетическими дефектами, обычно не связанными с СДВГ [35].

Согласно критериям DSM-5, коморбидность с СДВГ была обнаружена у 7–32% субъектов при использовании веществ, вызывающих привыкание [36]. Распространенность СДВГ при расстройствах, связанных с алкоголем, составляла от 4 до 14%. Пациенты с СДВГ имеют также повышенный риск суицидального поведения [37]. Одно из исследо-

ваний показало, что студенты с СДВГ с большей частотой употребляют психоактивные вещества в течение года, а также имеют более выраженные симптомы депрессии, чем студенты без СДВГ [38].

Некоторые авторы отмечают, что у людей с диагнозом «обсессивно-компульсивное расстройство» и коморбидным СДВГ более выраженные нарушения, чем у пациентов с другими сопутствующими состояниями. СДВГ и тревожные расстройства относятся к числу наиболее распространенных психических расстройств с высокой коморбидностью друг с другом. Тревожные расстройства могут существенно изменить симптомы, прогноз и лечение СДВГ. В подростковом возрасте генерализованное тревожное расстройство может ухудшить память, а во взрослом возрасте – усугубить проблемы со сном [39]. Результаты исследования L.J. Farrell и соавт. [40] показали, что данному контингенту пациентов требуется более интенсивная когнитивно-поведенческая терапия.

Выделяются два подхода к исследованию вопросов коморбидности: 1) выявление СДВГ у лиц с психиатрическим диагнозом; 2) выявление психиатрического диагноза у лиц с установленным СДВГ. Данный синдром часто диагностируется как сопутствующий у взрослых с депрессивным расстройством (9,4%), дистимией (22,6%), биполярным аффективным расстройством (21,2%) и генерализованным тревожным расстройством (11,9%). Среди респондентов с СДВГ распространенность большого депрессивного расстройства составила 18,6%, дистимии – 12,8%, биполярного аффективного расстройства – 19,4%, генерализованного тревожного расстройства – 8,0% [41].

СДВГ и биполярное аффективное расстройство также обладают высоким уровнем коморбидности [42]. Практически у 20% пациентов с биполярным расстройством встречается СДВГ, однако симптомы СДВГ часто принимают за проявления биполярного аффективного расстройства, что приводит к ошибкам в диагностике, а в дальнейшем и к неэффективному лечению [43]. Выявлено, что в основе биполярного аффективного расстройства и СДВГ лежат разные нейронные механизмы развития [44].

Клиницисты руководствуются критериями диагностики МКБ-10 и DSM-5, согласно которым СДВГ является диагнозом исключения и не должен применяться, если поведение пациента может быть объяснено другими психическими нарушениями, например психотическими, аффективными, тревожными расстройствами, употреблением психоактивных веществ [45].

Высокая частота совпадения симптомов СДВГ с коморбидной патологией, частая связь со злоупотреблением психоактивных веществ, несомненно, затрудняют диагностику [46, 47], поэтому СДВГ нередко упускается из виду у пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. «Тест непрерывной работы» (Continuous Performance Test, CPT) служит эффективным помощником в дифференциальной диагностике этих состояний [48].

Терапевтический аспект

Несмотря на обилие публикаций, диагностика и лечение СДВГ представляют для клиницистов непростую задачу [49]. Данный синдром характеризуется гетерогенностью проявлений из-за наличия различных подтипов. Часто клиническая картина заболевания стирается сопутствующими заболеваниями, коморбидными расстройствами [50], недостаточно выраженными симптомами.

Исследование Л.А. Adler и соавт. [51] ставит вопрос о важности непрерывного ведения СДВГ в течение всей жизни пациента – от рождения до старости – по аналогии с лечением других хронических заболеваний [52]. Подчеркивается, что ранняя и адекватная диагностика и лечение СДВГ имеют большое значение для предотвращения и профилактики аддиктивных расстройств.

Для детей младше 6 лет в качестве терапии выбора является поведенческая, при этом препараты назначают только в том случае, если функциональные нарушения после пробной поведенческой терапии продолжают или если данная терапия

недоступна. Для детей школьного и подросткового возраста рекомендуется медикаментозное лечение и/или поведенческая терапия, желателен в комбинации [53]. Однако по-прежнему существуют неоднозначные мнения по поводу концепций медикаментозного лечения [54].

Около двух третей диагностированных в детстве расстройств (СДВГ) сохраняются во взрослом возрасте [55]. В стадии полной «ремиссии» находятся около 50% пациентов с СДВГ, 35% демонстрируют отдельные проявления данного синдрома, и только у 15% сохраняется клиническая картина [56]. Это является одной из причин гиподиагностики во взрослом возрасте – взрослый контингент потенциальных пациентов крайне редко обращается за психотерапевтической и медикаментозной помощью, что обусловлено в том числе и специфической анозогнозией, непризнанием патологии, отнесением ее к внешним психологическим причинам.

Заключение

Таким образом, политематичность исследований СДВГ указывает на достаточную разработанность данной проблематики. Тем не менее ее противоречивость в различных научных источниках, сам факт наличия большого количества разнородных факторов, представленных в современной литературе, расхождение в оценке эпидемиологического, гендерного, этиопатогенетического, клинко-диагностического, возрастного, коморбидного и терапевтического аспектов доказывают необходимость дальнейшего его изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Polanczyk G., de Lima M.S., Horta B.L. et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis // *Am. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 164, No 6. P. 942–948. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
2. Das D., Cherbuin N., Anstey K.J., Eastal S. ADHD symptoms and cognitive abilities in the midlife cohort of the PATH through life study // *J. Atten. Disord.* 2015. Vol. 19, No 5. P. 414–424. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054712460887>
3. Xu G., Strathearn L., Liu B. et al. Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997–2016 // *JAMA Netw. Open*. 2018. Vol. 3, No 4. P. e181471. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1471>
4. Kazda L., Bell K., Thomas R. et al. Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review // *JAMA Netw. Open*. 2021. Vol. 4, No 4. P. e5335. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5335>
5. Biederman J., Kwon A., Aleardi M. et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects // *Am. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 162, No 6. P. 1083–1089. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1083>
6. Hinshaw S.P., Nguyen P.T., O'Grady S.M., Rosenthal E.A. Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions // *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2022. Vol. 63, No 4. P. 484–496. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
7. Steinhausen H.C., Döpfner M., Schubert I. Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung [Time Trends in the Frequencies of ADHD and Stimulant Medication] // *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* 2016. Vol. 44, No 4. P. 275–284. (In German.) DOI: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000432>
8. Fraticelli S., Caratelli G., De Berardis D. et al. Gender differences in attention deficit hyperactivity disorder: an update of the current evidence // *Rev. Psichiatr.* 2022. Vol. 57, No 4. P. 159–164. DOI: <https://doi.org/10.1708/3855.38380>
9. Balogh L., Pulay A.J., Réthelyi J.M. Genetics in the ADHD Clinic: How Can Genetic Testing Support the Current Clinical Practice? // *Front. Psychol.* 2022. Vol. 8, No 13. P. e751041. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.751041>
10. Faraone S.V., Asherson Ph., Banaschewski T., Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder // *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2015. Vol. 1. P. 15020. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
11. Firouzabadi F.D., Ramezanpour S., Firouzabadi M.D. et al. Neuroimaging in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Recent Advances // *AJR Am. J. Roentgenol.* 2022. Vol. 218, No 2. P. 321–332. DOI: <https://doi.org/10.2214/AJR.21.26316>

12. Pereira-Sanchez V., Castellanos F.X. Neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2021. Vol. 34, No 2. P. 105–111. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000669>
13. Moffitt T.E., Houts R., Asherson P. et al. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study // *Am. J. Psychiatry*. 2015. Vol. 172, No 10. P. 967–977. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). Ростов н/Д: Феникс, 1999. 334 с.
15. World Health Organisation. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (дата обращения: 03.11.2022).
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5TM. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата обращения: 03.11.2023).
17. Zinov'eva O., Rogovina E., Tyrinova E. Attention deficit hyperactivity disorder in children // *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014. Vol. 6, No 1. P. 4–8. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-1-4-8>
18. Shaw P., Stringaris A., Nigg J., Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder // *Am. J. Psychiatry*. 2014. Vol. 171, No 3. P. 276–293. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
19. Becker S.P., Leopold D.R., Burns G.L. et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2016. Vol. 55, No 3. P. 163–178. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>
20. Wigal S.B., Wigal T.L. Special Considerations in Diagnosing and Treating Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // *CNS Spectr.* 2007. Vol. 12, No S9. P. 1–16. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1092852900026092>
21. Owens J.A., Maxim R., Nobile C. et al. Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2000. Vol. 154, No 6. P. 549–555. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.6.549>
22. Sibley M.H., Mitchell J.T., Becker S.P. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies // *Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, No 12. P. 1157–1165. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30190-0)
23. Song P., Zha M., Yang Q. et al. Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis // *J. Glob. Health*. 2021. Vol. 11. P. e04009. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
24. Mulraney M., Arrondo G., Musullulu H. et al. Systematic Review and Meta-analysis: Screening Tools for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2022. Vol. 61, No 8. P. 982–996. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.11.031>
25. Ginapp C.M., Macdonald-Gagnon G., Angarita G.A. et al. The lived experiences of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A rapid review of qualitative evidence // *Front. Psychiatry*. 2022. Vol. 11, No 13. P. e949321. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.949321>
26. Shaw M., Hodgkins P., Caci H. et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non- treatment // *BMC Med.* 2012. Vol. 10. P. 99. DOI: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99>
27. Anbarasan D., Kitchin M., Adler L.A. Screening for Adult ADHD // *Curr. Psychiatry Rep.* 2020. Vol. 23, No 12. P. 72. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9>
28. Banaschewski T., Becker K., Döpfner M. et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Current Overview // *Dtsch. Arztebl. Int.* 2017. Vol. 114. P. 149–159. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
29. Propper L., Sandstrom A., Rempel S. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and other neurodevelopmental disorders in offspring of parents with depression and bipolar disorder // *Psychol. Med.* 2021. Vol. 18. P. 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1017/S003291721001951>
30. DuPaul G.J., Gormley M.J., Laracy S.D. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment // *J. Learn Disabil.* 2013. Vol. 46, No 1. P. 43–51. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
31. Hässler F., Thome J. Intelligenzminderung und ADHS [Mental retardation and ADHD] // *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* 2012. Vol. 40, No 2. P. 83–93. (In German.) DOI: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000155>
32. Shaw P., Stringaris A., Nigg J., Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder // *Am. J. Psychiatry*. 2014. Vol. 171, No 3. P. 276–293. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
33. Socanski D., Aurlien D., Herigstad A. et al. Epilepsy in a large cohort of children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorders (ADHD) // *Seizure*. 2013. Vol. 22, No 8. P. 651–655. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.04.021>
34. Wang M., Zhao Q., Kang H., Zhu S. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with epilepsy // *Ir. J. Med. Sci.* 2020. Vol. 189, No 1. P. 305–313. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11845-019-02042-3>
35. Green T., Naylor P.E., Davies W. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in phenotypically similar neurogenetic conditions: Turner syndrome and the RASopathies // *J. Neurodev. Disord.* 2017. Vol. 9. P. 25. DOI: <https://doi.org/10.1186/s11689-017-9205-x>
36. Van de Glind G., Konstenius M., Koeter M.W. et al. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria // *Drug Alcohol Dependence*. 2014. Vol. 134. P. 158–166. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026>
37. Olsson P., Wiktorsson S., Strömsten L.M.J. et al. Attention deficit hyperactivity disorder in adults who present with self-harm: a comparative 6-month follow-up study // *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22, No 1. P. 428. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04057-0>
38. Mochrie K.D., Whited M.C., Cellucci T. et al. ADHD, depression, and substance abuse risk among beginning college students // *J. Am. Coll. Health*. 2020. Vol. 68, No 1. P. 6–10. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515754>
39. D'Agati E., Curatolo P., Mazzone L. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan // *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2019. Vol. 23, No 4. P. 238–244. DOI: <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
40. Farrell L.J., Lavell C., Baras E. et al. Clinical expression and treatment response among children with comorbid obsessive compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder // *J. Affect. Disord.* 2020. Vol. 266. P. 585–594. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.144>
41. Kessler R.C., Adler L., Barkley R. et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication // *Am. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 163, No 4. P. 716–723. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.2006.163.4.716>
42. Schiweck C., Arteaga-Henriquez G., Aichholzer M. et al. Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2021. Vol. 124. P. 100–123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.017>
43. Salvi V., Ribuoli E., Servasi M. et al. ADHD and Bipolar Disorder in Adulthood: Clinical and Treatment Implications // *Medicina (Kaunas)*. 2021. Vol. 57, No 5. P. 466. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina57050466>
44. Carruthers S., Michelini G., Kitsune V. et al. Early neurophysiological stimulus processing during a performance-monitoring task differentiates women with bipolar disorder from women with ADHD // *Psychiatry Res.* 2021. Vol. 303. P. e114088. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114088>

45. Drechsler R., Brem S., Brandeis D. et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents // *Neuropediatrics*. 2020. Vol. 51, No 5. P. 315–335. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
46. Dirks H., Scherbaum N., Kis B., Mette C. ADHS im Erwachsenenalter und substanz bezogene Störungen – Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte [ADHD in Adults and Comorbid Substance Use Disorder: Prevalence, Clinical Diagnostics and Integrated Therapy] // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2017. Vol. 85, No 6. P. 336–344. (In German.) DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-100763>
47. Ohlmeier M.D., Peters K., Te Wildt B.T. et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) // *Alcohol Alcohol.* 2008. Vol. 43, No 3. P. 300–304. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn014>
48. Slobodin O., Blankers M., Kapitány-Fövény M. et al. Differential Diagnosis in Patients with Substance Use Disorder and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Using Continuous Performance Test // *Eur. Addict. Res.* 2020. Vol. 26, No 3. P. 151–162. DOI: <https://doi.org/10.1159/000506334>
49. Grabemann M. *Methoden. Das Essener Interview zurschulzeitbezogenen Biografiebeidulter ADHS.* Springer, 2016. P. 43–48. (In German.)
50. Mao A.R., Findling R.L. Comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a practical guide to diagnosis in primary care // *Postgrad. Med.* 2014. Vol. 126, No 5. P. 42–51. DOI: <https://doi.org/10.3810/pgm.2014.09.2799>
51. Adler L.A. Clinical presentations of adult patients with ADHD // *J. Clin. Psychiatry.* 2004. Vol. 65, Suppl. 3. P. 8–11. PMID: 15046529
52. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2007. Vol. 46, No 7. P. 894–921. DOI: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>
53. Danielson M.L., Holbrook J.R., Bitsko R.H. et al. State-Level Estimates of the Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Treatment Among U.S Children and Adolescents, 2016 to 2019 // *J. Atten. Disord.* 2022. Vol. 26, No 13. P. 1685–1697. DOI: <https://doi.org/10.1177/10870547221099961>
54. Drechsler R., Brem S., Brandeis D. et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents // *Europediatrics*. 2020. Vol. 51, No 5. P. 315–335. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
55. Lara C., Fayyad J., de Graaf R. et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative // *Biol. Psychiatry.* 2009. Vol. 65, No 1. P. 46–54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005>
56. Faraone S.V., Biederman J., Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies // *Psychol. Med.* 2006. Vol. 36, No 2. P. 159–165. DOI: <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>

REFERENCES

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942–8. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.2007.164.6.942>
2. Das D, Cherbuin N, Anstey KJ, Eastal S. ADHD symptoms and cognitive abilities in the midlife cohort of the PATH through life study. *J Atten Disord.* 2015;19(5):414–24. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054712460887>
3. Xu G, Strathearn L, Liu B, et al. Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997–2016. *JAMA Netw Open.* 2018;3(4):e181471. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1471>
4. Kazda L, Bell K, Thomas R, et al. Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA. Netw Open.* 2021;4(4):5335. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5335>
5. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry.* 2005;162(6):1083–9. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1083>
6. Hinshaw SP, Nguyen PT, O’Grady SM, Rosenthal EA. Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *J Child Psychol Psychiatr.* 2022;63(4):484–96. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
7. Steinhausen HC, Döpfner M, Schubert I. Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeits defizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung [Time Trends in the Frequencies of ADHD and Stimulant Medication]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2016;44(4):275–84. (In German.) DOI: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000432>
8. Fraticelli S, Caratelli G, De Berardis D, et al. Gender differences in attention deficit hyperactivity disorder: an update of the current evidence. *Rev Psichiatr.* 2022;57(4):159–64. DOI: <https://doi.org/10.1708/3855.38380>
9. Balogh L, Pulay AJ, Réthelyi JM. Genetics in the ADHD Clinic: How Can Genetic Testing Support the Current Clinical Practice? *Front Psychol.* 2022;8(13):e751041. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.751041>
10. Faraone SV, Asherson Ph, Banaschewski T, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2015;1:15020. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
11. Firouzabadi FD, Ramezanpour S, Firouzabadi MD, et al. Neuroimaging in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Recent Advances. *AJR Am J Roentgenol.* 2022;218(2):321–32. DOI: <https://doi.org/10.2214/AJR.21.26316>
12. Pereira-Sanchez V, Castellanos FX. Neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2021;34(2):105–11. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCOP.0000000000000669>
13. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, et al. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry.* 2015;172(10):967–77. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
14. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). *Klass V: Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00–F99) (adaptirovannyi dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii).* Rostov n/D: Feniks; 1999. 334 p. (In Russ.)
15. World Health Organisation. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder. URL: <https://icd.who.int/browse11/m/en> (accessed on: 03.11.2022).
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5TM.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (accessed on: 03.11.2022).
17. Zinov’eva O, Rogovina E, Tyrinova E. Attention deficit hyperactivity disorder in children. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2014;6(1):4–8. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-1-4-8>
18. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):276–93. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
19. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(3):163–78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>
20. Wigal SB, Wigal TL. Special Considerations in Diagnosing and Treating Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(S9):1–16. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1092852900026092>
21. Owens JA, Maxim R, Nobile C, et al. Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(6):549–55. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.6.549>
22. Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(12):1157–65. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30190-0)

23. Song P, Zha M, Yang Q, et al. Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2021;11:04009. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
24. Mulraney M, Arrondo G, Musullulu H, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Screening Tools for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022;61(8):982–96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.11.031>
25. Ginapp CM, Macdonald-Gagnon G, Angarita GA, et al. The lived experiences of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A rapid review of qualitative evidence. *Front Psychiatry*. 2022;11(13):e949321. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.949321>
26. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med*. 2012;10:99. DOI: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99>
27. Anbarasan D, Kitchin M, Adler LA. Screening for Adult ADHD. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;23(12):72. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9>
28. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Current Overview. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114:149–59. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
29. Propper L, Sandstrom A, Rempel S, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and other neurodevelopmental disorders in offspring of parents with depression and bipolar disorder. *Psychol Med*. 2021;18:1–8. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291721001951>
30. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil*. 2013;46(1):43–51. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
31. Hässler F, Thome J. Intelligenzminderung und ADHS [Mental retardation and ADHD]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2012;40(2):83–93. (In German.) DOI: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000155>
32. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2014;171(3):276–93. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
33. Socanski D, Aurlien D, Herigstad A, et al. Epilepsy in a large cohort of children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorders (ADHD). *Seizure*. 2013;22(8):651–5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.04.021>
34. Wang M, Zhao Q, Kang H, Zhu S. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with epilepsy. *Ir J Med Sci*. 2020;189(1):305–13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11845-019-02042-3>
35. Green T, Naylor PE, Davies W. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in phenotypically similar neurogenetic conditions: Turner syndrome and the RASopathies. *J Neurodev Disord*. 2017;9:25. DOI: <https://doi.org/10.1186/s11689-017-9205-x>
36. Van de Glind G, Konstenius M, Koeter MW, et al. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug Alcohol Dependence*. 2014;134:158–66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026>
37. Olsson P, Wiktorsson S, Strömsten LMJ, et al. Attention deficit hyperactivity disorder in adults who present with self-harm: a comparative 6-month follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):428. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04057-0>
38. Mochrie KD, Whited MC, Cellucci T, et al. ADHD, depression, and substance abuse risk among beginning college students. *J Am Coll Health*. 2020;68(1):6–10. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515754>
39. D'Agati E, Curatolo P, Mazzone L. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2019;23(4):238–44. DOI: <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
40. Farrell LJ, Lavell C, Baras E, et al. Clinical expression and treatment response among children with comorbid obsessive compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 2020;266:585–94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.144>
41. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716–23. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
42. Schiweck C, Arteaga-Henriquez G, Aichholzer M, et al. Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;124:100–23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.017>
43. Salvi V, Ribuoli E, Servasi M, et al. ADHD and Bipolar Disorder in Adulthood: Clinical and Treatment Implications. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(5):466. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina57050466>
44. Carruthers S, Michelini G, Kitsune V, et al. Early neurophysiological stimulus processing during a performance-monitoring task differentiates women with bipolar disorder from women with ADHD. *Psychiatry Res*. 2021;303:e114088. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114088>
45. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315–35. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
46. Dirks H, Scherbaum N, Kis B, Mette C. ADHS im Erwachsenenalter und substanz bezogene Störungen – Prävalenz, Diagnostik und integrierte Behandlungskonzepte [ADHD in Adults and Comorbid Substance Use Disorder: Prevalence, Clinical Diagnostics and Integrated Therapy]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2017;85(6):336–44. (In German.) DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-100763>
47. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol*. 2008;43(3):300–4. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcac/agn014>
48. Slobodin O, Blankers M, Kapitány-Fövény M, et al. Differential Diagnosis in Patients with Substance Use Disorder and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Using Continuous Performance Test. *Eur Addict Res*. 2020;26(3):151–62. DOI: <https://doi.org/10.1159/000506334>
49. Grabemann M. Methoden. Das Essener Interview zur schulzeitbezogenen Biografie bei adulter ADHS. Springer; 2016. p. 43–8. (In German.)
50. Mao AR, Findling RL. Comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a practical guide to diagnosis in primary care. *Postgrad Med*. 2014;126(5):42–51. DOI: <https://doi.org/10.3810/pgm.2014.09.2799>
51. Adler LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 3):8–11. PMID: 15046529
52. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894–921. DOI: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>
53. Danielson ML, Holbrook JR, Bitsko RH, et al. State-Level Estimates of the Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016 to 2019. *J Atten Disord*. 2022;26(13):1685–97. DOI: <https://doi.org/10.1177/10870547221099961>
54. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315–35. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
55. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*. 2009;65(1):46–54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005>
56. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36(2):159–65. DOI: <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ – ИЗУЧЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Л.К. Шайдукова, Е.А. Анохина

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань

Краткий обзор проблематики синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) указывает на его неоднозначность: противоречивы данные показателей распространенности, что может быть связано либо с гиподиагностикой, либо с гипердиагностикой данной патологии; сомнительно влияние гендерного фактора на частоту СДВГ; неясно преферентное соотношение эндогенно-наследственного и экзогенного факторов; неопределены критерии СДВГ и дифференциация с нормативными показателями в дошкольном возрасте. Необходимо дальнейшее изучение воз-

растных аспектов. Возникают вопросы по клинике СДВГ в детском, подростковом и взрослом возрасте вследствие атипизма на всех перечисленных возрастных стадиях развития. Затрудняет оценку данного синдрома у взрослых частое наличие коморбидной патологии. Психотерапевтические мероприятия недостаточны вследствие гиподиагностики СДВГ у взрослого контингента пациентов.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, дети, подростки, взрослые, диагностика, лечение.

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) IS A WELL-STUDIED DISORDER REQUIRING FURTHER RESEARCH

LK Shaydukova, EA Anokhina

Kazan State Medical University, Kazan

A brief review of the problem of ADHD points to its ambiguity: the data on its prevalence are contradictory, which may be due to this pathology being either under-, or over-diagnosed; the influence of gender on the frequency of ADHD is dubious; the preferential ratio of endogenous-hereditary and exogenous factors is unclear; unclear criteria for ADHD and differentiation with normative indicators at preschool age. Aspects of age require further study. Questions emerge pertaining to the clinical presentation of ADHD in childhood,

adolescence and adulthood due to atypical features at all of the above-said stages of development. The frequent presence of comorbid pathology makes it difficult to assess this syndrome in adults. Psychotherapeutic interventions are lacking due to underdiagnosing ADHD in adults.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, children, adolescents, adults, diagnosis, treatment.

Шайдукова Лейла Казбековна – доктор медицинских наук, заслуженный врач Республики Татарстан, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Казань); e-mail: shaidukova@list.ru (автор для корреспонденции)

Анохина Елизавета Алексеевна – студентка ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» (Казань); e-mail: anokhina.0109.liza@gmail.com