

Психофармакотерапия шизофрении пролонгированными антипсихотическими препаратами в условиях расширения стационарзамещающих форм психиатрической помощи

Лариса Андреевна Бурыгина¹, Георгий Петрович Костюк^{2,3}, Сергей Александрович Голубев^{1,4,5}, Николай Игоревич Беглянкин¹

¹ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

²ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. И.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

⁴ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

⁵ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Николай Игоревич Беглянкин, begnik@yandex.ru

Резюме

Обоснование: основные задачи терапии при расстройствах шизофренического спектра включают не только достижение клинического улучшения, но и восстановление социального функционирования. Это особенно актуально в свете биопсихосоциальной концепции развития данного заболевания, которая обуславливает необходимость комплексного подхода к рассмотрению его этиопатогенетических и терапевтических аспектов. Основная лечебно-реабилитационная работа с пациентами на современном этапе развития практического здравоохранения проводится в амбулаторных условиях. Этому способствует реформирование психиатрической службы с сокращением стационарного звена и развитием стационарзамещающих форм оказания психиатрической помощи. **Цель** обзора — рассмотреть основные аспекты развития психиатрической помощи при расстройствах шизофренического спектра в амбулаторных условиях. **Материалы и методы:** по ключевым словам «шизофрения», «амбулаторная психиатрия», «антипсихотики пролонгированного действия» в базах PUBMED, e-library и др. отобраны научные публикации за последние 10 лет о возможностях применения пролонгированных антипсихотических препаратов с целью улучшения соблюдения терапевтического режима и профилактики психотического рецидива. Рассмотрены мнения исследователей о положительных и отрицательных аспектах использования депонированных лекарственных форм на этапе поддерживающей антипсихотической терапии. В анализ включены публикации о психосоциальных аспектах терапии в структуре комплексного подхода к лечению пациентов с шизофренией. **Заключение:** результаты обзора позволяют сделать вывод о необходимости развития фармакологического и психосоциального лечения шизофрении на амбулаторном этапе с акцентом на противорецидивной поддерживающей терапии и сопутствующей социальной реабилитации.

Ключевые слова: шизофрения, амбулаторная психиатрия, антипсихотики пролонгированного действия

Финансирование: авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования и подготовке публикации.

Для цитирования: Бурыгина Л.А., Костюк Г.П., Голубев С.А., Беглянкин Н.И. Психофармакотерапия шизофрении пролонгированными антипсихотическими препаратами в условиях расширения стационарзамещающих форм психиатрической помощи. *Психиатрия*. 2025;23(2):95–109. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-95-109>

REVIEW

UDC 616.89-02-085

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-95-109>

Psychopharmacotherapy of Schizophrenia with Long-Acting Antipsychotic Drugs in the Context of Expansion of Hospital-Substituting Forms of Psychiatric Care

Larisa A. Burygina¹, Georgy P. Kostyuk^{2,3}, Sergey A. Golubev^{1,4,5}, Nikolai I. Beglyankin¹

¹Gannushkin Psychiatric Clinical Hospital No. 4, Moscow Health Department, Moscow, Russia

²N.A. Alekseev Psychiatric Clinical Hospital No 1, Moscow, Russia

³Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

⁴FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

⁵Central State Medical Academy of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

Corresponding author: Nikolai I. Beglyankin, begnik@yandex.ru

Summary

Background: the main goals of schizophrenia spectrum disorders therapy include not only achieving clinical improvement, but also the restoration of social functioning. This is especially relevant in light of the biopsychosocial concept of the development of this disease, which necessitates an integrated approach to considering its etiopathogenetic and therapeutic aspects. The main treatment and rehabilitation work with patients at the current stage of development of practical healthcare is carried out on an outpatient basis. This is facilitated by the reform of the psychiatric service with the reduction of the inpatient unit and the

development of inpatient-substituting forms of mental health care. **The aim** of review was to analyze the scientific publications on the development of psychiatric care for schizophrenia spectrum disorders in outpatient settings. **Material and Methods:** using keywords “schizophrenia”, “outpatient care”, “long acting injectable antipsychotics” the source of articles on the possibilities of using long-acting antipsychotic drugs to improve compliance with the therapeutic regimen and prevent psychotic relapse was carried out in PUBMED, e-library and other bases for 10 years. The positive and negative aspects of the use of deposited dosage forms at the stage of maintenance antipsychotic therapy are considered. Additional psychosocial therapies are discussed as part of an integrated approach to treating patients with schizophrenia. **Conclusion:** the results of the review allow us to conclude that there is a need to develop pharmacological and psychosocial treatment of schizophrenia at the outpatient stage, with an emphasis on anti-relapse maintenance therapy and concomitant social rehabilitation.

Keywords: schizophrenia, outpatient care, long acting injectable antipsychotics

Funding: this study was not supported by any external sources of funding.

For citation: Burygina L.A., Kostyuk G.P., Golubev S.A., Beglyankin N.I. Psychopharmacotherapy of Schizophrenia with Long-Acting Antipsychotic Drugs in the Context of Expansion of Hospital-Substituting Forms of Psychiatric Care. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(2):95–109. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-95-109>

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении последних десятилетий организация психиатрической службы в разных странах претерпела существенные изменения в рамках процесса деинституционализации, который подразумевает переход от преимущественно стационарных форм оказания психиатрических услуг к альтернативным внебольничным формам общественно-ориентированной психиатрической службы. Эти изменения не обошли стороной и отечественную психиатрическую практику, которая подверглась значительной реорганизации в соответствии с международными тенденциями [1].

Продолжающееся в настоящее время реформирование психиатрической службы имеет целью обеспечение наиболее полного клинического и социально-личностного восстановления пациентов за счет повышения клинко-социальной и экономической эффективности психиатрической помощи [2]. Это особенно актуально при расстройствах шизофренического спектра, ассоциированных с высокой частотой негативных исходов в виде хронического прогрессирующего течения с нарастающей апатико-абулической симптоматикой, недостаточной эффективностью терапии вследствие низкой приверженности пациентов лечению, инвалидизации и социальной дезадаптации [3]. Шизофрения занимает восьмое место в мире среди заболеваний с самыми высокими показателями наличия инвалидности в возрастной группе от 15 до 44 лет [4].

В России, по данным официальных форм статистической отчетности по обращаемости в психиатрические учреждения, в 2017 году было зарегистрировано 3 960 732 чел. с психическими и поведенческими расстройствами, из них 478 023 больных шизофренией (12,1% от общего числа больных) [5]. По данным исследования, проведенного в полустационарных подразделениях психоневрологических диспансеров, среди всех пациентов доля лиц с расстройствами шизофренического спектра превышала 2/3, при этом преобладала подгруппа больных с шизофренией (F20). Несмотря на преобладание в выборке пациентов среднего трудоспособного возраста (от 39 до 47 лет), большинство больных являлись инвалидами по психическому

заболеванию (от 70 до 95% в разных полустационарах) [3, 6].

В странах Европейского региона показатель стойкой утраты работоспособности среди пациентов с шизофренией, по данным одного из исследований, достигает 80–90% [7]. Установлено, что общий показатель инвалидности вследствие шизофрении среди взрослого населения существенно зависит от болезненности шизофреническими психическими расстройствами и от активности психиатрической службы по лечению и реабилитации указанного контингента [8].

Шизофрения является одним из наиболее финансово затратных заболеваний в мире, причем в общей структуре затрат на лечение пациентов с этим заболеванием преобладают не прямые (косвенные) затраты, связанные со снижением или утратой трудоспособности, преждевременной смертью больных трудоспособного возраста. В Российской Федерации в 2000-х гг. около 90% прямых затрат приходилось на стационарную психиатрическую службу вследствие высокой частоты повторных госпитализаций и продолжительности пребывания в больнице [9]. Пациенты с шизофренией занимают более половины психиатрического коечного фонда страны [10]. Затраты на часто госпитализируемых пациентов десятикратно превосходят средние показатели расходов на одного больного шизофренией и составляют 30% общего бюджета психиатрической службы.

Согласно опубликованным данным за 2000–2010 гг., ресурсы, связанные со стационарным лечением, использовались нерационально: например, у одной четверти госпитализированных пациентов с первым эпизодом шизофрении состояние не соответствовало формальным показаниям к стационарному лечению, и они могли бы получать специализированную помощь в менее ограничительных условиях [11]. Данное наблюдение свидетельствует о необходимости развития стационарзамещающих форм психиатрической помощи при расстройствах шизофренического спектра.

В связи с этим целесообразным представляется разработка стратегии психиатрической помощи при шизофрении в контексте международной реорганизации психиатрической службы, которая характеризуется

тенденцией к расширению внебольничных форм помощи пациентам.

Отсутствие возможности ежедневного контроля медикаментозной терапии в амбулаторных условиях определяет высокую вероятность несоблюдения режима приема препаратов, что чревато риском рецидива и прогрессирования симптоматики [12], приводит к повторным госпитализациям и существенным материальным издержкам [13]. Плохая переносимость, отсутствие достаточной критики к болезни у пациента и его близких, недостаток знаний о психическом расстройстве и вариантах лечения является причиной неприверженности к лечению. Клинический опыт показывает, что эту проблему можно решить с помощью назначения пролонгированных форм антипсихотических лекарственных препаратов [14].

Развитие амбулаторной психиатрической помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра

К числу важнейших задач организации психиатрической помощи при расстройствах шизофренического спектра на современном этапе относится перенос основного звена лечебного процесса в амбулаторные условия. Это обусловлено сокращением контингента больных, нуждающихся в госпитализации и длительном стационарном лечении, с уменьшением продолжительности купирующего этапа антипсихотической терапии в больничных условиях. Снижению частоты и продолжительности госпитализаций и увеличению длительности ремиссий способствует длительный прием антипсихотических препаратов, оказывающих профилактическое противорецидивное действие [15].

Выполнение основной цели оказания психиатрической помощи больным различными формами шизофрении — восстановление психического, психологического, семейного и социального статуса пациента, позволяет реинтегрироваться в общество с учетом клинических предпосылок и осуществляется на основе комплексного биопсихосоциального подхода в процессе выполнения широкого комплекса реабилитационных мероприятий. Основные задачи специализированной психиатрической помощи и реабилитации больных шизофренией решаются в условиях психоневрологического диспансера (ПНД), дневного стационара (ДС), стационара на дому (СНД), лечебно-производственных (трудовых) мастерских (ЛПМ) и больничных отделений [16].

Оптимизация стационарного коечного фонда психиатрической службы Москвы с учетом эффективности его использования привела к таким положительным преобразованиям, как снижение количества психиатрических коек, сокращение длительности госпитализаций [16]. Расширение амбулаторного звена сопровождалось улучшением объема, качества и доступности психиатрической помощи населению, оптимизацией территориального расположения амбулаторных учреждений, увеличением числа мест в дневных стационарах [17]. Внедрение новых форм и методов

медико-социальной психиатрической помощи в рамках расширения спектра услуг профилактической и реабилитационной направленности показало высокую их востребованность и эффективность, что говорит об актуальности и целесообразности развития психиатрической помощи в данном направлении [5, 18].

Объединение учреждений стационарного и амбулаторного звеньев в единые комплексы в рамках кластерно-модульной системы организации городской психиатрической сети представляется целесообразным решением [17], поскольку преемственность между структурными подразделениями разных звеньев психиатрической службы (стационарными, полустационарными и амбулаторными) способствует повышению эффективности и качества оказания специализированной помощи [2, 14].

Использование системного подхода к организации психиатрической помощи, ориентированного на преимущественное оказание психиатрической помощи во внебольничных условиях, развитие внебольничных форм помощи, выделение целевых групп пациентов, страдающих шизофренией и перераспределение имеющихся психиатрических ресурсов с целью максимального удовлетворения потребностей больных шизофренией в лечебно-реабилитационных программах и лекарственном обеспечении, включающем современные антипсихотики и антидепрессанты, а также препараты пролонгированного действия, позволили сократить расходы бюджетов всех уровней на 32% (цит. по [14]).

Считается, что наиболее активный период формирования когнитивных и других дефицитарных нарушений при шизофрении приходится на первые годы после манифестации этого расстройства [19]. Поэтому особого внимания со стороны амбулаторной службы требуют пациенты, перенесшие первый эпизод психоза, в особенности те из них, за которыми не было установлено диспансерное наблюдение. Отсутствие оказания комплексной психиатрической помощи в надлежащем объеме таким пациентам на ранних этапах заболевания ассоциировано с развитием более тяжелых дефицитарных расстройств, социальной дезадаптации, увеличением показателей психической инвалидизации. Организация работы с данным контингентом больных должна предусматривать обязательное проведение психообразовательных мероприятий для пациентов и их родственников с целью повышения комплаенса и формирования ответственного отношения к лечебно-реабилитационному процессу. Некомплаентных больных с несформировавшейся ремиссией целесообразно направлять в полустационарные отделения после ранней выписки из психиатрического стационара [20]. Проблемы оказания помощи таким пациентам приобретают особую актуальность в свете данных недавнего исследования, согласно которым среди больных шизофренией в течение первого года после первого психотического приступа преобладают лица с некомплаентным поведением, отказывающиеся от посещения ПНД [21]. Повышенного внимания

в амбулаторных условиях наблюдения требуют также больные с частыми и длительными госпитализациями, поскольку причиной повторных обострений часто служит низкая приверженность терапии, в том числе обусловленная плохой переносимостью назначенных препаратов и наличием сопутствующей патологии [14].

В целом, основные задачи долгосрочной терапии шизофрении, которые включают достижение устойчивой ремиссии, профилактику развития рецидивов и восстановление социальной активности пациентов, реализуются амбулаторным звеном психиатрической службы. Для выполнения этих задач необходим подбор поддерживающей противорецидивной антипсихотической терапии, которая должна учитывать баланс между эффективностью и переносимостью и быть оптимальной в экономическом отношении [22]. С данной точки зрения перспективным представляется назначение антипсихотических депо-препаратов, которые зарекомендовали себя как эффективные противорецидивные средства, в том числе у пациентов с низкой комплаентностью. По некоторым наблюдениям, применение пролонгов приводит к увеличению частоты амбулаторных посещений при сокращении частоты и длительности стационарного лечения и обращений за неотложной помощью. В экономическом отношении это сопровождается уменьшением общих расходов по сравнению с периодом до начала использования депонированных форм. Наибольшая экономическая эффективность данного подхода отмечена в подгруппе пациентов, которым терапия пролонгами была назначена в ранние сроки (менее 3 лет после установления диагноза) [23].

Возможности лечения шизофрении с использованием пролонгированных антипсихотических препаратов

Организационные реформы практической психиатрии сопровождаются совершенствованием медикаментозной терапии, предоставляемой в стационарных и амбулаторных учреждениях. Это предусматривает использование современных психофармакологических средств, выбор которых должен определяться не только возможностями редукции клинических проявлений заболевания, но и иметь целью восстановление социального функционирования. Пациентам с хроническими психическими расстройствами наряду с психосоциальными вмешательствами требуется длительная поддерживающая психофармакотерапия, которая должна обеспечивать стойкий противорецидивный эффект при удовлетворительной переносимости и безопасности [14].

Пролонгированные инъекционные антипсихотические препараты (синонимы: инъекционные антипсихотики пролонгированного действия, ИАПД; антипсихотики-пролонги, депо-нейролептики; англ. long-acting injectable antipsychotics, LAI APs) были разработаны для повышения терапевтической приверженности, поддержания стабильной концентрации препарата в плазме крови и, следовательно, снижения риска рецидива и нежелательных явлений [12, 24–29]. Использование ИАПД обеспечивает более надежный контроль

соблюдения терапевтического режима, что необходимо для поддержания ремиссии и профилактики рецидивов шизофрении, способствует осведомленности врача о приверженности или неприверженности к лечению, уменьшает последствия запланированных или незапланированных перерывов в лечении, таких как риск рецидива, госпитализация и повышенная смертность [12, 25, 27, 30–33]. Благодаря фармакокинетическим особенностям данной лекарственной формы удается избежать эффектов биотрансформации при первичном прохождении через печень. По сравнению с пероральными антипсихотиками, подверженными всасыванию в желудочно-кишечном тракте и пресистемному метаболизму, при использовании пролонгированных инъекционных препаратов эти проблемы отсутствуют. В результате большая часть действующего вещества достигает головного мозга, что обеспечивает реализацию принципа минимальной эффективной дозы при назначении медикаментозной терапии [26]. Более предсказуемый метаболизм и редкие нежелательные лекарственные взаимодействия, способность поддерживать более стабильную концентрацию препарата в крови, снижение риска случайной или преднамеренной передозировки [29, 30, 33] относятся к преимуществам антипсихотиков-пролонгов, что позволяет рекомендовать их для длительной противорецидивной терапии шизофрении [34].

Известно, что одной из основных причин неэффективности лечения шизофрении является низкая приверженность терапии, ведущая к прекращению приема медикаментов. Несоблюдение пациентом рекомендованного режима поддерживающей терапии и самовольная отмена приема препаратов приводят к декомпенсации и рецидиву заболевания, повышают риск и частоту госпитализаций [24, 27, 35]. Показано, что частота прекращения приема пероральных антипсихотиков варьируется от 26 до 44%; частичный отказ от терапии наблюдается у двух третей пациентов [36]. Согласно результатам отечественного исследования, проведенного в 2005–2010 гг., среди 345 больных шизофренией только 24,6% регулярно принимали поддерживающую терапию и имели хороший комплаенс [37]. Нарушения терапевтического режима связано с такими факторами, как выраженность побочных эффектов (седация, акатизия, гиперсаливация). Среди других факторов — молодой возраст, сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) и недостаточное осознание своего психического состояния [28].

По данным Д.С. Данилова, низкое качество терапевтического сотрудничества на раннем этапе долечивающей амбулаторной терапии по поводу перенесенного психотического приступа после выписки из стационара наблюдалось у пациентов с сохраняющейся выраженной психопатологической симптоматикой и отсутствием критики. Особенно часто это наблюдалось при непрерывнотекущей параноидной шизофрении, псевдопсихопатической (вялотекущей) шизофрении, а также при неполных ремиссиях

с параноидной и психопатоподобной симптоматикой. Высокое качество ремиссий и малая выраженность психопатологической продукции сопровождались хорошим комплаенсом. Однако с увеличением срока ремиссии (на третьем году наблюдения) отмечалось обратное соотношение. Низкое качество ремиссий с неврозоподобной симптоматикой и субъективно тягостными переживаниями сопровождалось большей приверженностью к лечению из-за осознания болезненности своего состояния, в то время как ухудшению комплаенса парадоксальным образом способствовали значительная редукция или незначительная степень тяжести психопатологической симптоматики, удовлетворительная адаптация, что создавало у больных впечатление об отсутствии необходимости продолжения терапии, особенно при приступообразном течении шизофренического процесса [38].

Неоднократно было установлено, что низкий комплаенс ведет к увеличению частоты госпитализаций и числа назначаемых психотропных средств [39], повышению риска повторного развития психоза, возрастанию вероятности суицидальных попыток, частоты злоупотребления психоактивными веществами, в том числе алкоголем и никотином, а также повышению нагрузки на психиатрическую службу и увеличения расходов на здравоохранение [40].

Рецидив психотической симптоматики оказывает негативное влияние на течение заболевания, способствует прогрессированию структурных изменений головного мозга в виде уменьшения объема серого и белого вещества, может приводить к снижению чувствительности к антипсихотической терапии и, следовательно, развитию терапевтической резистентности [27]. Обострение шизофрении, связанное с необходимостью более частых госпитализаций, чревато серьезными экономическими последствиями, поскольку именно рецидив заболевания и госпитализация являются основными факторами, из которых складывается стоимость лечения шизофрении [24].

В рамках глобальной деинституционализированной модели лечения психических расстройств применение пролонгированных инъекционных антипсихотиков при расстройствах шизофренического спектра представляется перспективным ресурсосберегающим методом, способствующим снижению частоты и длительности госпитализаций и обращений за неотложной помощью.

Пролонгированные инъекционные атипичные препараты наиболее показаны при несоблюдении пациентом предписанного режима терапии [41], наличии коморбидных расстройств, связанных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), агрессивности и импульсивности в поведении, а также при развитии побочных эффектов при приеме других антипсихотиков [9]. Согласно рекомендациям С.Н. Мосолова и соавт. по биологической терапии шизофрении, антипсихотические препараты пролонгированного действия целесообразно применять в рамках длительной

противорецидивной терапии у больных с низкой комплаентностью, а также в случаях неустойчивости достигнутой ремиссии при проведении долечивающей или стабилизирующей антипсихотической терапии [42].

Использование ИАПД рассматривается в качестве перспективного метода лечения не только у пациентов с хроническими состояниями, но и на ранних сроках после манифестации шизофренического процесса [9, 31, 43]. Это особенно актуально ввиду низкой комплаентности таких пациентов. Так, по данным 5-летнего катamnестического наблюдения, после первого эпизода шизофрении только 34,9% пациентов соблюдали режим амбулаторной фармакотерапии к концу периода наблюдения. При этом суммарная продолжительность пребывания в стационаре больных, не приверженных к лечению, в 6 раз превышала средний показатель по когорте; среди часто госпитализируемых больных 90% составляли некомплаентные пациенты. Поскольку на стационарное лечение в течение периода наблюдения было израсходовано 81,7% суммарных медицинских затрат, очевидно, что проблема некомплаентности имеет существенное экономическое значение [11]. Кроме того, предполагается, что раннее начало применения пролонгированных антипсихотиков при шизофрении способствует прекращению периода активного приступообразования с наименьшими клинико-социальными потерями [44, 45].

Современная терапия шизофрении представлена ИАПД рисперидоном и палиперидоном с доказанной клинико-экономической и социальной эффективностью. При этом инъекционные депонированные препараты палиперидона имеют определенные преимущества перед рисперидоном, поскольку не требуют на первом этапе перевода с пероральных форм на инъекционные, дополнительного приема таблеток и в целом лучше переносятся [13].

В одной из недавних работ с «зеркальным» дизайном изучалась эффективность пролонгированного палиперидона пальмитата в зависимости от комплаентности пациентов. Полное соблюдение терапевтического режима на протяжении 3-летнего наблюдения отмечалось в 81% наблюдений, частичное — в 13% случаев, неудовлетворительное — у 6% пациентов. У полностью комплаентных пациентов среднее количество госпитализаций снизилось с 1,34 до 0,43, а среднее количество койко-дней — с 82 до 19 дней (из расчета на одного пациента за 3 года до и 3 года после назначения пролонгированного препарата; $p < 0,001$). Примечательно, что сокращение продолжительности госпитализации было статистически значимым для группы пациентов с полным соблюдением режима лечения, но не для двух других групп. У лиц с низкой комплаентностью, которые не получали пролонгированные формы антипсихотиков, отмечались более высокие показатели частоты и длительности госпитализаций. Более того, продолжительность пребывания в стационаре в группе больных, не соблюдающих режим терапии, возросла со

114 до 161 койко-дня ($p = 0,71$). Таким образом, обнаруживается необходимость повышения комплаентности и среди пациентов, получающих лечение депонированными формами [46].

Формирование приверженности лечению является одной из важнейших задач амбулаторной психиатрической службы. В контексте длительных противоречивых мероприятий при расстройствах шизофренического спектра важно не только правильно подобрать терапию, оптимальную по безопасности, переносимости и режиму приема, но не менее существенно при этом обеспечить выполнение пациентом предписанных назначений. Соблюдение пациентом режима терапии позволит сократить частоту и длительность эпизодов стационарирования, будет способствовать снижению риска агрессивного и аутоагрессивного поведения, благоприятно отразится на качестве и стоимости оказания психиатрической помощи. Таким образом, решение вопроса приверженности к лечению представляется существенным для оптимизации государственных расходов на оказание медицинской и социальной помощи контингенту лиц, страдающих шизофренией [10].

Предполагается, что инъекционные антипсихотики-пролонги могут обладать большей эффективностью в отношении профилактики рецидивов, чем пероральные формы препаратов, что достигается за счет улучшения приверженности лечению [32]. В исследовании с участием некомплаентных пациентов поддерживающую терапию на протяжении 18 мес. продолжали 55% пациентов, которым были назначены ИАПД, и только 39% пациентов, принимавших пероральные препараты. Проведенные исследования показали более высокие шансы сохранения терапевтической приверженности среди первой группы (отношение шансов = 1,84; 95% ДИ = 1,19–2,85). При этом затраты на лечение за период наблюдения в первой группе были вдвое меньше, чем у пациентов, получавших пероральные препараты (3645 фунтов стерлингов против 7817 фунтов стерлингов, $p < 0,05$) [47].

Отмеченные некоторыми исследователями более низкие показатели смертности среди пациентов, получающих пролонгированные антипсихотики (на фоне общего снижения смертности в группе лиц, принимающих поддерживающее лечение, по сравнению с пациентами без терапии), вероятно, ассоциированы с улучшением врачебного наблюдения за клинической динамикой и повышением приверженности к лечению [43].

К настоящему времени считается общепризнанным, что пролонгированные антипсихотики имеют более приемлемый профиль побочных эффектов по сравнению с их пероральными аналогами из-за меньшей вариабельности пиковых и минимальных уровней концентрации в плазме крови, а тяжелые осложнения терапии в основном возникают вследствие нарушения дозировки [48]. Однако при назначении ИАПД вероятность развития нежелательных эффектов, характерных для антипсихотической терапии, сохраняется, ввиду чего контроль их возникновения и профилактика требуют

обязательного внимания врача. Это особенно актуально в свете снижения частоты контактов пациента с медицинскими службами при лечении пролонгированными средствами.

Депо-формы антипсихотических препаратов первого поколения обладают всеми недостатками этого класса, включающими низкую эффективность в отношении негативных симптомов и когнитивных нарушений, а также плохую неврологическую переносимость, ограничивающую их применение [49].

Согласно обзору 13-и рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых на основании обследования 6313 пациентов сопоставлялись терапевтические и побочные эффекты депонированных препаратов второго поколения с пероральными препаратами и плацебо, не отмечалось существенных межгрупповых различий по таким показателям, как частота летальных исходов, общее количество побочных эффектов, число случаев бессонницы, удлинения интервала QT или боли в месте инъекции. В то же время риск развития экстрапирамидной симптоматики был выше при использовании инъекционных форм, чем при применении пероральных средств или плацебо [50].

Согласно обзору 12-и исследований с участием 5723 чел., рисперидон-пролонг продемонстрировал эффективность, сопоставимую с пероральным рисперидоном. Было отмечено, что использование инъекционной депо-формы, особенно в высоких дозах, способно вызывать серьезные побочные эффекты, такие как экстрапирамидные расстройства, спазмы, тремор, гиперпролактинемия [51]. Существуют данные о дозозависимом возрастании частоты экстрапирамидных и нейроэндокринных побочных эффектов терапии рисперидоном-пролонгом при отсутствии повышения эффективности с увеличением дозы более 50 мг [49]. Акатизия, тремор и бессонница относятся к наиболее распространенным нежелательным действиям пролонгированных форм рисперидона и палиперидона. Последний препарат значительно чаще, чем плацебо, вызывал такие побочные эффекты, как боль в месте инъекции, седация, головокружение. На фоне его назначения у некоторых пациентов наблюдались назофарингит, головная боль, увеличение веса, а также развитие экстрапирамидной симптоматики; к нечастым осложнениям терапии относились изменение уровня пролактина и повышение уровня глюкозы [52].

В целом, при назначении антипсихотических средств особую важность имеет комплексное наблюдение для предотвращения и раннего выявления возможных проблем со здоровьем, в том числе связанных с применением лекарственных средств. Мониторинг развития нежелательных эффектов терапии с тщательным динамическим наблюдением за соматическим состоянием пациента с контролем показателей электрокардиограммы, артериального давления, массы тела, биохимических параметров липидного и углеводного обмена [53] является необходимым условием применения пролонгированных инъекционных препаратов.

Таким образом, развитие подходов к лечению и улучшению функционального исхода при шизофрении связано с прогрессом в сфере социальной и фармакологической помощи. Расширение стационарзамещающих форм оказания психиатрических услуг сопровождается признанием необходимости лучшего контроля за соблюдением лечения в течение длительного времени, чему способствует применение антипсихотиков пролонгированного действия.

Психосоциальные аспекты психиатрической помощи при шизофрении

Шизофрения приводит к выраженному ухудшению адаптационных возможностей, социальной функции, работоспособности, в том числе в связи с развитием нейрокогнитивного дефицита, который считается центральным нарушением в спектре многообразных проявлений этого заболевания. Социально-адаптационные аспекты прогноза шизофрении ассоциированы с такими факторами, как сужение круга общения и нарушение межличностных контактов, ограничение способности к самостоятельному проживанию и функционированию. Значительная часть госпитализаций при этом заболевании происходит вследствие невозможности пациентов самостоятельно справиться с повседневными трудностями в связи с явлениями социальной дезадаптации [54]. Поэтому основные цели терапии шизофрении должны включать не только редукцию психопатологической симптоматики и поддержание ремиссии, но и повышение качества жизни пациентов с возможностью их ресоциализации [55].

Исследователями отмечено, что прогноз шизофрении и заболеваний шизофренического спектра, их течение отличается значительным разнообразием и во многом определяется терапевтическим подходом. Очевидны различия в исходах заболевания: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими вариантами, у значительной части пациентов прогноз после дебюта болезни оказывается достаточно благоприятным, возможен единственный за всю жизнь приступ или малоприступное течение без видимых социальных последствий при хорошем функционировании в обществе; достаточно распространены длительные ремиссии. Описаны случаи практического выздоровления с высоким уровнем социальной адаптации. Улучшению клинического и социального прогноза способствует широкое внедрение психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. При этом повышается качество ремиссий, уровень социального функционирования и качества жизни, улучшается комплаенс [56].

Амбулаторная психиатрическая служба с самого начала своего развития формировалась как имеющая профилактическую направленность. Диспансерное наблюдение имело своей основной целью профилактику повторных обострений и реабилитацию пациентов с проблемами социального функционирования. Дальнейшее развитие реабилитационного направления в психиатрии было связано с распространением психосоциального лечебно-реабилитационного подхода

на все сферы социального функционирования пациентов и придания ему статуса обязательного наряду с психофармакотерапией. Этому способствовало введение в штат психиатрических организаций специалистов по социальной работе и социальных работников, на которых, наряду с психотерапевтами и клиническими психологами, была возложена медико-реабилитационная работа [57].

Модернизированная многоуровневая помощь больным шизофренией, оказываемая психиатрической службой, подразумевает включение психореабилитации и психиатрического просвещения в качестве неотъемлемых компонентов терапевтического воздействия [6, 58]. Расширение психосоциальных аспектов оказания помощи населению связано с развитием комплексной, бригадной и внебольничной форм лечения и реабилитации, базирующихся на принципах биопсихосоциальной модели, которая учитывает не только материальные (биологические) аспекты этиопатогенеза и терапии заболеваний, но также их психологические и социальные составляющие. Применение биопсихосоциальной модели к расстройствам шизофренического спектра открывает новые терапевтические возможности в виде взаимодополнения биологических (прежде всего медикаментозных) методов лечения и психотерапевтических вмешательств. На современном этапе принципам доказательной медицины в наибольшей степени соответствует интегративная терапия психических расстройств, сочетающая психофармакотерапию и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) [59].

Согласно российским клиническим рекомендациям, психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия могут осуществляться на любом этапе оказания психиатрической помощи в структуре комплексной терапии шизофрении. В зависимости от показаний они могут включать психиатрическое просвещение, тренинг социальных навыков, семейную терапию, программы поддерживаемого трудоустройства, когнитивно-поведенческую терапию, когнитивную ремедиацию. Особенности психосоциальных вмешательств в каждом конкретном случае должны учитывать характер и степень нарушения социальной адаптации, потребность в определенных формах психосоциального воздействия, ожидаемый период проведения реабилитационных мероприятий. По возможности предпочтительны групповые формы занятий с пациентами, однако допускается индивидуальный формат работы. Основной курс психосоциальной терапии рекомендуется дополнять дальнейшим поддерживающим психосоциальным воздействием [34].

По данным 2-летнего катамнеза 237 пациентов с первым шизофреническим эпизодом, применение комплексного подхода имеет достоверные преимущества перед традиционной терапией, ограниченной только биологическими вмешательствами ($p < 0,001$), что проявляется более высокими клинико-социальными показателями, в том числе уровнем качества жизни и социального функционирования. Результаты

корреляционного анализа обнаружили, что на показатели 2-летнего исхода существенное влияние оказывали уровень когнитивного функционирования ($r = 0,632$) и степень осознания пациентом своего психического расстройства ($r = -0,509$) [60].

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации при шизофрении включают в себя трудотерапию, психологическую адаптацию, терапию средой, психологическое консультирование и психотерапию, экспертное консультирование, социально-реабилитационную работу [61].

С целью улучшения социальной компетентности и повышения адаптивности функционирования в обществе пациентов рекомендуется обучать социальным навыкам. Не менее важным представляется обучение навыкам повседневного самообслуживания, что способствует улучшению функционирования в быту. Это особенно актуально в свете результатов однодневной переписи пациентов одного из психоневрологических диспансеров Москвы, согласно которой доля лиц с дефицитом навыков самообслуживания достигала 80% [62]. Нетрудоспособным больным может потребоваться помощь в установлении контактов с организациями, осуществляющими поддержку лиц с инвалидностью, в том числе в сфере социального обеспечения. Для лиц с сохранным трудовым реабилитационным потенциалом предусмотрены психосоциальные вмешательства, направленные на формирование устойчивой мотивации к трудовой деятельности, помощь в овладении новой профессией и рациональном трудоустройстве [62].

Уровень социальной адаптации в значительной мере определяется сформированностью критики к своему психическому расстройству и наличием комплаентности [54]. Эффективным дополнением медикаментозного лечения может служить комплаенс-терапия, направленная на улучшение терапевтического сотрудничества и соблюдения врачебных предписаний. Данное вмешательство, особенно показанное при недавно начавшейся шизофрении, способствует значительному улучшению приверженности пациента к антипсихотической терапии, формированию осознанного отношения к болезни и лечению, что сопровождается редукцией психотической симптоматики, снижением частоты госпитализаций по данным 12-месячного РКИ. Комплаенс-терапия также продемонстрировала экономическую эффективность по сравнению с традиционным лечением за счет сокращения затрат на госпитализации при невысокой стоимости самого лечебного мероприятия [63].

При сравнении результатов комплексной лечебной программы с традиционным амбулаторным лечением на равночисленных случайных выборках больных с расстройствами шизофренического спектра в условиях психоневрологического диспансера после завершения курса психосоциальных вмешательств отмечались существенные различия показателей качества жизни и функционирования пациентов, сохранявшиеся на протяжении однолетнего катамнестического

прослеживания. Психосоциальные мероприятия включали два цикла групповых занятий, посвященных психообразованию, тренингу социальных навыков и проблемно-решающего поведения. Психообразовательная составляющая подразумевала изучение и обсуждение клинических проявлений болезни, методов совладания с ними, особенностей лечения, профилактики рецидивов, организации деятельности психиатрических служб. Дополнительно использовались элементы когнитивно-поведенческой терапии, индивидуальная семейная терапия. По завершении программы у ее участников по сравнению с контрольной группой пациентов значительно редуцировался средний уровень социальной дезадаптации ($p < 0,001$). Достигнутое существенное улучшение по сравнению с периодом до включения в программу сохранялось через год после ее проведения и отражалось в повышении показателей интеллектуальной работоспособности, круга общения и отношения с окружающими ($p < 0,001$), ведения домашнего хозяйства ($p < 0,01$). Привлекают внимание следующие результаты однолетнего катамнеза: среди участников программы не отмечалось сужения круга общения, 78,8% из них сообщали о расширении социальных связей, в то время как в группе сравнения круг общения сузился более чем у половины пациентов, а расширение круга общения наблюдалось только в двух случаях. Удовлетворенность качеством жизни в целом у лиц, прошедших курс психосоциальной терапии, возросла с 52 до 61% ($p < 0,001$) и не изменилась в группе сравнения [64].

В исследовании с участием пациентов дневного стационара проводился курс групповых психообразовательных занятий с элементами проблемно-решающей техники, комплаенс-терапии в сочетании с индивидуальными семейными вмешательствами и инструментальной поддержкой. По сравнению с группой больных, получавших стандартную медикаментозную терапию, у лиц, дополнительно участвовавших в психосоциальных мероприятиях, отмечалось стойкое повышение показателей физической работоспособности и интеллектуальной продуктивности, бытовой активности; наблюдалось улучшение взаимоотношений с окружающими, уменьшение конфликтности, некоторое расширение социальных контактов. По данным однолетнего катамнеза отмечена положительная динамика социально-психологических показателей, в то время как в группе сравнения сходные результаты, достигнутые во время лечения в дневном стационаре, имели обратное развитие. Включение психосоциальных методов в комплекс лечебных мероприятий способствовало сокращению частоты госпитализаций, которая оказалась наиболее сильно ассоциирована с улучшением характера отношений с окружающими; 96% пациентов основной группы не госпитализировались в психиатрический стационар в течение года. Важно отметить, что применение психосоциальных воздействий приводило к формированию большей приверженности к медикаментозной терапии ($p < 0,01$) [65].

В исследовании А.Г. Софронова и соавт. показано, что комплексный подход, сочетающий психофармакотерапию пролонгированными антипсихотическими препаратами (в исследовании использовался палиперидона пальмитат) и психосоциальные вмешательства, по способности достижения клинического и функционального улучшения превосходит изолированную лекарственную терапию. Авторы особенно рекомендуют назначать указанный вариант комплексного лечения молодым пациентам с длительностью заболевания менее 5 лет, поскольку в данной группе сочетание палиперидона пальмитата с программой психореабилитации продемонстрировало наилучшую эффективность по сравнению с группой больных, недавно принимающих палиперидона пальмитат (0,5–1,5 года) и имеющих большую продолжительность заболевания (более 5 лет). Было отмечено, что наибольшим реабилитационным потенциалом обладают более молодые пациенты с недавно начавшейся шизофренией, с более поздним возрастом манифестации при малой выраженности негативных нарушений, имеющие высшее образование, работу, собственную семью, отличающиеся высокой приверженностью и удовлетворенностью лечением [66]. В связи с этим не могут не настораживать данные о том, что пациенты с первым психотическим эпизодом зачастую недостаточно информированы о существовании программ психореабилитации и обнаруживают заметный дефицит осведомленности о своем заболевании по сравнению с длительно болеющими пациентами. Особенно низкие показатели осведомленности отмечены среди лиц, получающих типичные нейролептики по поводу первого шизофренического эпизода. По мнению авторов, на полученный результат могло повлиять нарастание когнитивного дефицита вследствие выраженности побочных эффектов традиционного лечения [58].

Медико-реабилитационное отделение (МРО) в структуре амбулаторного звена является одним из ведущих звеньев в оказании психиатрической помощи [67]. Совместная работа специалистов амбулаторного психиатрического модуля: врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника — это бригадный подход в ходе оказания медицинской помощи психически больным. По данным исследования, проведенного на базе одного из психиатрических учреждений г. Москвы, в МРО которого основной контингент (90,9%) составляли больные с расстройствами шизофренического спектра, в рамках оказания психосоциальной терапии и реабилитации получили лечение 352 пациента. Большинству больных (74,4%) помощь оказана в формате групповой терапии, 90 (25,6%) потребовали проведения реабилитационных мероприятий с индивидуальным подходом. У 136 (38,6%) пациентов одновременно с проведением терапии велась активная работа с родственниками, 68 человек участвовали в групповых занятиях, и с 49 родственниками работа велась в индивидуальном порядке. Комплексная оценка результатов пребывания пациентов

в МРО показала выраженное улучшение состояния у 76,1% больных, а оценка качества оказания помощи, проведенная по результатам лечения больных в МРО, свидетельствовала о достижении результата с оценкой «хорошо» и «удовлетворительно» в 99,3% случаев, что позволяет охарактеризовать деятельность МРО как высокорезультативную и адекватную потребностям населения в стационарзамещающей помощи [68].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, обзор опубликованных данных научных исследований позволяет предполагать, что комплексная амбулаторная терапия ИАПД в сочетании с психосоциальными реабилитационными мероприятиями может быть одной из оптимальных стратегий повышения клинической и экономической эффективности лечения шизофрении [1]. Тем не менее, в условиях продолжающегося совершенствования психиатрической службы остается актуальным ряд вопросов организационного, медико-экономического, клинического характера, посвященных оказанию специализированной помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра. Анализ научных публикаций позволяет отметить существенный прогресс в терапии шизофрении, обусловленный не только успехами психофармакологии, но и развитием небиологических стратегий в рамках комплексной помощи при данном заболевании с учетом биопсихосоциальной природы его основных проявлений [59]. Лечение шизофрении на современном этапе развития психиатрии не должно ограничиваться достижением клинического улучшения в виде редукции психопатологической симптоматики. Комплексные терапевтические воздействия при этом заболевании должны быть направлены на восстановление социального и профессионального статуса больных, возвращение их в семью и общество.

Уменьшение частоты и продолжительности госпитализаций закономерно взаимосвязано с расширением внебольничных форм оказания психиатрической помощи. Именно на амбулаторное звено в значительной степени возлагается ответственность за проведение вмешательств, направленных на восстановление личностного, семейного, социального, трудового функционирования пациентов, страдающих шизофренией [69].

Особенно перспективным методом терапии в амбулаторных условиях представляется применение ИАПД, которые способствуют достижению основных целей терапии шизофрении, таких как профилактика рецидивов, сохранение/восстановление социальной и трудовой адаптации, в том числе за счет улучшения комплаенса и снижения риска неприверженности к лечению [25].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Гурович ИЯ, Сторожакова ЯА, Фурсов ББ. Международный опыт реформы психиатрической помощи

- и дальнейшее развитие психиатрической службы в России *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(1):5–19.
- Gurovich IYa, Storozhakova YaA, Foursov BB. International experience of psychiatric reform and further development of the Russian psychiatric care. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(1):5–19. (In Russ.).
2. Шмуклер АБ, Гурович ИЯ, Костюк ГП. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016;26(4):97–109.
Shmukler AB, Gurovich IYa, Kostyuk GP. Inpatient psychiatric care: deinstitutionalization and its consequences in Northern America and Europe. *Social and Clinical Psychiatry*. 2016;26(4):97–109. (In Russ.).
 3. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Костюк ГП, Нарышкин АВ. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице (по материалам однодневной переписи) *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(3):54–60.
Gurovich IYa, Shmukler AB, Kostyuk GP, Naryshkin AV. The patient population with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders treated in a psychiatric hospital (according to one-day assessment data) *Social and Clinical Psychiatry* 2013;23(3):54–60. (In Russ.).
 4. Крупченко ДА, Симонян ВГ. Вопросы организации помощи лицам, страдающим шизофренией *Трудный пациент*. 2015;3:49–56.
Krupchanka DA, Simonian VG. Issues of Health Care Provision for People Suffering from Schizophrenia. *Difficult patient*. 2015;3:49–56. (In Russ.).
 5. Дутов ВБ, Незнанов НГ, Софронов АГ, Семенова НВ. Концепция развития центров психического здоровья населения *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(4):54–60.
Dutov VB, Neznanov NG, Sofronov AG, et al. A vision for the development of mental health care centers. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(4):54–60. (In Russ.).
 6. Шендеров КВ, Костюк ГП, Винидиктова ГИ, Гукасян ЭО, Курилович ЕА, Лапшин АО, Петрухина НС. Особенности контингента и фармакотерапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в полустационарных подразделениях психоневрологических диспансеров (по материалам ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского) *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016;26(1):59–68.
Shenderov KV, Kostyuk GP, Vinidiktova GI, Gukasyan E.O., Kurilovich, E.A., Lapshin A.O., Petrukhina N.S. Characteristics of population and pharmacotherapy of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in day clinics by psychoneurological dispensaries (based on the materials of the Ghilyarovsky psychiatric hospital nr. 3). *Social and Clinical Psychiatry*. 2016;26(1):59–68. (In Russ.).
 7. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment — a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(5):337–49. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4 PMID: 15133589.
 8. Шапошников НН, Ситчихин ПВ. Динамика и корреляции инвалидности взрослого населения вследствие шизофрении с основными показателями деятельности психиатрической службы. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2016;6:140–145. doi: 10.25207/1608-6228-2016-6-140-145
Shaposhnikov NN, Sitchikhin PV. Dynamics and correlations of disability of adult population owing to schizophrenia with basic indicators of activity of mental health service. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2016;6:140–145. (In Russ.). doi: 10.25207/1608-6228-2016-6-140-145
 9. Рахимов КД, Акимбаева АМ, Зординова КА, Гуламова ГМ. Доказательная фармакотерапия шизофрении (клинико-экономические аспекты) *Современные проблемы науки и образования*. 2010;4:137–156.
Rahimov KD, Akimbaeva AM, Zordinova KA, Gulamova GM. Evident pharmacotherapy of schizophrenia (clinical and epidemiological aspects) *Modern problems of science and education*. 2010;4:137–156. (In Russ.).
 10. Букреева НД, Азаева ГД, Сорокина ВА. Организационные аспекты формирования приверженности к лечению больных шизофренией *Российский психиатрический журнал*. 2012;1:13–20.
Bukreeva ND, Azaeva GD, Sorokina VA. Organizational aspects of building up commitment to management of psychiatric patients. *The Russian Journal of Psychiatry*. 2012;1:13–20. (In Russ.).
 11. Любов ЕБ, Бессонова АА. Первый эпизод шизофрении: клинико-эпидемиологический и социально-экономический аспекты. *Российский психиатрический журнал*. 2008;2:46–50.
Lyubov EB, Bessonova AA. First-episode of schizophrenia: clinico-epidemiological and socio-economic aspects. *The Russian Journal of Psychiatry*. 2008;2:46–50. (In Russ.).
 12. Sreeraj VS, Shivakumar V, Rao NP, Venkatasubramanian G. Long-acting drug delivery systems for schizophrenia treatment In: Woodhead Publishing Series in Biomaterials. Long-Acting Drug Delivery Systems. Woodhead Publishing, 2022. P. 203–222. doi: 10.1016/B978-0-12-821749-8.00009-4
 13. Березанцев АЮ, Костюк ГП, Бурягина ЛА, Левин МЕ, Масыкин АВ. Новый этап развития системы лечения и реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020;64(4):181–189. doi: 10.46563/0044-197X-2020-64-4-181-189
Berezantsev AYU, Kostyuk GP, Burygina LA, Levin ME, Masyakin AV. The new stage in the development of a system for the treatment and rehabilitation of patients with schizophrenic spectrum disorders. *Health*

- care of the Russian Federation. 2020;64(4):181–189. (In Russ.). doi: 10.46563/0044-197X-2020-64-4-181-189
14. Шукиль ЛВ, Чеперин АИ, Шеллер АД, Волчкова ТФ.. Психиатрическая помощь в Омской области *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016;(4):39–48. Shukil LV, Cheperin AI, Sheller AD, Volchkova TF. Psychiatric care in the Omsk region. *Social and Clinical Psychiatry*. 2016;4:39–48. (In Russ.).
 15. Ушаков ЮВ, Кравченко НЕ, Суетин МЕ. К проблеме оценки качества амбулаторной лечебной помощи больным шизофренией в повседневной практике участкового психиатра. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2018;(3–4):4–7. Ushakov YV, Kravchenko NE, Suetin ME. To the problem of assessing the quality of outpatient medical care for patients with schizophrenia in the daily practice of the district psychiatrist. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2018;(3–4):4–7. (In Russ.).
 16. Костюк ГП, Масыкин АВ. Анализ ресурсообеспеченности медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях по профилю «Психиатрия» города Москвы. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;2:313–322. doi: 10.24411/2312-2935-2019-00045
Kostyuk GP, Masyakin AV. Analysis of the resource provision of medical organizations providing assistance in the stationary conditions for the psychiatry Moscow profile. *Current problems of health care and medical statistics*. 2019;2:313–322. (In Russ.). doi: 10.24411/2312-2935-2019-00045
 17. Золотарева ЛС, Масыкин АВ. Совершенствование системы организации психиатрической помощи мегаполиса *Менеджер здравоохранения*. 2019;7:23–29. Zolotareva LS, Masyakin AV. Improving the system of organizing the psychiatric aid of the megapolis. *Manager Zdravoochranenia*. 2019;7:23–29. (In Russ.).
 18. Масыкин АВ. Результаты социологического опроса специалистов и пользователей психиатрической помощи о реформах психиатрической службы, проводимых в Москве в 2010–2017 гг. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2019;2(36):49–58. doi: 10.31556/2219-0678.2019.36.2.049-058
Masyakin AV. Results on sociological survey of healthcare specialists and consumers about their opinion on reforms of psychiatric service in Moscow, conducted in 2010–2017. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2019;2(36):49–58. (In Russ.). doi: 10.31556/2219-0678.2019.36.2.049-058
 19. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Сторожакова ЯА. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Москва: Медпрактика, 2004. Gurovich IYa, Shmukler AB, Storozhakova YaA. Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija v psihiatrii. Moscow: Medpraktika, 2004. (In Russ.).
 20. Шашкова НГ, Кирьянова ЕМ, Сальникова ЛИ, Сторожакова ЯА. Динамика амбулаторных контингентов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и диспансерное наблюдение на современном этапе. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(1):36–43. Shashkova NG, Kiryanova EM, Salnikova LI, Storozhakova YaA. Alterations with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders outpatient populations and current situation with dispensary observation. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(1):36–43. (In Russ.).
 21. Шашкова НГ, Семенова НД. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с отказами от наблюдения и лечения в амбулаторной практике. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019;29(1):24–31. Shashkova NG, Semyonova ND. Patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder that refuse outpatient guidance and treatment. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;29(1):24–31 (In Russ.).
 22. Вилюм ИА, Андреев БВ, Проскурин МА, Балькина ЮЕ. Фармакоэкономическая оценка использования антипсихотических лекарственных средств на амбулаторном этапе терапии шизофрении. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2018;11(1):3–18. doi: 10.17749/2070-4909.2018.11.1.003-018
Vilyum IA, Andreev BV, Proskurin MA, Balykina YuE. Pharmacoeconomic assessment of antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2018;11(1):3–18. (In Russ.). doi: 10.17749/2070-4909.2018.11.1.003-018
 23. Choon JWY, Wu DBC, Chong HY, Lo WTL, Chong CSY, Chung WS, Chui EMC, Tomlinson B, Lee VWY, Lee SC, Lee KKC. Real-world evidence of improved healthcare utilization in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder after early treatment of paliperidone palmitate once-monthly treatment in Hong Kong. *J Med Econ*. 2019;22(3):273–279. doi: 10.1080/13696998.2018.1560749 Epub 2019 Jan 14. PMID: 30561238.
 24. Белостоцкий АВ, Тер-Исраелян АЮ, Евдокимова ТЕ. Актуальные вопросы организации и оказания психиатрической помощи в современных условиях. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2019;2:12–21. doi: 10.25742/NRIPH.2019.02.002
Belostotskiy AV, Ter-Israelyan AYU, Evdokimova TE. Current issues of the organization and rendering of psychiatric aid in modern conditions. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health* 2019;2:12–21. (In Russ.). doi: 10.25742/NRIPH.2019.02.002
 25. Чумаков ЕМ. Современные немедикаментозные и медикаментозные стратегии лечения шизофрении, направленные на повышение приверженности к терапии. *Современная терапия психических*

- расстройств. 2022;3:58–66. doi: 10.21265/PSYPH.2022.97.90.007
- Chumakov EM. Current non-pharmacological and pharmacological treatment strategies for schizophrenia aimed at improving compliance. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2022;3:58–66. (In Russ.). doi: 10.21265/PSYPH.2022.97.90.007
26. Brissos S, Veguilla MR, Taylor D, Balanzá-Martínez V. The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2014;4(5):198–219. doi: 10.1177/2045125314540297
 27. Correll CU, Kim E, Sliwa JK, Hamm W, Gopal S, Mathews M, Venkatasubramanian R, Saklad SR. Pharmacokinetic Characteristics of Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: An Overview. *CNS Drugs*. 2021 Jan;35(1):39–59. doi: 10.1007/s40263-020-00779-5 Epub 2021 Jan 28. Erratum in: *CNS Drugs*. 2025 Jan;39(1):111–112. doi: 10.1007/s40263-024-01138-4 PMID: 33507525; PMCID: PMC7873121.
 28. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, González-Pinto A. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 Aug;36(4):355–71. doi: 10.1097/JCP.0000000000000523 PMID: 27307187; PMCID: PMC4932152.
 29. Patel MX, David AS. Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it? *Advances in psychiatric treatment*. 2005;11(3):203–211. doi: 10.1192/apt.11.3.203
 30. Gerlach J. Depot neuroleptics in relapse prevention: advantages and disadvantages. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995 Jan;9 Suppl 5:17–20. doi: 10.1097/00004850-199501005-00004 PMID: 7622829.
 31. Heres S, Lambert M, Vauth R. Treatment of early episode in patients with schizophrenia: the role of long acting antipsychotics. *Eur Psychiatry*. 2014;29 Suppl 2:1409–13. doi: 10.1016/S0924-9338(14)70001-X Epub 2014 Nov 22. PMID: 25455704.
 32. Pae CU, Han C, Bahk WM, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS. Consideration of Long-Acting Injectable Antipsychotics for Polypharmacy Regimen in the Treatment of Schizophrenia: Put It on the Table or Not? *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2021;19(3):434–448. doi: 10.9758/cpn.2021.19.3.434 PMID: 34294613; PMCID: PMC8316655.
 33. Remington GJ, Adams ME. Depot neuroleptic therapy: clinical considerations. *Can J Psychiatry*. 1995;40(3 Suppl 1):S5–11. PMID: 7627927.
 34. Российское общество психиатров. Шизофрения. Клинические рекомендации. Москва, 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/451_2. Дата обращения: 05.10.2023 г. Russian Society of Psychiatrists. Shizofreniya. Klinicheskie rekomendacii. Moscow, 2021. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/451_2. (In Russ.).
 35. Weiden PJ. Redefining Medication Adherence in the Treatment of Schizophrenia: How Current Approaches to Adherence Lead to Misinformation and Threaten Therapeutic Relationships. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(2):199–216. doi: 10.1016/j.psc.2016.01.004 Epub 2016 Mar 10. PMID: 27216900.
 36. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:1171–1180. doi: 10.2147/PPA.S53795 PMID: 24265549; PMCID: PMC3833623.
 37. Тараканова ЕА, Кожанов АВ. Современная психофармакотерапия при шизофрении: сохранение жизни больных. *Вестник Академии знаний*. 2015;12(1):120–125. Tarakanova EA, Kozhanov AV. Current psychotherapy of schizophrenia: saving the lives of patients. *Bulletin of the Academy of Knowledge*. 2015;12(1):120–125. (In Russ.).
 38. Данилов ДС. Терапевтическое сотрудничество больных шизофренией и врача (значение для эффективности лечения, механизмы формирования и методы коррекции). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2011;(2):17–24. Danilov DS. Therapeutic collaboration of schizophrenic patients and a physician (the significance for therapeutic efficiency, the mechanisms of formation, and correction methods). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2011;(2):17–24. (In Russ.).
 39. Yalçın N, Ak S, Gürel ŞÇ, Çeliker A. Compliance in schizophrenia spectrum disorders: the role of clinical pharmacist. *Int Clin Psychopharmacol*. 2019;34(6):298–304. doi: 10.1097/YIC.0000000000000280 PMID: 31343497.
 40. Song X, El Khoury AC, Brouillette M, Smith D, Joshi K. Treatment discontinuation of long-acting injectables or oral atypical antipsychotics among Medicaid recipients with schizophrenia. *J Med Econ*. 2019;22(11):1105–1112. doi: 10.1080/13696998.2019.1615927 Epub 2019 May 23. PMID: 31062998.
 41. Mursalova Z. To Whom We Prescribe Long Acting Antipsychotics at Discharge from Hospital? *Schizophr Bull*. 2020;46:216.
 42. Мосолов СН, Цукарзи ЭЭ, Алфимов ПВ. Алгоритмы биологической терапии шизофрении *Современная терапия психических расстройств*. 2014;(1):27–36. Mosolov S, Tsukarzi E, Alfimov P. Algorithms for biological treatment of schizophrenia. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2014;(1):27–36. (In Russ.).
 43. Devrimci Özgüven H, Kır Y. Long Acting Injectable Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Noro Psikiyatr Ars*. 2021;58(Suppl 1):S47–S52. doi: 10.29399/npa.27480 PMID: 34658635; PMCID: PMC8498817.

44. Stevens GL, Dawson G, Zummo J. Clinical benefits and impact of early use of long-acting injectable antipsychotics for schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(5):365–77. doi: 10.1111/eip.12278 Epub 2015 Sep 25. PMID: 26403538; PMCID: PMC5054869.
45. Любов ЕБ. Инъекционные антипсихотики длительного действия при первом эпизоде шизофрении: клиническая перспектива (аналитический обзор) *Российский психиатрический журнал*. 2013;(6):59–69. doi: 10.24411/1560-957X-2013-11377
Lyubov EB. Long-acting injectable antipsychotics in the first-episode schizophrenia: a clinical perspective (analytical review). *The Russian Journal of Psychiatry*. 2013;(6):59–69. (In Russ.). doi: 10.24411/1560-957X-2013-11377
46. Patel C, Emond B, Morrison L, Lafeuille MH, Lefebvre P, Lin D, Kim E, Joshi K. Risk of subsequent relapses and corresponding healthcare costs among recently-relapsed Medicaid patients with schizophrenia: a real-world retrospective cohort study. *Curr Med Res Opin*. 2021;37(4):665–674. doi: 10.1080/03007995.2021.1882977 Epub 2021 Feb 14. PMID: 33507831.
47. Hong J, Novick D, Brugnoli R, Bertsch J, Haro JM. Changes in adherence and treatment costs following initiation of oral or depot typical antipsychotics among previously non-adherent patients with schizophrenia. *Hum Psychopharmacol*. 2013;28(5):438–46. doi: 10.1002/hup.2328 Epub 2013 Jun 15. PMID: 23775950.
48. Taylor D. Psychopharmacology and adverse effects of antipsychotic long-acting injections: a review. *Br J Psychiatry Suppl*. 2009;52:S13–9. doi: 10.1192/bjp.195.52.s13 PMID: 19880912.
49. Оленева ЕВ, Капилетти СГ, Рывкин ПВ, Ладыженский М.Я.. Рисполепт Конста — 10 лет применения в России: некоторые итоги. *Современная терапия психических расстройств*. 2015;(1):10–24.
Oleneva EV, Kapiletti SG, Ryvkin PV, Ladyzhenskii MJ. Risperidone Consta — 10 years of practice in Russia: some conclusions. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2015;(1):10–24. (In Russ.).
50. Fusar-Poli P, Kempton MJ, Rosenheck RA. Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*. 2013;28(2):57–66. doi: 10.1097/YIC.0b013e32835b091f PMID: 23165366.
51. Sampogna G, Del Vecchio V, De Rosa C, Giallonardo V, Luciano M, Palumbo C, Di Vincenzo M, Fiorillo A. Community Mental Health Services in Italy. *Consort Psychiatr*. 2021;2(2):86–92. doi: 10.17816/CP76 PMID: 39070729; PMCID: PMC11272313.
52. Оленева ЕВ, Рывкин ПВ, Ладыженский М.Я. Возможности палиперидона пальмитата в длительной противорецидивной терапии шизофрении (обзор доказательных исследований). *Современная терапия психических расстройств*. 2018;(1):37–44. doi: 10.21265/PSYPH.2018.44.11529
- Oleneva EV, Ryvkin PV, Ladyzhensky MYa. Potential of paliperidone palmitate in long-term preventing therapy of relapses in schizophrenia (review of evidence-based studies). *Current Therapy of Mental Disorders*. 2018;(1):37–44. (In Russ.). doi: 10.21265/PSYPH.2018.44.11529
53. Сиволап ЮП, Портнова АА, Янушкевич МВ, Савченков ВА, Пушин ПВ.. Шизофрения как предмет компетенции психиатра, нарколога, кардиолога, эндокринолога и патологоанатома *Неврологический вестник*. 2020;52(3):76–81. doi: 10.17816/nb44729
Sivolap JuP., Portnova AA, Janushkevich MV, Savchenkov VA, Pushin PV. Schizophrenia as an object of competence of psychiatrist, narcologist, cardiologist, endocrinologist and pathologist. *Neurology bulletin*. 2020;52(3):76–81. (In Russ.). doi: 10.17816/nb44729
54. Швец КН, Хамская ИС. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор). *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019;5(2):72–85 doi: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8
Shvets KN, Khamaskaya IS. Factors of social disadaptation of patients with schizophrenia and approaches to psychosocial therapy and rehabilitation (review). *Research Results in Biomedicine*. 2019;5(2):72–85. (In Russ.). doi: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8
55. Софронов АГ, Спикина АА, Савельев АП, Парфенов ЮА. Анализ результатов поддерживающей терапии шизофрении *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2013;1(1):101–113.
Sofronov AG, Spikina AA, Saveljev AP, Parfenov JuA. Analysis of the results of long-term supporting therapy of schizophrenia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2013;1(1):101–113. (In Russ.).
56. Бочкарева ОС. Динамика и отдаленные исходы шизофрении и расстройств шизофренического спектра в подгруппах пациентов с разными вариантами течения заболевания *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(3):18–22.
Bochkaryova OS. The dynamics and long-term outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder in patient subgroups with different course of disease. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(3):18–22. (In Russ.).
57. Шмуклер АБ. К вопросу о реорганизации психиатрической службы *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021;31(3):91–95.
Shmukler AB. On the issue of the reorganization of the psychiatric service. *Social and Clinical Psychiatry*. 2021;31(3):91–95. (In Russ.).
58. Самойлова ДД, Барыльник ЮБ, Янушко ПС. Психореабилитация как составляющая процесса психореабилитации пациентов с шизофренией *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2015;5(2):104–107.

- Samojlova DD, Baryl'nik JuB, Janushko PS. Psihoo-brazovanie kak sostavl'jajushhaja processa psihore-abilitacii pacientov s shizofreniej. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2015;5(2):104–107. (In Russ.).
59. Вид ВД, Лутова НБ. Доказательная психотерапия психозов: современный анализ проблемы. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2019;4:12–16. doi: 10.31363/2313-7053-2018-4-12-16
Vid VD, Lutova NB. The evidence-based psychotherapy of psychoses: current analysis of the problem. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2019;4:12–16. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2018-4-12-16
60. Осокина ОИ. Возможности медикаментозного лечения и психотерапии в потенцировании ремиссии у пациентов на ранних стадиях шизофрении. *Международный неврологический журнал*. 2015;5(75):116–124
Osokina OI. The possibility of drug treatment and psychotherapy in potentiation of remission in patients with early stages of schizophrenia. *International neurological journal*. 2015;5(75):116–124. (In Russ.).
61. Руженская Е.В. Современные подходы к организации социореабилитации лиц с психическими расстройствами. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2016;21(2):10–15.
Ruzhenkaya EV. Sociorehabilitation organization in persons with psychic disorders: modern approaches. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*. 2016;21(2):10–15. (In Russ.).
62. Шендеров КВ, Винидиктова ГИ, Костюк ГП, Михалев МА, Белицын ДН, Висневская ЛЯ, Воробьев АМ, Лапшин АО, Петрухина НС, Сегренева-Воробьева НМ, Шашкова НГ. Сравнительный анализ контингента и используемых лечебно-реабилитационных подходов в полустационарных подразделениях психоневрологического диспансера (по материалам однодневной переписи). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015;25(1):45–52.
Shenderov KV, Vinidiktova GI, Kostyuk GP, Mikhailev MA, Belitsin DN, Visnevskaya LYa, Vorobyev AM, Lapshin AO, Petruchina NS, Segrenева-Vorobyeva NM, Shashkova NG. Comparative analysis of patients' characteristics and treatment and rehabilitation approaches in day program units of a psychoneurological dispensary (based on one-day census data). *Social and Clinical Psychiatry*. 2015;25(1):45–52. (In Russ.).
63. Chien WT, Cheung EFC, Mui JHC, Gray R, Ip G. Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J*. 2019;25(1):4–9. PMID: 30674700.
64. Чуканова ЕК. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;24(1):21–27.
Chukanova EK. Effectiveness of comprehensive psychosocial interventions for patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a psychoneurological dispensary. *Social and Clinical Psychiatry*. 2014;24(1):21–27. (In Russ.).
65. Шендеров КВ. Эффективность комплексной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара ПНД. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(3):54–58.
Shenderov KV. Efficacy of multicomponent care for patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a day clinic of psychoneurological dispensary. *Social and Clinical Psychiatry*. 2010;20(3):54–58. (In Russ.).
66. Софронов АГ, Грицевская ТМ, Савельев АП, Корман ТА. Оптимизация долгосрочных результатов лечения шизофрении при длительной комплексной терапии препаратом палиперидона пальмитатом в сочетании с психосоциальными вмешательствами в амбулаторных условиях. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(1):39–47.
Sofronov AG, Gritsevskaya TM, Savelyev AP, Korman TA. Optimization of long-term results of schizophrenia treatment in the long complex therapy with paliperidone palmitate in combination with psychosocial interventions in outpatient settings. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(1):39–47. (In Russ.).
67. Гришина НК, Тер-Исраелян АЮ, Евдокимова Т., Загоруйченко АА. К вопросу интеграции амбулаторного психиатрического модуля в оказании специализированной помощи больным. *Менеджер здравоохранения*. 2020;3:37–43.
Grishina NK, Ter-Israelyan AYu, Evdokimova TE, Zagoruychenko AA. To the question of integrating outpatient mental health module providing specialized care to patients. *Manager Zdravoochranenia*. 2020;3:37–43. (In Russ.).
68. Белостоцкий АВ, Тер-Исраелян АЮ, Гришина НК, Загоруйченко АА. Аспекты медицинской реабилитации в формате реформ психиатрической службы. *Менеджер здравоохранения*. 2020;1:35–41.
Belostotskiy AV, Ter-Israelyan AYu, Grishina NK, Zagoruychenko AA. Aspects of medical rehabilitation in the reform of psychiatric services. *Manager Zdravoochranenia*. 2020;1:35–41. (In Russ.).
69. Гурович ИЯ. Состояние психиатрической службы в России: Актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(4):5–9.
Gurovich IYa. The state of psychiatric care system in Russia: current challenges against background shrinking of the in-patient care. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(4):5–9. (In Russ.).

Сведения об авторах

Лариса Андреевна Бурьгина, кандидат медицинских наук, главный врач, ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва, Россия

pkb4@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2613-8783>

Георгий Петрович Костюк, доктор медицинских наук, профессор, главный врач, ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», заведующий кафедрой психического здоровья, факультет психологии, ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

pkb4@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Сергей Александрович Голубев, доктор медицинских наук, заместитель главного врача, ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ», ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», профессор кафедры психиатрии, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации», Москва, Россия

pkb4@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0021-4936>

Николай Игоревич Беглянкин, кандидат медицинских наук, психиатр, ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ», Москва, Россия

begnik@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4638-7461>

Information about the authors

Larisa A. Burygina, Cand. Sci. (Med.), Chief Medical Officer, The State budgetary healthcare institution "The Psychiatric Clinical Hospital №4 named after P.B. Gannushkin of the Moscow Healthcare Department", Moscow, Russia

pkb4@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2613-8783>

Georgy P. Kostyuk, Professor, Dr. Sci. (Med.); Chief Medical Officer, The State budgetary healthcare institution Psychiatric Clinical Hospital No 1 named after N.A. Alekseev; Head of Mental health department, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

pkb4@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Sergey A. Golubev, Dr. Sci. (Med.), Deputy Chief Medical Officer, The State budgetary healthcare institution "The Psychiatric Clinical Hospital №4 named after P.B. Gannushkin of the Moscow Healthcare Department"; Leading Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Professor of Psychiatry department, Federal State Budgetary Institution "Central State Medical Academy of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation", Moscow, Russia

pkb4@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0021-4936>

Nikolay I. Beglyankin, Cand. Sci. (Med.), Psychiatrist, The State budgetary healthcare institution "The Psychiatric Clinical Hospital №4 named after P.B. Gannushkin of the Moscow Healthcare Department", Moscow, Russia

begnik@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4638-7461>

Вклад авторов

Бурьгина Л.А. — концептуализация, методология, верификация данных, формальный анализ, создание черновика рукописи

Костюк Г.П. — концептуализация, методология, редактирование рукописи, руководство исследованием

Голубев С.А. — методология, верификация данных, формальный анализ, администрирование данных, редактирование рукописи

Беглянкин Н.И. — верификация данных, администрирование данных, редактирование рукописи

Authors' contribution

Larisa A. Burygina — conception, methodology, data acquisition, analysis, original draft

Georgy P. Kostyuk — conception, methodology, editing, project administration

Sergey A. Golubev — methodology, data acquisition, analysis, data administration, editing

Nikolay I. Beglyankin — data acquisition, data administration, editing

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

Дата поступления 19.11.2024
Received 19.11.2024

Дата рецензирования 28.12.2024
Revised 28.12.2024

Дата принятия к публикации 11.02.2025
Accepted for publication 11.02.2025