Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2026, т. 126, №9, ч. 2, с. 126–135
https://doi.org/10.17116/jnevro2026126092126

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2026, vol. 126, no. 9, part 2, pp. 126–135
https://doi.org/10.17116/jnevro2026126092126

Резолюция Экспертного совета по дополнительной фармакотерапии гиперкинетических расстройств (синдром дефицита внимания и гиперактивности) у детей и подростков

© Олег Лонгинович Лапочкин[1], Валерий Петрович Зыков[2], Николай Николаевич Заваденко[3], Александр Владимирович Горюнов[4], Леонид Семенович Чутко[5], Александра Николаевна Бархатова[4], Евгений Владимирович Корень[6], Татьяна Анатольевна Куприянова[6], Анна Павловна Скоромец[5], Северин Вячеславович Гречаный[5], Юрий Евгеньевич Нестеровский[3], Анна Викторовна Горюнова[2], Ирина Борисовна Комарова[2], Михаил Валерьевич Бархатов[7], Алексей Валентинович Сулимов[8], Жужуна Мурмановна Цоцонава[9], Игорь Владимирович Макаров[10, 11]

[1]ГБУЗ МО «НИКИ детства Минздрава Московской области», Москва, Россия;
[2]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;
[3]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[4]ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия;
[5]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
[6]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия;
[7]ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России, Красноярск, Россия;
[8]ГАУЗ Свердловской области «Детская городская клиническая больница №9» Екатеринбург, Россия;
[9]ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия;
[10]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
[11]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Резюме

Шестнадцатого июля 2026 года в Москве в гибридном формате (очно/онлайн) состоялось заседание Экспертного совета, сформированного Национальной ассоциацией детских неврологов, посвященное проблеме дополнительной фармакотерапии гиперкинетических расстройств (F90 по МКБ-10, синдрома дефицита внимания и гиперактивности — СДВГ, 6A05 по МКБ-11) у детей и подростков. Экспертным советом рассмотрены доказательная база и клинический опыт применения препаратов, использующихся в российской практике за пределами международного стандарта первой линии, — с учетом требований системы оценки доказательств ЦЭККМП 2019 и в соответствии с действующим в Российской Федерации порядком разработки клинических рекомендаций, привязанных к рубрикам МКБ-10. По итогам оценки уровней доказательности сформирована стратификация препаратов: в Группу А (наилучшая доказательная база — двойное слепое РКИ с достигнутой первичной конечной точкой при СДВГ) включен препарат Проспекта. В Группу Б (препараты с ограниченной доказательной базой) включены Кортексин, Тенотен детский, Церебролизин, Семакс, Когитум, Магне B_6, Пантогам, Мексидол. Дополнительная фармакотерапия рассматривается исключительно в рамках мультидисциплинарного подхода, включающего психообразование и поведенческие вмешательства, и не заменяет атомоксетин при возможности его назначения.

Ключевые слова: *гиперкинетические расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ, дети, подростки, дополнительная фармакотерапия, клинические рекомендации, Проспекта, Кортексин, Тенотен детский, Церебролизин, Семакс, Когитум, Магне B_6, Пантогам, Мексидол.*

Информация об авторах:
Лапочкин О.Л. — https://orcid.org/0009-0001-7242-6073
Зыков В.П. — https://orcid.org/0000-0002-1401-5479
Заваденко Н.Н. — https://orcid.org/0000-0003-0103-7422
Горюнов А.В. — https://orcid.org/0000-0002-2851-8843
Чутко Л.С. — https://orcid.org/0000-0002-1065-9859
Бархатова А.Н. — https://orcid.org/0000-0003-3805-332X
Корень Е.В. — https://orcid.org/0009-0009-3240-7896
Куприянова Т.А. — https://orcid.org/0009-0006-3123-5543
Скоромец А.П. — https://orcid.org/0000-0001-7439-2690
Гречаный С.В. — https://orcid.org/0000-0001-5967-4315
Нестеровский Ю.Е. — https://orcid.org/0000-0002-4276-8400
Горюнова А.В. — https://orcid.org/0000-0002-9774-6575
Комарова И.Б. — https://orcid.org/0000-0003-0338-3767
Бархатов М.В. — https://orcid.org/0000-0001-6482-3792
Сулимов А.В. — https://orcid.org/0009 0007 6459 4978
Цоцонава Ж.М. — https://orcid.org/0000-0003-3275-5099
Макаров И.В. — https://orcid.org/0000-0003-0176-3846
Автор, ответственный за переписку: Лапочкин О.Л. — e-mail: ollapochkin@yandex.ru

Как цитировать:
Лапочкин О.Л., Зыков В.П., Заваденко Н.Н., Горюнов А.В., Чутко Л.С., Бархатова А.Н., Корень Е.В., Куприянова Т.А., Скоромец А.П., Гречаный С.В., Нестеровский Ю.Е., Горюнова А.В., Бархатов М.В., Комарова И.Б., Сулимов А.В., Цоцонава Ж.М., Макаров И.В. Резолюция Экспертного совета по дополнительной фармакотерапии гиперкинетических расстройств (синдром дефицита внимания и гиперактивности) у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2026;126(9-2):126–135. https://doi.org/10.17116/jnevro2026126092126

Expert Council resolution: adjunctive pharmacotherapy for hyperkinetic disorders (attention deficit hyperactivity disorder) in children and adolescents

© O.L. Lapochkin[1], V.P. Zykov[2], N.N. Zavadenko[3], A.V. Goryunov[4], L.S. Chutko[5], A.N. Barhatova[4], E.V. Koren[6], T.A. Kupriyanova[6], A.P. Skoromets[5], S.V. Grechany[5], Yu.E. Nesterovsky[3], A.V. Goryunova[2], I.B. Komarova[2], M.V. Barkhatov[7], A.V. Sulimov[8], Zh.M. Tsotsonava[9], I.V. Makarov [10, 11]

[1]Research Institute of Childhood, Moscow, Russia;
[2]Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;
[3]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;
[4]Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia;
[5]Saint Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia;
[6]V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia;
[7]Federal Siberian Scientific and Clinical Center, Krasnoyarsk, Russia;
[8]Children's City Clinical Hospital No. 9, Yekaterinburg, Russia;
[9]Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia;
[10]Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia;
[11]Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russia

Abstract

On July 16, 2026, the Expert Council of the National Association of Pediatric Neurologists convened in Moscow in a hybrid format. The Council reviewed adjunctive pharmacotherapy for hyperkinetic disorders (F90 according to ICD-10; Attention-deficit hyperactivity disorders, ADHD; 6A05 according to ICD-11) in children and adolescents, focusing on evidence and clinical experience with medications used In Russian practice beyond the international first-line standard. Using the 2019 CECCMP evidence evaluation system and the current procedure for developing clinical guidelines linked to ICD-10 categories in the Russian Federation, the Council stratified medications into two groups. Group A, with the strongest evidence base (double-blind randomized controlled trial with a primary endpoint achieved in ADHD), includes Prospekta. Group B, with a limited evidence base, includes Cortexin, Tenoten for children, Cerebrolysin, Semax, Cogitum, Magne B_6, Pantoham, and Mexidol. Adjunctive pharmacotherapy is recommended only as part of a multidisciplinary approach that includes psychoeducation and behavioral interventions. It is not a substitute for atomoxetine therapy for eligible patients.

Keywords: *hyperkinetic disorders, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, children, adolescents, adjunctive pharmacotherapy, clinical guidelines, Prospekta, Cortexin, Tenoten for children, Cerebrolysin, Semax, Cogitum, Magne B6, Pantoham, Mexidol.*

Information about the authors:
Lapochkin O.L. — https://orcid.org/0009-0001-7242-6073
Zykov V.P. — https://orcid.org/0000-0002-1401-5479
Zavadenko N.N. — https://orcid.org/0000-0003-0103-7422
Goryunov A.V. — https://orcid.org/0000-0002-2851-8843
Chutko L.S. — https://orcid.org/0000-0002-1065-9859
Barhatova A.N. — https://orcid.org/0000-0003-3805-332X
Koren E.V. — https://orcid.org/0009-0009-3240-7896
Kupriyanova T.A. — https://orcid.org/0009-0006-3123-5543
Skoromets A.P. — https://orcid.org/0000-0001-7439-2690
Grechany S.V. — https://orcid.org/0000-0001-5967-4315
Nesterovsky Yu.E. — https://orcid.org/0000-0002-4276-8400
Goryunova A.V. — https://orcid.org/0000-0002-9774-6575
Komarova I.B. — https://orcid.org/0000-0003-0338-3767
Barkhatov M.V. — https://orcid.org/0000-0001-6482-3792
Sulimov A.V. — https://orcid.org/0009 0007 6459 4978
Tsotsonava Zh.M. — https://orcid.org/0000-0003-3275-5099
Makarov I.V. — https://orcid.org/0000-0003-0176-3846
Corresponding author: Lapochkin O.L. — e-mail: ollapochkin@yandex.ru

To cite this article:
Lapochkin OL, Zykov VP, Zavadenko NN, Goryunov AV, Chutko LS, Barhatova AN, Koren EV, Kupriyanova TA, Skoromets AP, Grechany SV, Nesterovsky YuE, Goryunova AV, Komarova IB, Barkhatov MV, Sulimov AV, Tsotsonava ZhM, Makarov IV. Expert Council resolution: adjunctive pharmacotherapy for hyperkinetic disorders (attention deficit hyperactivity disorder) in children and adolescents. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2026;126(9-2):126–135. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro2026126092126

Гиперкинетические расстройства (F90 по МКБ-10) — в международной клинической терминологии и МКБ-11, обозначаемые как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ; attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD; 6A05 по МКБ-11), — остаются одним из наиболее распространенных нейропсихиатрических расстройств детского возраста (далее в тексте взаимозаменяемо — F90/СДВГ)[1]. По данным наиболее цитируемого систематического обзора и метаанализа R. Thomas и соавт. (2015) [1], включившего 175 исследований с более чем 1 млн участников, объединенная распространенность СДВГ у детей и подростков составляет 7,2% (95% ДИ 6,7—7,8%). Более поздний метаанализ Salari N. и соавт. (2023) [2] дает оценку 7,6% (95% ДИ 6,1—9,4%) у детей 3—12 лет и 5,6% (95% ДИ 4,0—7,8%) у подростков 12—18 лет. Заболевание оказывает существенное негативное влияние на академическое, социальное и семейное функционирование ребенка, ассоциировано с повышенным риском асоциального поведения, аддиктивных и аффективных расстройств в подростковом и взрослом возрасте (Faraone S.V. и соавт., 2021) [3].

Ключевой особенностью СДВГ, определяющей сложность терапии, является высокая частота коморбидных состояний: тревожные расстройства, оппозиционно-вызывающее расстройство, специфические расстройства развития учебных навыков, нарушения сна, тикозные расстройства, аффективная лабильность встречаются не менее чем у 70% пациентов с СДВГ (Зыков В.П. и соавт., 2026) [4]. Наличие коморбидностей значимо снижает эффективность любой монотерапии, что подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к выбору лекарственных средств.

По состоянию на 2026 год в Российской Федерации отсутствуют утвержденные Министерством здравоохранения актуальные клинические рекомендации по рубрике F90 по МКБ-10 «Гиперкинетические расстройства» (СДВГ) у детей. Действующие международные рекомендации Американской академии педиатрии (AAP, 2019) и Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (NICE NG87, обновление 2023) в качестве препаратов первой линии рассматривают психостимуляторы (метилфенидат, амфетамины) и атомоксетин (Wolraich M.L. и соавт., AAP, 2019 [5]; NICE NG87, 2019/2023 [6]). Их эффективность подтверждена крупнейшим сетевым метаанализом (Cortese S. и соавт., 2018) [7]: 133 РКИ, стандартизированная разница средних (SMD) метилфенидата −0,78, амфетаминов −1,02, атомоксетина −0,56. Однако в РФ метилфенидат и амфетамины включены в «Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ» (Список II, Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. №681) [8] и фактически не применяются при СДВГ в РФ.

Единственным препаратом первой линии, одобренным для применения у детей и подростков при СДВГ как в зарубежных странах, так и в России, является атомоксетин.

Одновременно в российской клинической практике сформировался значительный объем собственных данных о применении при СДВГ препаратов, не входящих в международные рекомендации первой линии: ноотропных, нейрометаболических, нейропептидных и иных средств. Доказательная база этих препаратов представлена преимущественно отечественными клиническими исследованиями различного уровня качества, включая двойные слепые плацебо-контролируемые РКИ по ряду позиций. Разработка проекта клинических рекомендаций Минздрава РФ по рубрике F90 МКБ-10 «Гиперкинетические расстройства» (СДВГ) у детей с включением раздела дополнительной фармакотерапии — с корректной оценкой уровней достоверности доказательств (УДД) и уровней убедительности рекомендаций (УУР) по системе ЦЭККМП 2019 — является первоочередной задачей профессионального сообщества и продолжением проведенного 19 марта 2026 г. Международного мультидисциплинарного консенсуса по терапии коморбидных состояний при СДВГ (Зыков В.П. и соавт., 2026) [4].

Организация мероприятия

Шестнадцатого июля 2026 года в Москве состоялось заседание Экспертного совета Национальной ассоциации детских неврологов на тему «Дополнительная фармакотерапия гиперкинетических расстройств (F90 по МКБ-10; синдрома дефицита внимания и гиперактивности) у детей и подростков» под председательством президента ассоциации, д.м.н., профессора В.П. Зыкова. В работе Совета приняли участие ведущие отечественные эксперты в области детской неврологии и психиатрии, главные внештатные детские специалисты-неврологи и психиатры ряда федеральных округов и субъектов Российской Федерации.

В цели мероприятия входило:

— рассмотреть актуальную доказательную базу дополнительных фармакологических средств, применяемых при СДВГ у детей и подростков в российской клинической практике;
— оценить соответствие имеющихся клинических данных критериям доказательности системы ЦЭККМП 2019 для включения препаратов в клинические рекомендации Минздрава РФ;
— выработать согласованную экспертную позицию о включении препаратов дополнительной фармакотерапии в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по рубрике F90 МКБ-10 «Гиперкинетические расстройства» (СДВГ) в детском возрасте с определением УУР и УДД.

[1]В Резолюции Экспертного совета применяется двойная терминологическая система, соответствующая действующему в РФ нормативному порядку. Первичным нозологическим обозначением является рубрика F90 «Гиперкинетические расстройства» МКБ-10, поскольку клинические рекомендации разрабатываются и утверждаются в привязке к кодам МКБ-10 (пункт 8 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ; приказ Минздрава России от 28.02.2019 №103н). Вторичным клиническим и исследовательским обозначением используется термин «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ; attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD), применяемый во всех действующих международных клинических руководствах и доказательных исследованиях (DSM-5-TR, МКБ-11 код 6A05, AAP 2019, NICE NG87, WFADHD 2021). Термины гиперкинетическое расстройство и СДВГ рассматриваются в настоящем документе как клинически эквивалентные в отношении ядерного нейроповеденческого фенотипа, что обосновывает правомерность использования международной доказательной базы по СДВГ при разработке клинических рекомендаций по рубрике F90 МКБ-10.

Методология оценки доказательств

Экспертным советом использованы «Методические рекомендации по проведению оценки научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава РФ (ЦЭККМП, 2019) с раздельными шкалами УДД и УУР для лечебных вмешательств. Согласно этой системе, УДД 1 требует систематического обзора нескольких РКИ надлежащего качества; УДД 2 — как минимум одного крупного РКИ надлежащего качества с достигнутой первичной конечной точкой; УДД 3 — нерандомизированных сравнительных исследований (в том числе с историческим или активным контролем); УДД 4 — несравнительных исследований, описания случаев; УДД 5 — мнения экспертов.

Уровень убедительности рекомендации (УУР) B требует данных исследований УДД 1—2 с последовательным направлением эффекта и клинической значимостью; **УУР C** допускает более низкий уровень методологии (УДД 3—4) при благоприятном профиле безопасности и клинически обоснованном показании.

Принципиальное методологическое уточнение. Если крупное РКИ не достигло заранее заявленной первичной конечной точки, оно не может служить основанием для УДД 2 и УУР B независимо от значимости вторичных исходов согласно системе ЦЭККМП 2019 и стандартной иерархии GRADE. Апелляция к вторичным исходам («клиническая тенденция», «значимость подшкал») в такой ситуации допустима только в поддержку УУР C при УДД 3.

Для стратификации препаратов дополнительной фармакотерапии Экспертным советом принят следующий принцип:

— **Группа А** — препараты, имеющие как минимум одно двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование, выполненное непосредственно при СДВГ, с достигнутой предзаявленной первичной конечной точкой. Рекомендуются в качестве вспомогательной терапии при неэффективности или непереносимости препаратов первой линии.

— **Группа Б** — препараты с ограниченной доказательной базой: РКИ с недостигнутой первичной конечной точкой; нерандомизированные сравнительные исследования; открытые контролируемые исследования; РКИ при коморбидных состояниях (не при СДВГ как основном диагнозе). Применение обосновано при ограниченном доступе к препаратам первой линии и/или при специфических коморбидных показаниях, с обязательным мониторингом эффективности по стандартизированным шкалам.

Общие положения

По итогам обсуждения члены Экспертного совета приняли следующие общие положения:

— Ни один из препаратов дополнительной фармакотерапии не заменяет психообразование и структурированные поведенческие вмешательства (Wolraich M.L. и соавт., AAP, 2019 [5]; NICE NG87, 2019/2023 [6]).

— Атомоксетин остается основным средством фармакотерапии СДВГ в РФ ввиду его включения в международные рекомендации и реальной доступности в амбулаторной сети; эффективность и безопасность у российской популяции подтверждена крупным РКИ (Martenyi F., Zavadenko N.N. и соавт., 2010 [9]; Зыков В.П. и соавт., 2025 [10]). У взрослых пациентов данные обновленного систематического обзора и метаанализа (Radonjić N.V., Bellato A., Coghill D. и соавт., 2023 [11]) подтверждают превосходство атомоксетина над плацебо (Hedges' g=−0,48, 95% ДИ −0,64...−0,33).

— Назначение любой фармакотерапии при СДВГ должно сопровождаться обязательным мониторингом эффективности с использованием стандартизированных валидированных шкал (SNAP-IV, VADPRS/VADTRS, шкала Коннерса, CGI-ADHD) не реже 1 раза в месяц.

— При формировании раздела дополнительной фармакотерапии применяется система оценки доказательств ЦЭККМП 2019 [12] с раздельным указанием УДД и УУР для каждой рекомендации. Нозологическая привязка раздела осуществляется к рубрике F90 МКБ-10 «Гиперкинетические расстройства» в соответствии с п. 8 ч. 1 ст. 37 ФЗ №323-ФЗ и приказом Минздрава России №103н [13].

— Дополнительная фармакотерапия рассматривается исключительно в контексте мультидисциплинарного комплексного подхода, включающего психообразование, поведенческие и психотерапевтические вмешательства (Sonuga-Barke E.J.S. и соавт., 2013 [14]; Daley D. и соавт., 2014 [15]).

Группа А — препараты для включения в клинические рекомендации при неэффективности или непереносимости препаратов первой линии.

1. Антитела к мозгоспецифическому белку S-100, аффинно очищенные, модифицированные (Проспекта)

Проспекта — биологический лекарственный препарат, содержащий модифицированные аффинно очищенные антитела к мозгоспецифическому белку S-100, стандартизированному согласно ОФС.1.7.0001 ГФ РФ XV. Механизм действия связан с модификацией функциональной активности белка S-100B и опосредованным воздействием на рецепторы ГАМК-B1A/B2, 5-HT2B/2C/3 и D3 (по данным доклинических исследований производителя); клиническая эффективность в отношении симптомов СДВГ подтверждена независимой первичной конечной точкой РКИ фазы III (см. ниже). Препарат зарегистрирован в Российской Федерации для применения у детей с 7 лет по показанию СДВГ (регистрационное удостоверение ЛП-№(001963)-(РГ-RU)).

Эксперты констатируют, что Проспекта располагает единственной среди рассматриваемых препаратов дополнительной фармакотерапии полной доказательной базой в виде РКИ с достигнутой первичной конечной точкой при СДВГ. В опубликованном многоцентровом двойном слепом плацебо-контролируемом РКИ фазы III (Заваденко Н.Н. и соавт., 2022 [16]) в 35 клинических центрах приняли участие 363 пациента в возрасте 7—12 лет; первичный критерий эффективности — доля пациентов с редукцией суммарного балла ADHD-RS-V ⩾25% — был достигнут: 55,9 против 43,3% в группе плацебо (p=0,0199). Значимыми оказались и ключевые вторичные критерии: снижение суммарного балла ADHD-RS-V (−10,2 против −8,1, разница 2,09 балла, p=0,0096); подшкала невнимательности (p=0,0063); шкала общего клинического впе-

чатления CGI-EI (6,9 против 8,0, p=0,0012). Профиль нежелательных явлений оказался сопоставим с плацебо (13,2 против 12,2%, p=0,87), серьезных нежелательных явлений зарегистрировано не было.

Ограничения, отмеченные Экспертным советом. Исследование выполнено с институциональным участием производителя; отсутствует независимая международная репликация.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение препарата Проспекта в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа А): применение по 1 таблетке для рассасывания 2 раза в сутки курсом 8 недель у детей от 7 лет с СДВГ, преимущественно при выраженности симптомов невнимательности, при недостаточной эффективности или непереносимости препаратов первой линии. **УУР В, УДД 2.**

Группа Б — препараты с ограниченной доказательной базой; применение при специфических коморбидных показаниях и/или ограниченном доступе к препаратам первой линии.

2. Полипептиды коры головного мозга скота (Кортексин)

Кортексин — нейропептидный препарат (комплекс полипептидов из коры головного мозга скота), обладающий нейротрофическим, нейропротективным и нейропластическим действием; взаимодействует с белками тубулина β5 и 14-3-3 α/β, модулирует дофаминергическую нейротрансмиссию в лобных структурах. Доказательная база при СДВГ представлена четырьмя клиническими исследованиями (суммарный n>650), выполненными преимущественно как нерандомизированные сравнительные с активным или пассивным контролем (Чутко Л.С. и соавт., 2009 [17]; n=163, 5—15 лет — улучшение у 72,3 против 57,8% в группе пирацетама); (Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., 2014 [18]; n=200, 7—9 лет — улучшение у 78,0%); (Зыков В.П. и соавт., 2018 [19]; n=635 (269 СДВГ), 8 центров — достоверное улучшение внимания, памяти, мышления, p<0,001); (Ларькина Е.В., Халецкая О.В., 2014 [20]; n=23 СДВГ+общее недоразвитие речи, сравнение по речевым тестам). Показан дифференцированный профиль эффективности: максимальный эффект — при СДВГ с преобладанием невнимательности (100%) и при комбинированном подтипе (80,4%), существенно менее выраженный — при гиперактивно-импульсивном подтипе (38,9%).

Ограничения. Отсутствует двойное слепое плацебо-контролируемое РКИ непосредственно при СДВГ; выборка при сравнении с атомоксетином (n=23) статистически недостаточна для доказательного вывода о превосходстве.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение Кортексина в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): курсовые внутримышечные инъекции (10 мг/сут №10, при массе тела<20 кг — 0,5 мг/кг) у детей 3—15 лет с СДВГ с преобладанием невнимательности и при комбинированном подтипе, особенно при наличии перинатального/резидуально-органического фона. **УУР С, УДД 3.**

3. Антитела к мозгоспецифическому белку S-100, аффинно очищенные (Тенотен детский)

Тенотен детский — биологический лекарственный препарат на основе технологически обработанных аффинно очищенных антител к мозгоспецифическому белку S-100 (стандартизация согласно ОФС.1.7.0001 ГФ РФ XV). Зарегистрирован в РФ (ЛП-N(000024)-(РГ-RU)), применяется у детей с 3 лет. Показания в общей характеристике лекарственного препарата: СДВГ, неврастения, специфические расстройства учебных навыков.

Доказательная база при основном диагнозе СДВГ включает двойное слепое плацебо-контролируемое РКИ (Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., 2010 [21]; n=50, 6—12 лет, 12 недель). Первичный критерий — доля пациентов с редукцией ADHD-RS-IV ⩾25% через 12 недель — составил 60 против 60% (не достигнут). Опубликованные результаты вторичных исходов демонстрируют превосходство активного лечения по шкале Коннерса (снижение общего балла −11,2 в группе Тенотен детский против −7,2 в группе плацебо, p<0,05 против плацебо; подшкала гиперактивности −41,9 против −25,5%, p<0,001). Достоверность превосходства препарата над плацебо по вторичным исходам зафиксирована также в англоязычной публикации (Kheyfets I., Chutko L. и соавт., 2010 [22]).

Дополнительные РКИ выполнены при коморбидных состояниях, но не при СДВГ как основном диагнозе: РКИ фазы III при специфических расстройствах учебных навыков (F81) — Заваденко Н.Н. и соавт., 2020 [23]; n=240, 10 центров, возраст 7—9 лет — первичный критерий достигнут (доля улучшения 85,1% против 69,0%, p<0,05). Диагноз включения — F81, не F90. — РКИ фазы III при тревожных расстройствах у детей — Заваденко Н.Н. и соавт., 2015 [24]; n=98, возраст 5—15 лет — значимое снижение балла шкалы SCAS, диагноз включения — тревожные расстройства (F93), не F90.

Нежелательные явления регистрировались с частотой, сопоставимой с плацебо; серьезных нежелательных явлений не зафиксировано.

Обоснование УУР/УДД. РКИ Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. 2010 г. при основном диагнозе СДВГ не достигло предзаявленной первичной конечной точки. Крупные РКИ препарата Тенотен детский относятся к другим нозологиям (F81, F93) и могут рассматриваться только в контексте применения препарата у пациентов с соответствующей коморбидностью. Согласно ЦЭККМП 2019, экстраполяция эффекта с одной нозологической рубрики на другую понижает уровень доказательности. Соответствующий уровень — УДД 3, УУР С.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение препарата Тенотен детский в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): применение по 2 таблетки для рассасывания 2 раза в сутки курсом 12 недель у детей 6—12 лет с СДВГ преимущественно при наличии коморбидных тревожных расстройств, нарушений поведения, специфических расстройств развития учебных навыков, а также при недостаточной эффективности или непереносимости препаратов первой линии. **УУР С, УДД 3.**

4. Комплекс пептидов из головного мозга свиньи (Церебролизин)

Церебролизин — гидролизат мозга свиньи, содержащий низкомолекулярные нейропептиды и аминокисло-

ты; обладает нейротрофическим, нейропротективным, нейропластическим и иммуномодулирующим действием. Доказательная база при СДВГ включает сравнительные исследования (Чутко Л.С., Яковенко Е.А., Сурушкина С.Ю. и соавт., 2016 [25]; Морозова Е.А., Морозов Д.В., 2008 [26]) и отчеты исследовательских коллективов. Особое клиническое значение — применение при резидуально-органической форме СДВГ, коморбидных нарушениях речевого развития и астеническом синдроме. Ни в одном исследовании не зафиксирована провокация эпилептиформной активности.

Ограничения. Отсутствуют двойные слепые плацебо-контролируемые РКИ при СДВГ; часть источников (материалы симпозиумов производителя, ведомственные отчеты) не индексируется в международных базах и не может рассматриваться как независимая доказательная база в терминологии ЦЭККМП 2019.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение Церебролизина в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): курсовое внутримышечное введение (0,1 мл/кг через день, №15) у детей 5—14 лет с СДВГ при перинатальной/резидуально-органической форме заболевания, при коморбидных нарушениях речевого развития или астеническом синдроме. **УУР С, УДД 3.**

5. Метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин (Семакс)

Семакс — синтетический гептапептид, аналог фрагмента АКТГ(4—10), лишенный гормональной активности (АТХ N06BX). Механизм действия связан с модуляцией дофаминергической и глутаматергической передачи, влиянием на D2-рецепторы префронтальной коры и экспрессию генов нейротрофических факторов (BDNF, NGF); прямое проникновение в мозговую ткань обеспечивается интраназальным путем введения через обонятельные нервы. Зарегистрирован в РФ (регистрационный номер ЛС-002553) с официальным показанием «СДВГ у детей с 7 лет».

Доказательная база включает клинические исследования с контрольными группами: (Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., 2000 [27]; отчет РГМУ, n=156 (40 — Семакс, 54 — пирацетам, 62 — контроль), 5—14 лет — эффект у 50% против 48% против 10%; достоверное улучшение слухо-речевой памяти с превосходством над пирацетамом; положительная ЭЭГ-динамика); (Студеникин В.М., 2016 [28]; обзор данных НЦЗД РАМН, n=28, 9—15 лет — внимание p<0,01, память p<0,001, восприятие p<0,01 в сравнении с глицином); (Козловская Г.В. и соавт., 2000 [29]; отчет НЦПЗ РАМН, n=50, 2,5—5 лет — достоверное снижение нарушений внимания и агрессии). Дополнительно нейробиологические механизмы подтверждены доклиническими данными по нормализации дофаминергической и глутаматергической передачи в префронтальной коре.

Ограничения. Отсутствуют современные плацебо-контролируемые РКИ; часть источников представлена ведомственными отчетами.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение Семакса в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): интраназально в дозе 5—12 мкг/кг в 2 приема, курс 30 дней, у детей 7—14 лет с СДВГ с преобладанием нарушений внимания и когнитивным дефицитом при недоступности или непереносимости препаратов первой линии. **УУР С, УДД 3.**

6. Ацетиламиноянтарная кислота (Когитум)

Когитум — ацетиласпартат калия, синтетический аналог N-ацетиласпартата (NAA) — нейроспецифического соединения, участвующего в созревании миелина, функционировании глутаматергической системы и организации нейрональных сетей. Уникальная клиническая ниша препарата определяется подтвержденным профилем безопасности при субклинической эпилептиформной активности ЭЭГ, что имеет особое значение для педиатрической практики (по эпидемиологическим данным, субклиническая эпилептиформная активность выявляется у 8—15% детей с СДВГ).

Нерандомизированное сравнительное исследование по двум ЭЭГ-подгруппам (Бобылова М.Ю., 2022 [30]; n=249 детей с СДВГ без ДЦП и без клинических приступов, с наличием и без субклинической эпилептиформной активности ЭЭГ) продемонстрировало наибольшую эффективность Когитума в отношении внимания, памяти и речевого развития; нарастания эпилептиформной активности и появления клинических приступов не выявлено ни в одном случае. Данные Горюновой А.В. и соавт. (Горюнова А.В. и соавт., 2019 [31]) подтверждают улучшение вербальной памяти на 22%, объема внимания на 43%, снижение числа ошибок на 34%.

Ограничения. Отсутствуют плацебо-контролируемые РКИ при СДВГ.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение Когитума в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): применение у детей в возрасте от 7 до 10 лет: 250 мг/сут, по 1 ампуле внутрь, однократно утром; у детей и подростков в возрасте от 10 до 18 лет: 500 мг/сут, по 2 ампулы внутрь, однократно утром, в том числе при наличии субклинической эпилептиформной активности на ЭЭГ, астенического синдрома и нарушений речевого развития. **УУР С, УДД 3.**

7. Магний+пиридоксин (Магне B_6)

Комбинация магния с пиридоксином (витамин B_6) — патогенетически обоснованное нутрицевтическое вмешательство при СДВГ. Магний является физиологическим блокатором NMDA-рецепторов, участвует в синтезе катехоламинов и модулирует ГАМК-ергическую передачу; пиридоксаль-5'-фосфат — незаменимый кофактор декарбоксилаз, участвующих в синтезе дофамина, серотонина и ГАМК.

Данные о дефиците магния при СДВГ. Метаанализ обсервационных исследований Effatpanah M. и соавт., 2019 [32] обнаружил, что у пациентов с СДВГ сывороточная концентрация магния в среднем на 0,105 ммоль/л ниже контроля (95% ДИ −0,188...−0,022; p=0,013) при высокой гетерогенности (I^2=96,2%).

Клиническая доказательная база включает четыре исследования, в том числе три с контрольными группами: Mousain-Bosc M. и соавт., 2006; n=40, Mg 6 мг/кг/сут + B_6 0,6 мг/кг/сут, ⩾8 недель — снижение гиперактивности и агрессии с возвратом симптомов при отмене препарата [33], Ноговицина О.Р.,

Левитина Е.В., 2006, n=51, 6—12 лет — снижение суммарного балла по Ахенбаху, p<0,001; нормализация ЭЭГ у 86%; рост эритроцитарного Mg^{2+} 1,40→2,18 ммоль/л, p<0,001 [34]; Starobrat-Hermelin B., Kozielec T., 1997, n=75, 9—12 лет, Mg 200 мг/сут, 6 мес — снижение гиперактивности по Коннерсу [35]; Kozielec T., Starobrat-Hermelin B., 1997 — оценка дефицита магния у детей с СДВГ (n=116) [36].

Дополнительно рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование добавления магния и витамина D_3 (Hemamy M. и соавт., 2021 [37]; n=66) продемонстрировало значимое улучшение поведения и снижение суммарных трудностей по шкале SDQ; отдельный вклад магния и витамина D в исследовании не разделяется, что является ограничением при интерпретации.

Ограничения. Большинство исследований — открытые, небольшой выборки, с гетерогенной методологией измерения магния; отсутствует крупное самостоятельное плацебо-контролируемое РКИ Магне B_6 непосредственно при СДВГ.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение комбинации магний+пиридоксин (Магне B_6) в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): детям 6—17 лет **с СДВГ** при наличии клинических признаков нейрональной гипервозбудимости (гиперактивность, импульсивность, эмоциональная лабильность, нарушения сна) и/или лабораторно подтвержденного дефицита магния (<0,8 ммоль/л) рекомендуется назначение комбинации магния и пиридоксина в дозе 10—30 мг/кг/сут по элементарному магнию внутрь, разделенной на 2—3 приема, курсом 8—12 недель. **УУР С, УДД 3.**

8. Гопантеновая кислота (кальция гопантенат) — Пантогам

Пантогам — оригинальный отечественный ноотропный препарат, гомолог пантотеновой кислоты, в котором β-аланин заменен γ-аминомасляной кислотой (ГАМК). Обладает ноотропным, умеренным седативным, антиконвульсантным и нейропротективным действием за счет прямого взаимодействия с ГАМК-В-рецепторами и нейромодулирующего влияния на дофаминергическую и холинергическую системы. Зарегистрирован в РФ и ЕАЭС по показанию СДВГ (F90).

Доказательная база включает многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое РКИ (Заваденко Н.Н. и соавт., 2017 [38]; n=89, 4 центра, возраст 6—12 лет, длительность лечения 4 мес). Первичный критерий — доля ответивших с редукцией ⩾25% — не достигнут (68,9% против 61,4% в группе плацебо, различие статистически незначимо), вероятно, вследствие высокого ответа плацебо и недостаточной мощности выборки. Ключевые вторичные критерии — CGI-S, шкала WFIRS-P (4 из 6 доменов), корректурная проба Тулуз—Пьерона — достигли статистической значимости (p<0,05). В субанализе одного центра (Заваденко Н.Н. и соавт., 2018 [39]; n=35) доля ответивших составила 72,2 против 52,9% (p<0,01). Однако субанализ одного центра из четырех не может служить самостоятельной первичной конечной точкой. Независимое РКИ (Сухотина Н.К., Коновалова В.В., Крыжановская И.Л., Куприянова Т.А., 2010 [40]) при гиперкинетических расстройствах у детей 6—12 лет продемонстрировало превосходство Пантогама над плацебо по снижению основных симптомов гиперкинетического расстройства. Открытые исследования (Куприянова Т.А., Корень Е.В., 2016 [41]) документируют эффективность Пантогама как аугментирующего агента при недостаточной эффективности атомоксетина. Профиль нежелательных явлений сопоставим с плацебо.

Обоснование УУР/УДД. Поскольку опорное РКИ Заваденко Н.Н. и соавт. 2017 г. не достигло предзаявленной первичной конечной точки, оно не может служить основанием для УДД 2 и УУР В в соответствии с методологией ЦЭККМП 2019. Кроме этого формальная оценка риска систематической ошибки (RoB 2.0) для приведенных исследований не проводилась. Наличие независимого РКИ Сухотиной Н.К. и соавт. 2010 г. и подтверждающих открытых сравнительных исследований позволяет присвоить УДД 3 и УУР С.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение гопантеновой кислоты в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): назначение в дозе 30 мг/кг/сут в 2 приема курсом 4—6 месяцев детям с СДВГ при ограничении показаний или недостаточной эффективности атомоксетина. **УУР С, УДД 3.**

9. Этилметилгидроксипиридина сукцинат — Мексидол

Мексидол — антиоксидантный и антигипоксический препарат с ноотропным компонентом действия. Основу доказательной базы составляет многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое РКИ MEGA (Заваденко Н.Н. и соавт., 2022 [42]), проведенное в 14 клинических центрах РФ (n=333, возраст 6—12 лет, 3 параллельные группы: Мексидол 125 мг × 2 раза в сутки; Мексидол 125 мг × 1 раз в сутки+плацебо; плацебо). Показано достоверное превосходство активного лечения над плацебо по шкале SNAP-IV (для схемы 125 мг × 2 раза: p=0,000024 в PP-популяции и FAS-популяции); режим 125 мг × 2 раза в сутки продемонстрировал преимущество над однократным приемом. Профили безопасности сопоставимы с плацебо.

Ограничения, отмеченные Экспертным советом. 1. РКИ проведено при спонсорской поддержке производителя (АО «Фармасофт», ФАРМАСОФТ), без независимого международного подтверждения. 2. Для клинически значимой интерпретации значения p необходимо раскрытие абсолютной величины эффекта на шкале SNAP-IV (Δбаллов, 95% ДИ), а не только уровня статистической значимости. 3. Препарат не входит ни в одни международные рекомендации по СДВГ. 4. Формальная оценка риска систематической ошибки (RoB 2.0) для приведенных исследований не проводилась.

Обоснование УУР/УДД. Исследование крупное и методологически корректное (учитывая ограничения выше). Но с учетом единичного источника данных, спонсорской поддержки и отсутствия независимой международной репликации обоснованы уровни УУР С и УДД 3.

Рекомендация Экспертного совета. Рекомендуется включение этилметилгидроксипиридина сукцината в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по СДВГ в разделе дополнительной фармакотерапии (Группа Б): применение у детей 6—12 лет в дозе 125 мг 2 раза в сутки курсом 6 недель, преимущественно при наличии коморбидной тревоги или астенического синдрома, резистентных к немедикаментозной коррекции. **УУР С, УДД 3.**

Обсуждение

Проведенная экспертная работа является методологическим продолжением Международного мультидисциплинарного консенсуса по терапии коморбидных состояний при СДВГ (март 2026 г.) (Зыков В.П. и соавт., 2026 [4]). Настоящая резолюция расширяет поле анализа на всю совокупность препаратов дополнительной фармакотерапии, используемых в российской клинической практике при СДВГ у детей и подростков, — с последовательным применением требований системы ЦЭККМП 2019.

Экспертами подчеркнуто, что все препараты дополнительной фармакотерапии не заменяют препараты первой линии при возможности их назначения и должны рассматриваться исключительно в рамках комплексного мультидисциплинарного подхода. Обязательным элементом их применения является динамический мониторинг эффективности с использованием стандартизированных шкал (Wolraich M.L. и соавт., AAP, 2019 [5]; NICE NG87, 2019/2023 [6]).

Ограничения доказательной базы по каждому препарату Группы Б откровенно признаны Экспертным советом: отсутствие двойных слепых плацебо-контролируемых РКИ непосредственно при СДВГ либо недостижение первичной конечной точки в таких РКИ, преимущественное происхождение данных от ограниченного круга авторских коллективов, отсутствие независимой международной репликации. Эти ограничения нашли прямое отражение в присвоенных УДД 3 и УУР С и в узких (при ограничении препаратов первой линии и/или коморбидно-специфических) показаниях к применению.

Заключение Экспертного совета

Члены Экспертного совета Национальной ассоциации детских неврологов, рассмотрев доказательную базу, российский и международный опыт применения препаратов дополнительной фармакотерапии СДВГ, заслушав мнения ведущих отечественных специалистов в области детской неврологии и психиатрии, а также главных внештатных детских неврологов и психиатров ряда федеральных округов и субъектов Российской Федерации, поддержали включение в проект клинических рекомендаций Минздрава РФ по гиперкинетическим расстройствам (F90 по МКБ-10; в клиническом тексте — СДВГ) у детей раздела «Дополнительная фармакотерапия» в следующем составе:

— **Группа А (при неэффективности или непереносимости препаратов первой линии; РКИ с достигнутой первичной конечной точкой при СДВГ):** — антитела к мозгоспецифическому белку S-100, аффинно очищенные, модифицированные (Проспекта) — **УУР В, УДД 2**.

— **Группа Б (при специфических коморбидных показаниях или ограниченном доступе к препаратам первой линии):** — полипептиды коры головного мозга скота (Кортексин) — **УУР С, УДД 3**; — антитела к мозгоспецифическому белку S-100, аффинно очищенные (Тенотен детский) — **УУР С, УДД 3**; — комплекс пептидов из головного мозга свиньи (Церебролизин) — **УУР С, УДД 3**; — метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин (Семакс) — **УУР С, УДД 3**; — ацетиламиноянтарная кислота (Когитум) — **УУР С, УДД 3**; — магний+пиридоксин (Магне B_6) — **УУР С, УДД 3**; — гопантеновая кислота (Пантогам) — **УУР С, УДД 3**; — этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол) — **УУР С, УДД 3**.

Эксперты подчеркивают, что проведение фармакотерапии требует строгого соблюдения показаний, основанных на клиническом фенотипе и коморбидном статусе пациента, с обязательным динамическим мониторингом эффективности. Все рекомендации по дополнительной фармакотерапии должны рассматриваться исключительно в контексте мультидисциплинарного комплексного подхода, включающего психообразование, поведенческие и психотерапевтические вмешательства.

Экспертный совет рекомендует рабочей группе по разработке клинических рекомендаций по гиперкинетическим расстройствам (F90 по МКБ-10; СДВГ) у детей включить вышеуказанные препараты в проект клинических рекомендаций с указанными уровнями достоверности доказательств и уровнями убедительности рекомендаций, а также продолжить накопление отечественной доказательной базы по данным препаратам в рамках проспективных рандомизированных клинических исследований — в первую очередь для позиций, где сегодня не достигнута предзаявленная первичная конечная точка либо отсутствуют двойные слепые плацебо-контролируемые РКИ непосредственно при СДВГ. Приоритетными задачами являются: повторное независимое РКИ Пантогама и препарата Тенотен детский детского при СДВГ с адекватной статистической мощностью и предзарегистрированным протоколом; независимая международная репликация РКИ Мексидола с целью снижения риска систематической ошибки по спонсору; формальная оценка риска систематической ошибки (RoB 2.0) для всех российских исследований, включаемых в клинические рекомендации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-e1001. https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482
2. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48. https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1
3. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789-818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022
4. Зыков В.П., Бархатов М.В., Быкова О.В., и др. Консенсус международного междисциплинарного Совета экспертов по проблеме терапии коморбидных состояний при СДВГ в детском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2026;126(4):129-134.
Zykov VP, Barkhatov MV, Bykova OV, et al. Consensus of the International Interdisciplinary Expert Council on the treatment of comorbidi-

ties in pediatric ADHD. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2026;126(4):129-134. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro2026126041129

5. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, et al.; Subcommittee on Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528.
https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528

6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline NG87. London: NICE, 2018 (last updated 13 September 2019; review 2023).
https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316928

7. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-738.
https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. №681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (Список II).
Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 30 ijunja 1998 g. No. 681 «Ob utverzhdenii perechnja narkoticheskih sredstv, psihotropnyh veshhestv i ih prekursorov, podlezhashhih kontrolju v Rossijskoj Federacii» (Spisok II). (In Russ.).
URL: https://base.garant.ru/12112176/

9. Martenyi F, Zavadenko NN, Jarkova NB, et al. Atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a 6-week, randomized, placebo-controlled, double-blind trial In Russia. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(1):57-66.
https://doi.org/10.1007/s00787-009-0042-7

10. Зыков В.П., Комарова И.Б., Новикова Е.Б., и др. Классификация, диагностика и терапия синдрома дефицита внимания и гиперактивности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(11):62-68.
Zykov VP, Komarova IB, Novikova EB, et al. Classification, diagnosis and therapy of attention deficit hyperactivity disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2025;125(11):62-68. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202512511162

11. Radonjić NV, Bellato A, Khoury NM, et al. Nonstimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*. 2023;37(5):381-397.
https://doi.org/10.1007/s40263-023-01005-8

12. Методические рекомендации по проведению оценки научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации. ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России М., 2019. Ссылка активна 28.09.26.
Metodicheskie rekomendacii po provedeniju ocenki nauchnoj obosnovannosti vkljuchaemoj v klinicheskie rekomendacii informacii. FGBU «CJeKKMP» Minzdrava Rossii M., 2019. (In Russ.).
https://cloud.corp.rosmedex.ru/s/L8LwiYo5YFBjs7e/download/mr_nauchobosn-kr.pdf

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций».
Prikaz Ministerstva zdravoohranenija Rossijskoj Federacii ot 28.02.2019 No. 103n «Ob utverzhdenii porjadka i srokov razrabotki klinicheskih rekomendacij». (In Russ.).
https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/052/500/original/Приказ_Министерства_здравоохранения_РФ_от_28_февраля_2019_г_N_103н_Об_утверждени.pdf?1603289471

14. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, et al; European ADHD Guidelines Group. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*. 2013;170(3):275-289.
https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991

15. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, et al; European ADHD Guidelines Group. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(8):835-847, 847.e1-5.
https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013

16. Заваденко Н.Н., Макушкин Е.В., Гайнетдинова Д.Д. и др. Терапия синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей: результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(11):62-68.
Zavadenko NN, Makushkin EV, Gaynetdinova DD, et al. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(11):62-68. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202212211162

17. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Ливинская А.М. и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: клиническая типология и подходы к лечению. *Педиатрия им. Г.Н. Сперанского*. 2009;88(2).
Chutko LS, Surushkina SJu, Livinskaja AM, et al. Sindrom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju: klinicheskaja tipologija i podhody k lecheniju. *Pediatrija im. G.N. Speranskogo*. 2009;88(2). (In Russ.).

18. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю. Современные подходы к лечению и реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. *Детская и подростковая реабилитация*. 2014;1(22):35-41.
Chutko LS, Surushkina SJu. Sovremennye podhody k lecheniju i reabilitacii detej s sindromom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju. *Detskaja i podrostkovaja reabilitacija*. 2014;1(22):35-41. (In Russ.).

19. Зыков В.П., Серебренникова Э.Б., Панченко Т.Н., и др. Результаты мультицентрового исследования эффективности применения кортексина при когнитивных дисфункциях у детей. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(3):27-31.
Zykov VP, Serebrennikova EB, Panchenko TN, et al. Results of a multicenter study on the efficacy of cortexin in treatment of cognitive dysfunction in children. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;118(3):27-31. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro20181183127-31

20. Ларькина Е.В., Халецкая О.В. Тактика ведения детей дошкольного возраста с различными вариантами задержки речевого развития. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114(12):94-98.
Larkina EV, Khaletskaya OV. Tactics of management of preschool children with different variants of speech delay. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(12):94-98. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro201411412194-98

21. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Лечение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью Тенотеном Детским: результаты двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования. *Неврология*. 2010;5:42-47.
Zavadenko NN, Suvorinova NJu. Lechenie sindroma deficita vnimanija s giperaktivnost'ju Tenotenom Detskim: rezul'taty dvojnogo slepogo placebo-kontroliruemogo randomizirovannogo issledovanija. *Nevrologija*. 2010;5:42-47. (In Russ.).
https://umedp.ru/upload/iblock/e52/tenoten.pdf

22. Kheyfets I, Chutko L, Surushkina S, et al. Clinical efficacy of Tenoten for children in treatment of attention deficit and hyperactivity disorder. *European Psychiatry*. 2010;25(S1):25-E425.
https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70425-9

23. Заваденко Н.Н., Скрипченко Н.В., Гайнетдинова Д.Д., и др. Нарушения развития учебных навыков у детей: эффективность и безопасность Тенотена детского по данным многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(9):28-36.
Zavadenko NN, Skripchenko NV, Gaynetdinova DD, et al. Developmental disorders of academic skills in children: the efficacy and safety of Tenoten for children in the multicenter double-blind placebo-controlled randomized study. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(9):28-36. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202012009128

24. Заваденко Н.Н., Симашкова Н.В., Вакула И.Н., и др. Современные возможности фармакотерапии тревожных расстройств у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(11):33-39.
Zavadenko NN, Simashkova NV, Vakula IN, et al. Current possibilities in pharmacotherapy of anxiety disorders in children and adolescents. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015;115(11):33-39. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro201511511133-39

25. Чутко Л.С., Яковенко Е.А., Сурушкина С.Ю., и др. Клиническая и нейрофизиологическая гетерогенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(10):117-121.
ChuTko LS, YakovEnko EA, Surushkina SYu, et al. Clinical and neurophysiological heterogeneity of attention deficit hyperactivity disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(10):117-121. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro20161161011117-121

26. Морозова Е.А., Морозов Д.В. Перинатальная патология центральной нервной системы в генезе синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и его лечение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2008;108(2):70-72.

Morozova EA, Morozov DV. Jeffektivnost' Cerebrolizina® v lechenii posledstvij perinatal'nyh porazhenij CNS u detej. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2008;108(2):70-72. (In Russ.).

27. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С. *Отчет о клиническом исследовании эффективности и безопасности лекарственного препарата «Семаке 0,1%» при лечении минимальных мозговых дисфункций у детей, проведенному на кафедре нервных болезней педиатрического факультета РГМУ*. М., 2000, 15 с.
Zavadenko NN, Petruhin AS. *Otchet o klinicheskom issledovanii jeffektivnosti i bezopasnosti lekarstvennogo preparata «Semake 0,1%» pri lechenii minimal'nyh mozgovyh disfunkcij u detej, provedennomu na kafedre nervnyh boleznej pediatricheskogo fakul'teta RGMU*. Moscow, 2000, 15 s. (In Russ.).

28. Студеникин В.М. Пептидный препарат для интраназального введения в неврологии и педиатрии. *Поликлиника*. 2016;1:33-38.
Studenikin VM. Peptidnyj preparat dlja intranazal'nogo vvedenija v nevrologii i pediatrii. *Poliklinika*. 2016;1:33-38. (In Russ.).

29. Козловская Г.В., Горюнова А.В. и др. *Отчет о клиническом применении препарата Мимисем (Семакс). Отчёт НЦПЗ РАМН*. М., 2001.
Kozlovskaja GV, Gorjunova AV, et al. *Otchet o klinicheskom primenenii preparata Mimisem (Semaks). Otchjot NCPZ RAMN*. M., 2000. (In Russ.).
https://minisem.ru/upload/iblock/dc0/dc00face92e53f90580ff53913d5a86c.pdf

30. Бобылова М.Ю. Применение препарата Когитум при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у детей с субклинической эпилептиформной активностью на электроэнцефалограмме. *Русский журнал детской неврологии*. 2022;17(4):54-62.
Bobylova MY. Cogitum in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder and subclinical epileptiform activity on the electroencephalogram. *Russian Journal of Child Neurology*. 2022;17(4):54-62. (In Russ.).
https://doi.org/10.17650/2073-8803-2022-17-4-54-62

31. Горюнова А.В., Шевченко Ю.С., Горюнов А.В. Когитум в детской неврологии и психиатрии (опыт практического применения). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(7-2):58-66.
Goryunova AV, Shevchenko YuS, GoryunovA.V. Cogitum in children's neurology and psychiatry (experience in the practical use). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(7-2):58-66. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro20191190725

32. Effatpanah M, Rezaei M, Effatpanah H, et al. Magnesium status and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2019;274:228-234.
https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.043

33. Mousain-Bosc M, Roche M, Polge A, et al. Improvement of neurobehavioral disorders in children supplemented with magnesium-vitamin B6. I. Attention deficit hyperactivity disorders. *Magnes Res*. 2006;19(1):46-52.

34. Ноговицина О.Р., Левитина Е.В. Влияние Влияние МАГНЕ-B_6 на клинико-биохимические проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. *Экспериментальная и клиническая фармакология*. 2006;69(1):74-77.
Nogovitsina OR, Levitina ev. Effect of MAGNE-B6 on the clinical and biochemical manifestations of the syndrome of attention deficit and hyperactivity in children. *Jeksperimental'naja i klinicheskaja farmakologija*. 2006;69(1):74-77. (In Russ.).

35. Starobrat-Hermelin B, Kozielec T. The effects of magnesium physiological supplementation on hyperactivity in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Positive response to magnesium oral loading test. *Magnes Res*. 1997;10(2):149-156.
PMID: 9368236

36. Kozielec T, Starobrat-Hermelin B. Assessment of magnesium levels in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Magnes Res*. 1997;10(2):143-148.
PMID: 9368235

37. Hemamy M, Pahlavani N, Amanollahi A, et al. The effect of vitamin D and magnesium supplementation on the mental health status of attention-deficit hyperactive children: a randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):178.
https://doi.org/10.1186/s12887-021-02631-1

38. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Вакула И.Н. и др. Фармакотерапия синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей: результаты многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого исследования гопантеновой кислоты. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(5):39-45.
Zavadenko NN, Suvorinova NYu, Vakula IN, et al. Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in children: the results of a multicenter double-blind placebo-controlled study of hopantenic acid. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(5):39-45. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro20171175139-45

39. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Заваденко А.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: эффективность фармакотерапии гопантеновой кислотой. *Вопросы практической педиатрии*. 2018;13(2):11-18.
Zavadenko NN, Suvorinova NYu, Zavadenko AN. Attention deficit hyperactivity disorder in children: effectiveness of hopantenic acid pharmacotherapy. *Vopr. prakt. pediatr. (Clinical Practice in Pediatrics)*. 2018;13(2):11-18. (In Russ.).
https://doi.org/10.20953/1817-7646-2018-2-11-18

40. Сухотина Н.К., Коновалова В.В., Крыжановская И.Л. и др. Эффективность Пантогама при лечении гиперкинетических расстройств у детей. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010;110(12):24-28.
Suhotina NK, Konovalova VV, Kryzhanovskaja IL, et al. Jeffektivnost' Pantogama pri lechenii giperkineticheskih rasstrojstv u detej. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2010;110(12):24-28. (In Russ.).

41. Куприянова Т.А., Корень Е.В. Повышение эффективности лечения гиперкинетических расстройств с применением пантогама. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(6):66-69.
Kupriyanova TA, Koren EV. Pantogam augmentation in hyperkinetic behavior disorder treatment. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(6):66-69. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro20161166166-69

42. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Батышева Т.Т., и др. Результаты многоцентрового двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого клинического исследования по оценке эффективности и безопасности препарата Мексидол в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей (МЕГА). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(4):75-86.
Zavadenko NN, Suvorinova NY, Batysheva TT, et al. Results of a multicentre double-blind randomised placebo-controlled clinical trial evaluating the efficacy and safety of Mexidol in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children (MEGA). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(4):75-86. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202212204175

Поступила 28.09.2026
Received 28.09.2026
Принята к печати 30.09.2026
Accepted 30.09.2026