

Опыт использования антипсихотика карипразина при лечении расстройств шизофренического спектра в условиях психиатрического стационара

Лиманкин О.В.¹, Конюшенко К.К.¹, Линова Л.П.¹, Берников М.В.², Голосов Е.А.¹, Бугорский А.В.¹

¹Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко, Санкт-Петербург, Россия

²Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, Омск, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Целью исследования стала оценка возможности применения препарата карипразина для лечения продуктивных и негативных симптомов при расстройствах шизофренического спектра в условиях стационара.

Материалы и методы: Материал исследования составила группа из 35 пациентов с ведущими продуктивными и негативными симптомами у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, находившихся на лечении в условиях психиатрического стационара. Состояние пациентов объективизировалось по шкалам глобального клинического впечатления (Clinical global impression scale, CGI-S и CGI-I) и Шкале оценки позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) — на начало исследования и в динамике на 30 и 60 день лечения. Средний балл по шкале PANSS на начало исследования составил $94,45 \pm 14,49$ балла. После назначения препарата наблюдение за пациентами продолжалось до 60 дней.

Полученные результаты: Назначение карипразина проводилось как в качестве препарата первой линии, так и после предшествовавшей терапии. Диапазон доз составлял от 1,5 мг до 6 мг в сутки. У 3 пациентов (8,57%) терапия карипразином была прекращена по причине развития нежелательных явлений или усугубления состояния. У оставшихся 32 пациентов (91,43%) отмечалась положительная динамика.

Выводы: исследование показало высокую эффективность карипразина при его назначении для лечения продуктивных и негативных симптомов при расстройствах шизофренического спектра в условиях стационара. У большей части пациентов препарат хорошо переносился.

Ключевые слова: шизофрения, стационар, лечение, продуктивные симптомы, негативные симптомы, антипсихотики.

Информация об авторах

Лиманкин О.В. — e-mail: hospital@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0000-0001-6318-7536>

Конюшенко К.К. — e-mail: kk-koniushenko@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0009-006-7300-1831>

Линова Л.П. — e-mail: lp-linova@kaschenko-spb.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2712-3724>

Голосов Е.А. — e-mail: e.a.goloso@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0000-0003-4548-8225>

Бугорский А.В. — e-mail: av-bugorskii@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0009-0006-7300-1831>

Берников М.В. — e-mail: bmv.psy@yandex.ru <https://orcid.org/0009-0003-7872-1270>

Как цитировать: Лиманкин О.В., Конюшенко К.К., Линова Л.П., Берников М.В., Голосов Е.А., Бугорский А.В. Опыт использования антипсихотика карипразина при лечении расстройств шизофренического спектра в условиях психиатрического стационара. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:3:92-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-868>.

Cariprazine in the treatment of schizophrenia spectrum disorders in a hospital setting

Oleg V. Limankin¹, Konstantin K. Koniushenko¹, Lidiya P. Linova¹, Mihail V. Bernikov², Egor A. Golosov¹, Aleksandr V. Bugorskiy¹

¹Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kaschenko, Saint Petersburg, Russia

²Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov, Omsk, Russia

Research article

Summary. The aim of the study was to evaluate the possibility of using cariprazine for the treatment of productive and negative symptoms in schizophrenic spectrum disorders in a hospital setting.

Materials and methods: A group of 35 patients with leading productive and negative symptoms in patients with schizophrenic spectrum disorders treated in a psychiatric hospital constituted the material of the study. The condition of patients was objectified according to the Clinical Global Impression Scale (CGI-S and CGI-I) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)—at the beginning of the study and in dynamics on the 30th and 60th day of treatment. The mean PANSS score at the beginning of the study was 94.45 ± 14.49 points. After the drug administration, the patients were followed up for up to 60 days.

Results: Cariprazine was administered both as first-line treatment and after prior therapy. The dose range was from 1.5 mg to 6 mg daily. In 3 patients (8.57%), cariprazine therapy was discontinued due to the development of adverse events or worsening of the condition. The remaining 32 patients (91.43%) showed positive dynamics.

Conclusions: The study showed high efficacy of cariprazine when administered for the treatment of productive and negative symptoms in schizophrenic spectrum disorders in a hospital setting. The drug was well tolerated in the majority of patients.

Key words: schizophrenia, hospital, treatment, productive symptoms, negative symptoms, antipsychotics.

Information about authors

Oleg V. Limankin — e-mail: hospital@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0000-0001-6318-7536>

Konstantin K. Koniushenko — e-mail: kk-koniushenko@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0009-006-7300-1831>

Lidiya P. Linova — e-mail: lp-linova@kaschenko-spb.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2712-3724>

Egor A. Golosov — e.a.golosov@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0000-0003-4548-8225>

Aleksandr V. Bugorskiy — e-mail: av-bugorskiy@kaschenko-spb.ru <https://orcid.org/0009-0006-7300-1831>

Mihail V. Bernikov — e-mail: bmv.psy@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7872-1270>

To cite this article: Limankin OV, Koniushenko KK, Linova LP, Bernikov MV, Golosov EA, Bugorskiy AV. Cariprazine in the treatment of schizophrenia spectrum disorders in a hospital setting. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57:3;92-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-868>. (In Russ.)

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest

Несмотря на большое количество антипсихотиков на фармакологическом рынке, к настоящему времени все ещё не был назван препарат, который в высокой степени удовлетворял бы запросы как лечащего врача, так и самого пациента в отношении эффективности, переносимости, безопасности, кратности и удобства приёма. Большинство антипсихотиков достаточно хорошо купируют продуктивные симптомы болезни, являющиеся факультативными для расстройств шизофренического спектра, и не имеют качественных механизмов влияния на негативные симптомы — облигатные для подавляющего большинства шизофренических нозологий. Способность купировать психоз в сочетании с перспективой повышения социального функционирования пациента можно назвать одними из самых важных критериев в современном подходе к лечению психиатрических пациентов.

Темой нашего сообщения является обсуждение возможностей фармакотерапии продуктивных и негативных синдромов при расстройствах шизоф-

ренического спектра в связи с появлением нового антипсихотика карипразина. К моменту регистрации препарат прошёл все необходимые фазы исследования, доказавшие его эффективность и безопасность в отношении продуктивной, негативной симптоматики, а также нейрокогнитивного дефицита [2, 3, 4].

Мы попытались обобщить предварительный опыт применения карипразина при лечении пациентов с различными формами шизофренических расстройств, вариантами течения данных форм и разнородными ведущими синдромами в рамках этих заболеваний в условиях психиатрического стационара. Исследование эффективности применения карипразина проводилось в Санкт-Петербургской Психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко.

Материал и методы

Материал исследования составила группа из 35 пациентов психиатрического стационара с

различными расстройствами шизофренического спектра с продуктивными и негативными симптомами. Из них 27 мужчин, 8 женщин. Средний возраст пациентов составил $37,2 \pm 11,99$ лет (мужчин — $36,8 \pm 12,1$ лет; женщин — $38,5 \pm 12,5$ лет). Длительность заболевания и психиатрического лечения колебалась от нескольких месяцев до 31 года; в среднем, $10,5 \pm 8,1$ лет (у мужчин — $9,5 \pm 7,8$ лет, у женщин — $11,7 \pm 9,6$ лет).

13 пациентов были госпитализированы впервые, 22 пациента проходили лечение в психиатрическом стационаре более 3-х раз. Один пациент являлся пенсионером по возрасту, 5 пациентов были трудоустроены, 4 пациента были студентами высших и средне-специальных учебных заведений, остальные не имели постоянного места работы. 15 пациентов являлись инвалидами по психическому заболеванию. Из 35 пациентов имели сопутствующие заболевания: ИБС — 3 пациента, ГБ II ст. 3 пациентов, 1 пациент имел в анамнезе диффузный токсический зоб, 3 пациента страдали вирусным гепатитом С (вне обострения), железодефицитную анемию — 1 пациент, 2 пациента — сахарный диабет второго типа.

У пациентов, включённых в исследование, наблюдалась психотическая симптоматика при установленном диагнозе, соответствующем критериям шизофренических расстройств. Основными нозологиями были: параноидная шизофрения (37.14%), простая шизофрения 34.29%, шизоаффективное расстройство — (11.43%), шизотипические расстройства — 8.57%. По типам течения наблюдалось распределение: период наблюдения менее года — 8.57%, непрерывно-прогредиентное течение — 57.14%, приступообразно-прогредиентное течение — 31.43%.

В клинической картине преобладали: «параноидный синдром» — 20%, апато-абулический синдром, включая эмоционально-волевой дефект — 31.43%, аффективно-параноидные синдромы — 11.43%, психопатоподобный синдром — 8.57%.

Отдельно стоит отметить использование карипразина у 2 пациентов (5.71%) при «парафреническом синдроме» в комбинации с галоперидолом — 1 пациент и зуклопентиксолом — 1 пациент.

Оценка состояния проводилась по Шкале оценки позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS), по шкалам общего клинического впечатления (Clinical global impression scale, CGI-S и CGI-I). Шкалирование производилось одним и тем же рецензентом на протяжении всего исследования, что позволило исключить неправильную оценку состояния пациента. Исследование производилось: на 1–2 сутки при поступлении, до начала приема карипразина, на 30 день, и 60 день или при выписке больного из стационара.

К началу лечения карипразином средняя сумма баллов по шкале PANSS составляла $94,45 \pm 14,49$ балла. Средняя сумма баллов у мужчин ($99,5 \pm 13,5$), была выше по сравнению с женщинами ($91,2 \pm 13,5$). Распределение по шкале

общего клинического впечатления CGI-S, в целом, соответствовало распределению по шкале PANSS: «умеренно выраженное расстройство» (CGI-S = 4) — 8; «выраженное расстройство» (CGI-S = 5) — 24; «тяжелое расстройство» (CGI-S = 6) — 5.

Результаты

Карипразин назначался как пациентам, впервые получающим антипсихотическую терапию, так и пациентам, имеющим опыт лечения антипсихотиками первого и второго поколений. Способ применения и дозы соответствовали инструкции по применению препарата. [1] Диапазон доз составлял от 1,5 мг до 6 мг в сутки. Средняя дозировка в исследуемой группе составила 4,05 мг. Средние дозы у женщин были ниже, чем у мужчин: 3,16 мг и 4,8 мг. После назначения препарата наблюдение за пациентами длилось до 60 дней. 5 пациентов завершили лечение досрочно (на 7 неделе — 2 пациента и 8 неделе — 3 пациента), в связи с более ранним достижением качественной медикаментозной ремиссии или достижения неполной ремиссии с частичной редукцией психопатологических симптомов, позволяющей продолжить лечение в амбулаторных условиях. Однако эти пациенты были учтены нами, как завершившие исследование. Таким образом, завершили исследование — 32 пациента. Прекратили наблюдение по причине обострения психотической симптоматики и смены терапии — 3 пациента (1 пациент с кататоно-онероидным синдромом, 1 пациент с ипохондрическим синдромом в рамках вялотекущей шизофрении, с присоединением некупируемого антипсихотик-индуцированного паркинсонизма, 1 пациент с галлюцинаторно-параноидным синдромом в рамках параноидной шизофрении).

На момент включения в исследование сумма баллов по шкале PANSS равнялась $-94,45 \pm 14,49$. При «параноидной форме» сумма баллов по шкале PANSS составляла $-99,2 \pm 8,95$, при «шизоаффективных расстройствах» $-110,5 \pm 27,57$, при «простой форме» $-88,3 \pm 12,90$. По типу течения психического расстройства по шкале PANSS показатели распределились: «первый приступ» — $101 \pm 3,60$, «приступообразно-прогредиентное течение» — $98,3 \pm 11,58$, «непрерывно-прогредиентное течение» — $91,4 \pm 16,26$. Из синдромов психических расстройств у пациентов, получающих карипразин, по шкале PANSS показатели распределились: «параноидный» — $95,0 \pm 5,85$, «апато-абулический» — $83,3 \pm 12,60$, «аффективно-параноидные» $95,6 \pm 3,77$, «психопатоподобный» $93,6 \pm 2,30$, «парафренный» — $115,5 \pm 10,60$.

Через 30 дней отмечалось снижение средней суммы баллов по шкале PANSS до $91,0 \pm 13,75$. В группе пациентов с «параноидной формой» до $95,2 \pm 7,14$, с «шизоаффективным расстройством» $-108,5 \pm 30,40$, с «простой формой» — $84,7 \pm 12,13$. По течению болезни распределение по данным шкалы PANSS было следующим образом: «первый приступ» — $98,0 \pm 2$ баллов, «приступообразно-прогредиентное течение» — $95,5 \pm 12,64$, «непрерывно-про-

прогредиентное течение» — $87,6 \pm 14,50$. По синдромам: «параноидный» — $95,0 \pm 5,22$ балла, «апатно-абулический» — $83,2 \pm 11,91$, «парафренный» — $107,0 \pm 0$, «аффективно-параноидные синдромы» — $92,5 \pm 9,94$, «психопатоподобный» — $90,3 \pm 2,51$.

У пациентов, закончивших исследование на 60 день, или у пациентов, закончивших лечение раньше по причине быстрой положительной динамики и перевода в амбулаторную службу, были получены следующие данные. Средняя сумма баллов по шкале PANSS — $85,02 \pm 14,02$. Сумма баллов по шкале PANSS при «параноидной шизофрении» — $88,8 \pm 6,73$, «простой шизофрении» — $78,1 \pm 10,86$, «шизоаффективном расстройстве» — $106 \pm 33,94$. По течению болезни — изменения по шкале PANSS: «первый приступ» — $90 \pm 4,35$ баллов, «непрерывно-прогредиентное течение» — $81,8 \pm 14,45$, «приступообразно-прогредиентное течение» — $89,7 \pm 13,94$. По синдромам изменения по шкалам PANSS распределились следующим образом: «параноидный» — $87,4 \pm 5,99$, «апатно-абулический» — $78,5 \pm 11,41$, «парафренный» — $102 \pm 1,41$, «аффективно-параноидные» — $85,5 \pm 3$, «психопатоподобный» — $6,08$.

Данные по шкалам CGI-S и CGI-I в целом соответствуют результатам данных PANSS. На момент включения в исследование сумма баллов по шкале CGI-S при «параноидной форме» — $5,06 \pm 0,56$, при «шизоаффективных расстройствах» — $4,5 \pm 0,70$, при «простой форме» — $4,83 \pm 0,57$. По типу течения психического расстройства по шкале CGI-S показатели распределились: «первый приступ» — $4,66 \pm 0,57$, «приступообразно-прогредиентное течение» — $4,90 \pm 0,53$, «непрерывно-прогредиентное течение» — $4,95 \pm 0,98$. По синдромам показатели распределились: «параноидный» — $5 \pm 0,57$, «апатно-абулический» — $4,72 \pm 0,46$, «аффективно-параноидные» — $5 \pm 0,81$, «психопатоподобный» — 5 ± 0 , «парафренный» — 6 ± 0 .

Через 30 дней отмечалось снижение средней суммы баллов CGI-S. При «параноидной форме» сумма баллов по шкале CGI-S составляла — $4,73 \pm 0,70$, при «шизоаффективных расстройствах» — $5 \pm 4,41$, при «простой форме» — $4,58 \pm 0,56$. По типу течения психического расстройства по шкале CGI-S показатели распределились: «первый приступ болезни» — $4,33 \pm 0,57$, «приступообразно-прогредиентное течение» — $4,63 \pm 0,67$, «непрерывно-прогредиентное течение» — $4,46 \pm 0,70$. По синдромам показатели распределились: «параноидный» — $4,85 \pm 0,69$, «апатно-абулический» — $4,54 \pm 0,52$, «аффективно-параноидные» — $4,25 \pm 0,5$, «психопатоподобный» — $4,56 \pm 0,54$, «парафренный» — 6 ± 0 .

У пациентов, закончивших исследование на 60 день, или у пациентов, закончивших лечение раньше по причине быстрой положительной динамики и перевода в амбулаторную службу, были получены следующие данные. Средняя сумма баллов по шкале CGI-S составляла при «параноидной форме» — $4,13 \pm 0,51$, при «шизоаффективных расстройствах» — $4,5 \pm 2,12$, при «простой форме» — $4,08 \pm 0,28$.

По типу течения психического расстройства по шкале CGI-S показатели распределились: «первый приступ болезни» — 3 ± 0 , «приступообразно-прогредиентное течение» — $3,36 \pm 0,67$, «непрерывно-прогредиентное течение» — $3,38 \pm 0,49$. По синдромам по шкале CGI-S показатели распределились: «параноидный» — $4 \pm 0,57$, «апатно-абулический» — 4 ± 0 , «аффективно-параноидные» — $3,75 \pm 0,5$, «психопатоподобный» — 4 ± 0 , «парафренный» — 5 ± 0 .

CGI-I на 30 день при «параноидной форме» сумма баллов по шкале CGI-I составляла — $3,26 \pm 0,51$, при «шизоаффективных расстройствах» — $4 \pm 0,41$, при «простой форме» — $3,33 \pm 0,49$. По типу течения психического расстройства по шкале CGI-I показатели распределились: «первый приступ болезни» — 3 ± 0 , «приступообразно-прогредиентное течение» — $3,36 \pm 0,67$, «непрерывно-прогредиентное течение» — $3,38 \pm 0,49$. Из синдромов психических расстройств у пациентов, получающих карипразин, по шкале CGI-I показатели распределились: «параноидный» — $3,14 \pm 0,37$, «апатно-абулический» — $3,27 \pm 0,46$, «аффективно-параноидные» — 3 ± 0 , «психопатоподобный» — $3,66 \pm 0,57$, «парафренный» — 4 ± 0 .

Сумма баллов по шкале CGI-I на конец исследования при «параноидной форме» сумма баллов составляла — $2,46 \pm 0,63$, при «шизоаффективных расстройствах» — $4 \pm 2,82$, при «простой форме» — 3 ± 0 . По типу течения психического расстройства по шкале CGI-S показатели распределились: «первый приступ болезни» — 2 ± 0 , «приступообразно-прогредиентное течение» — $2,81 \pm 1,25$, «непрерывно-прогредиентное течение» — $2,90 \pm 0,43$. Из синдромов психических расстройств, у пациентов получающих карипразин, по шкале CGI-I показатели распределились: «параноидный» — $2,14 \pm 0,37$, «апатно-абулический» — 3 ± 0 , «аффективно-параноидные» — 2 ± 0 , «психопатоподобный» — $2,5 \pm 0,70$, «парафренный» — 3 ± 0 .

К моменту окончания исследования, используемые дозировки препаратов были 6 мг — 13 пациентов, 3–13 пациентов, 4,5 мг — 8 пациентов. Пациенты, выписанные на дозировке 1,5 мг, в нашем исследовании отсутствовали, данная дозировка использовалась только для титрации в начале лечения.

Обсуждение

В результате проведенного исследования у закончивших 60-дневное исследование пациентов отмечалось снижение показателей по шкале PANSS со стороны позитивных симптомов — на 20%, негативных симптомов — на 25–30%. Средний балл по шкале общего клинического впечатления CGI-I на момент окончания исследования — 2,8 балла.

В ходе исследования у ряда пациентов были выявлены побочные эффекты в виде антипсихотик-индуцированного экстрапирамидного синдрома у 12 пациентов — (34,29%), представленные явлениями острого антипсихотик-индуцированного паркинсонизма (АИП) (41,67%) и острой лекарственно-индуцированной акатизии

(ЛИА) (58,33%). Данные нежелательные реакции (НР) потребовали курсового назначения холиноблокаторов (бипиридена, тригексифенидила) в средней дозировке 2,75 мг, курсового назначения анксиолитика с миорелаксирующим действием бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина в средней дозировке 2,5 мг, также проводилось снижение дозировки карипразина. Это позволяло купировать нежелательные явления и не приводило к выводу из исследования в силу наличия побочных эффектов. Только у одного пациента карипразин был отменен из-за некупируемого АИП в дозировке 3 мг.

На протяжении первых 2–3 недель терапии у некоторых пациентов также имели место жалобы на головокружение (5%), тошноту (5%), слабость (17%), однако после истечения 4-х недель терапии вышеуказанные жалобы отсутствовали. В ходе лечения у пациентов не наблюдалось клинически значимых повышений уровня глюкозы, общего холестерина и триглицеридов. Не наблюдалось повышения пролактина, однако, наблюдалось снижение повышенного уровня пролактина у одного пациента, принимающего ранее антипсихотик второго поколения, с высоким риском гиперпролактинемии. Стоит отметить, что изучение взаимосвязи ранее принимаемой антипсихотической терапии и эффективности и безопасности карипразина не являлось объектом нашего изучения. У пациентов, получающих карипразин, не было зафиксировано изменений на ЭКГ, требовавших отмены препарата. Набор массы тела был зафиксирован у пациентов с изначальным дефицитом, в большинстве случаев это были па-

циенты с апато-абулическим синдромом. Данные о частоте побочных эффектов, о достаточно хорошей переносимости в отношении нарушения углеводного обмена, метаболического синдрома, гиперпролактинемии, кардиотоксичности с удлинением интервала QT соответствуют данным, полученным при открытых расширенных исследованиях [5], [6].

Выводы

Предварительные результаты использования препарата карипразин («Реагила») в психиатрическом стационаре показали его высокую эффективность. Препарат хорошо переносился почти в 96% случаев (даже без оценки влияния предшествующей терапии). Ухудшение психического состояния в ходе приёма препарата отмечено только у 1 пациента, что, вероятно, было обусловлено тяжестью состояния. Эффективность карипразина отмечена как у пациентов с продуктивными (параноидный, аффективно-параноидные, психопатоподобный, парафренный) ведущими синдромами, так и с негативными (апато-абулический синдром), что позволяет улучшить качество жизни длительно болеющих хронизированных пациентов, а недавно заболевшим пациентам дает возможность не достигать выраженных негативных симптомов, являющихся облигатными для расстройств шизофренического спектра. Определение эффективности в отношении большего количества заболеваний шизофренического спектра — насущная задача дальнейших исследований.

Литература / References

1. Инструкция по препарату «Реагила» рег. №: ЛПТ-(001510)-(PI-RU) от 06.12.22. [grls.minzdrav.gov.ru].grls; 2022.
Доступно: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=888732b8-f07d-4c3c-ab9c-e4e9c65b119e
2. Durgam S, Greenberg WM, Li D, Lu K, Laszlovszky I, Németh G, Migliore R, Volk S. Safety and tolerability of cariprazine in the long-term treatment of schizophrenia: results from a 48-week, single-arm, open-label extension study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017;234(2):199-209.
<https://doi.org/10.1007/s00213-016-4450-3>
3. Fleischhacker W, Galderisi S, Laszlovszky I, Szatmári B, Barabásky Á, Acsai K, Szalai E, Harsányi J, Earley W, Patel M, Németh G. The efficacy of cariprazine in negative symptoms of schizophrenia: Post hoc analyses of PANSS individual items and PANSS-derived factors. *Eur Psychiatry*. 2019;58:1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.01.015>
4. Marder S, Fleischhacker WW, Earley W, Lu K, Zhong Y, Németh G, Laszlovszky I, Szalai E, Durgam S. Efficacy of cariprazine across symptom domains in patients with acute exacerbation of schizophrenia: Pooled analyses from 3 phase II/III studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019;29(1):127-136.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.10.008>
5. Németh G, Laszlovszky I, Czobor P, Szalai E, Szatmári B, Harsányi J, Barabásky Á, Debele M, Durgam S, Bitter I, Marder S, Fleischhacker WW. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*. 2017;389(10074):1103-1113.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30060-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30060-0)
6. Stahl SM, Laredo S, Morrisette DA. Cariprazine as a treatment across the bipolar I spectrum from depression to mania: mechanism of action and review of clinical data. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2020;10.
<https://doi.org/10.1177/2045125320905752>

Сведения об авторах

Лиманкин Олег Васильевич — д.м.н., главный врач СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница им. П.П. Кащенко», профессор кафедры психотерапии, сексологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: hospital@kaschenko-spb.ru

Конюшенко Константин Константинович — к.м.н., заместитель главного врача СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница им. П.П. Кащенко», доцент кафедры социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России. E-mail: kk-koniushenko@kaschenko-spb.ru

Линова Лидия Павловна — врач-психиатр, СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница им. П.П. Кащенко», E-mail: lp-linova@kaschenko-spb.ru

Голосов Егор Александрович — зав.отделением, СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница им. П.П. Кащенко», e.a.golosov@kaschenko-spb.ru

Бугорский Александр Владимирович — заведующий отделением СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница им. П.П. Кащенко». E-mail: av-bugorskii@kaschenko-spb.ru

Берников Михаил Васильевич, врач-психиатр, БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодников», e-mail: bmv.psy@yandex.ru

Поступила 27.08.2023

Received 27.08.2023

Принята в печать 28.09.2023

Accepted 28.09.2023

Дата публикации 09.10.2023

Date of publication 09.10.2023