

Применение антипсихотиков в реальной клинической практике в России (по результатам программы EPIDEMICUS)



Медведев В.Э.

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета
непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО
«Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы (РУДН)», Москва
Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

Оптимизация антипсихотической терапии представляет собой актуальную проблему не только психиатрии, но и всей медицины. **Цель** исследования — анализ результатов неинтервенционной эпидемиологической программы изучения реальной практики применения препарата кветиапин (Сероквель®) EPIDEMICUS в аспекте комбинированного лечения и замены терапии у пациентов с различными психическими расстройствами

Материал и методы. На основе специальной анкеты проводился анализ назначения кветиапина и других антипсихотиков психиатрами из 21 города России. Анализировались данные лечения 1264 пациентов в возрасте $43,9 \pm 5,2$ года, средняя длительность психического заболевания на момент начала исследования — 10,5 года.

Результаты. В большинстве случаев врачи предпочитали заменять предшествующее лечение монотерапией кветиапином, однако в 10% наблюдений к ней добавлялся антипсихотик. Наиболее часто в изменении терапии, по мнению врачей, нуждались пациенты с шизофренией (46,3%). При биполярном аффективном расстройстве (БАР) коррекция лечения требовалась каждому третьему больному (30,8%). При других психических расстройствах доктора чаще добавляли к предшествующей терапии кветиапин (23,2%; $p < 0,001$) или заменяли ее (12,1%).

Значимо более частой причиной замены одного нейролептика на другой врачи считают необходимость повышения антипсихотического эффекта ($p < 0,001$), усиление седации ($p < 0,001$) и необходимость улучшения переносимости ($p < 0,001$). При переводе с одного препарата на другой рекомендуемый период «наложения» отсутствует. Изменение терапии стабилизаторами настроения и анксиолитиками проводилось с целью повышения антипсихотического и седативного эффектов ($p < 0,001$) и, на уровне тенденций, для улучшения переносимости. Сочетанное назначение двух и более антипсихотиков одновременно могло быть обусловлено как врачебной ошибкой, так и попыткой преодоления лекарственной резистентности.

Заключение. В реальной клинической практике отечественных психиатров замена или аугментация терапии требуется не менее чем трети пациентов, принимающих антипсихотики в связи с различными заболеваниями (шизофрения, БАР и др.). Причиной изменения терапии могут являться как ошибки диагностики, выбора препарата, так и недостаточная эффективность или плохая переносимость антипсихотиков. Кветиапин (Сероквель®) в реальной клинической практике воспринимается психиатрами как высокоэффективный и хорошо переносимый антипсихотик с широким спектром действия, выходящим за рамки официальных показаний.

Ключевые слова: шизофрения; биполярное аффективное расстройство; антипсихотики; кветиапин; Сероквель®.

Контакты: Владимир Эрнстович Медведев; medvedev_ve@pfur.ru

Для ссылки: Медведев ВЭ. Применение антипсихотиков в реальной клинической практике в России (по результатам программы EPIDEMICUS). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(1):24–33. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-1-24-33

The use of antipsychotics in the real-world clinical practice in Russia (based on the results of the EPIDEMICUS program) Medvedev V.E.

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Faculty of Continuing Medical Education,
Medical Institute, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow
6, Miklukho-Maklaya St., Moscow 117198, Russia

The optimization of antipsychotic therapy is an urgent issue not only in psychiatry, but in healthcare as a whole.

Objective: to analyze the results of the non-interventional EPIDEMICUS epidemiological study of the real-world practice of the use of quetiapine (Seroquel®) during combined treatment and therapy switching in patients with various mental disturbances.

Material and methods. Based on a special questionnaire, an analysis of the prescription of quetiapine and other antipsychotics by psychiatrists in 21 cities of Russia was carried out. The treatment data of 1264 patients aged 43.9 ± 5.2 years were analyzed; the average duration of mental illness at the beginning of the study was 10.5 years.

Results. In most cases, physicians preferred to switch to the quetiapine monotherapy, but in 10% of cases an antipsychotic was also added. According to the doctors, patients with schizophrenia most frequently required a therapy switch (46.3%). In bipolar affective disorder (BAD), one in three patients (30.8%) required therapy switch. For other mental disorders, doctors more frequently added quetiapine to the therapy (23.2%; $p < 0.001$) or switched the previous therapy (12.1%). The significantly more frequent reasons given by doctors for switching from one

neuroleptic to another were the need to intensify antipsychotic effect ($p < 0.001$), to increase sedation ($p < 0.001$) and to improve tolerability ($p < 0.001$). There is no recommended "overlap period" when switching from one medication to another. Changes in the therapy with mood stabilizers and anxiolytics were performed to enhance antipsychotic and sedative effects ($p < 0.001$) and, as a tendency to improve tolerability. The concomitant administration of two or more antipsychotics could be due to both medical error and an attempt to overcome drug resistance.

Conclusion. In the real-world clinical practice of domestic psychiatrists, at least one third of patients taking antipsychotics for various conditions (schizophrenia, bipolar disorder, etc.) require a switch or additional therapy. The reasons for therapy switching can be diagnostic errors, the choice of medication as well as insufficient efficacy or poor tolerability of the antipsychotics. Quetiapine (Seroquel®) is recognized in real-world clinical practice by psychiatrists as a highly effective and well-tolerated antipsychotic with a broad spectrum of activity that goes beyond the official indications.

Keywords: schizophrenia; bipolar affective disorder; antipsychotics; quetiapine; Seroquel®.

Contact: Vladimir Ernstovich Medvedev; medvedev_ve@pfur.ru

For reference: Medvedev VE. The use of antipsychotics in the real-world clinical practice in Russia (based on the results of the EPIDEMICUS program). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(1):24–33. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-1-24-33

Оптимизация антипсихотической терапии представляет собой актуальную проблему не только психиатрии, но и всей медицины. Антипсихотики являются препаратами первой линии для лечения шизофрении и зачастую используются в качестве моно- и комбинированной терапии биполярного аффективного расстройства (БАР) и некоторых других психических расстройств [1–3].

Основные проблемы при назначении антипсихотиков — недостаточная эффективность и низкая, на уровне 25%, приверженность [1, 4]. Среди возможных причин низкой эффективности и приверженности антипсихотикам — ошибки выбора симптомов-мишеней, дозирования, комбинирования препаратов, а также частое развитие нежелательных эффектов (НЯ), таких как экстрапирамидные расстройства (ЭПР), гиперпролактинемия, чрезмерная седация и др. [1–4]. Все эти факторы обуславливают необходимость постоянного анализа и совершенствования антипсихотического лечения. С этими целями продолжают проводиться срезовые, наблюдательные, метааналитические исследования, направленные на выявление новых потенциальных мишеней для уже существующих антипсихотических препаратов. Одно из недавних исследований проведено на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Российского университета Дружбы народов им. Патриса Лумумбы с целью изучения особенностей применения атипичного антипсихотика второго поколения (АВП) кветиапина (Сероквель®) в реальной амбулаторной клинической практике (программа EPIDEMICUS) [5]. В ходе исследования были получены данные, свидетельствующие о том, что психиатрами кветиапин (Сероквель®) воспринимается как высокоэффективный и хорошо переносимый оригинальный антипсихотик с широким спектром действия, выходящим за рамки его официальных показаний. Опыт отечественных врачей указывает на наличие у препарата, помимо седативного, антипсихотического, антимааниакального и антидепрессивного эффектов, также антинегативных, прокогнитивных, анксиолитических, антирезистентных и стабилизирующих настроение свойств [5]. В то же время в отчет об исследовании не вошли данные анализа причин перевода на кветиапин с других антипсихотиков и возможных комбинаций кветиапина с другими психотропными средствами.

Целью настоящего исследования является анализ результатов неинтервенционной эпидемиологической программы изучения реальной практики применения препара-

та кветиапин (Сероквель®) EPIDEMICUS в аспекте комбинированного лечения и замены терапии у пациентов с различными психическими расстройствами.

Материал и методы. Проводился анализ стандартизированных данных, полученных для исследования психиатрами из 21 города России (Москва, Санкт-Петербург, Видное (МО), Екатеринбург, Иркутск, Йошкар-Ола, Зеленодольск, Королев (МО), Красноярск, Набережные Челны, Нижнекамск, Нижний Новгород, Новосибирск, Самара, Саратов, Старый Оскол, Пермь, Тольятти, Чебоксары, Челябинск, Щелково (МО)).

В регистрационной карте помимо основных демографических данных (пол, возраст) фиксировалась следующая информация: текущий верифицированный диагноз (F) по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), длительность заболевания (годы, месяцы), выраженность симптомов заболевания по Шкале общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI), текущая психофармакотерапия, первичное назначение кветиапина или перевод с него / добавление к текущей терапии (с ее указанием), причины выбора кветиапина / перевода на кветиапин (Сероквель®).

Полученный материал обрабатывался с помощью программы Statistica (StatSoft Inc., США). Значимость различий рассчитывалась при помощи теста Колмогорова–Смирнова.

Всего в исследование включено 1264 пациента в среднем возрасте $43,9 \pm 5,2$ года: 568 (44,9%) мужчин (средний возраст $42,3 \pm 4,6$ года) и 696 (55,1%) женщин (средний возраст $45,2 \pm 6,1$ года). Средняя длительность психического заболевания на момент начала исследования — $10,5 \pm 0,24$ года. Средняя тяжесть состояния по CGI-S на момент осмотра — $4,75 \pm 1,7$ балла.

В выборке преобладали больные шизофренией — 59,7% ($n=754$) и БАР — 32,5% ($n=411$). Помимо этого, в исследование были включены 99 (7,8%) пациентов с иными диагнозами, которым кветиапин (Сероквель®) назначался вне прямых показаний¹. Распределение диагнозов пациентов согласно рубрикам МКБ-10 представлено в табл. 1.

Результаты. Замена предшествующей терапии на кветиапин (Сероквель®) проводилась в 322 наблюдениях

¹Поскольку целью исследования являлось изучение аспектов назначения кветиапина в реальной клинической практике, данная категория пациентов не была исключена из общего анализа, но выделена в отдельную подгруппу.

Таблица 1. Диагностические категории (по МКБ-10) в изученной выборке (n=1264)

Table 1. Diagnostic categories (according to ICD-10) in the analysed cohort (n=1264)

Группа диагнозов	Диагноз по МКБ-10	Число пациентов	Доля от числа пациентов с диагнозами этой группы, %	Доля от общего числа пациентов, %
Шизофрения (n=754)	Параноидная (F20.0)	496	65,8	39,2
	Гебефреническая (F20.1)	17	2,3	1,3
	Кататоническая (F20.2)	10	1,3	0,8
	Недифференцированная (F20.3)	17	2,3	1,3
	Постшизофреническая депрессия (F20.4)	21	2,8	1,7
	Остаточная (F20.5)	16	2,1	1,3
	Простой тип (F20.6)	46	6,1	3,4
	Другой тип (F20.8)	73	9,7	5,8
	Неуточненная (F20.9)	58	7,6	4,6
БАР (n=411)	Текущий эпизод гипомании (F31.0)	95	23,1	7,5
	Текущий эпизод мании без психотических симптомов (F31.1)	39	9,5	3,1
	Текущий эпизод мании с психотическими симптомами (F31.2)	57	13,9	4,5
	Текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3)	131	31,9	10,4
	Текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.4)	—	—	—
	Текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами (F31.5)	18	4,4	1,4
	Текущий эпизод смешанного характера (F31.6)	71	17,3	5,6
Другие (n=99)	Деменция различного генеза (F00–F02)	28	28,3	2,2
	Органическое расстройство личности (F07)	18	18,2	1,4
	Органические непсихотические и психотические расстройства (F06)	36	36,4	2,8
	Шизотипическое расстройство (F21)	2	2	0,16
	Бредовое расстройство (F22)	1	1	0,08
	Депрессивный эпизод (F32)	2	2	0,16
	Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1)	2	2	0,16
	Острая реакция на стресс / расстройство приспособительных реакций (F43.0, 43.2)	6	6,1	0,47
	Соматоформное/соматизированное расстройство (F45)	4	4	0,32
Всего		1264		100

(25,5%), из них в 32 случаях врачи меняли дженерик на оригинальный препарат кветиапина (Сероквель). Основные причины замены терапии и дозы препаратов представлены в табл. 2.

В изученной выборке наиболее часто замена терапии требовалась у пациентов, принимавших средние и высокие дозы типичных нейролептиков (галоперидол до 30 мг/сут — 38,5%, аминазин до 600 мг/сут — 8,4%, хлорпроксен до 200 мг/сут — 6,5%), а также АВП (рисперидон до 8 мг/сут — 40,7%, оланзапин до 20 мг/сут — 16,1%, арипипразол до 15 мг/сут — 7,5%). При этом значимо более часто в качестве причины для замены хлорпроксена, галоперидола и дженериков кветиапина (на оригинальный Сероквель) врачи указывали необходимость повышения антипсихотического эффекта ($p<0,001$), а для смены арипипразола, оланзапина и трифлуоперазина — усиление седации ($p<0,001$). Следует заметить, что для достижения этих целей врачи прибегали к назначению кветиапина в максимальных дозах — до 800 мг/сут.

Необходимость улучшения переносимости терапии чаще возникала на фоне лечения галоперидолом и рисперидоном ($p<0,001$). ЭПР и гиперпролактинемия ассоциировались с приемом галоперидола, рисперидона и оланзапина ($p<0,001$).

Изменение терапии стабилизаторами настроения и анксиолитиками проводилось с целью повышения антипсихотического и седативного эффектов ($p<0,001$) и, на уровне тенденции, — для улучшения переносимости.

В 127 наблюдениях (10%) врачи добавляли кветиапин (Сероквель) к текущей психотерапии (табл. 3).

Сравнение приверженности начальной терапии проводилось дифференцированно и для трех подгрупп пациентов: с шизофренией, БАР и другими психическими расстройствами (табл. 4).

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

Таблица 2. Предшествующая терапия, причины ее замены кветиапином и его дозы у 322 пациентов
Table 2. Previous therapy, reasons for switching to quetiapine and its dosage in 322 patients

Предшествующая терапия			Причины замены, %					Доза кветиапина, мг
препарат (МНН)	доза, мг	доля замен, %	необходимость повышения антипсихотического эффекта	потребность в большей седации	улучшение переносимости	ЭПР	пролактинемия	
Антипсихотики								
Алимемазин	10–25	0,9	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	50
Аминазин	50–600	8,4	1,6	4,7	4,3	5,0	3,7	200–600
Амисульприд	400	0,9	0,6	-	0,6	0,9	0,9	400
Арипипразол	10–15	7,5	2,2	5,9	1,9	2,8	2,5	50–400
Галоперидол	1–30	38,5	23,3	11,2	26,1	12,4	14,9	25–800
Зипразидон	6	0,3	—	—	0,3	0,3	0,3	300
Зуклопентиксол	10	0,6	0,6	0,3	0,3	—	—	300
Карипразин	Н. д.	0,3	0,3	0,3	0,3	—	—	Н. д.
Кветиапин (дженерик)	50–400	9,9	5,0	5,0	3,1	4,0	4,7	50–400
Клозапин	100–400	3,4	0,9	—	—	0,3	0,3	400
Луразидон	Н. д.	0,3	0,3	0,3	0,3	—	—	Н. д.
Оланзапин	5–20	16,1	4,7	9,9	6,2	5,3	5,6	100–600
Рisperидон	2–8	40,7	20,8	21,7	24,5	7,8	8,4	100–800
Сульпирид	100	0,6	—	—	0,3	0,3	—	Н. д.
Тиоридазин	10–15	1,5	—	0,6	—	—	—	25
Трифлуоперазин	10–30	4,0	2,5	3,7	3,7	0,3	0,3	300–600
Флупентиксол	10	0,6	0,6	—	—	—	—	300
Флуфеназин	25	1,2	0,6	0,9	0,6	—	—	400
Хлорпротиксен	50–200	6,5	4,0	4,0	3,1	3,4	2,5	50–200
Стабилизаторы настроения								
Вальпроат	1000–1500	3,7	2,5	2,8	—	—	—	200–400
Габапентин	300	0,6	0,3	0,6	0,3	—	—	400–600
Карбамазепин	400	0,9	0,6	0,6	—	—	—	100–600
Ламотриджин	100–200	1,9	0,6	0,9	0,3	—	—	100–600
Литий	900	1,2	0,9	0,9	0,6	—	—	400
Антидепрессанты								
Амитриптилин	150–200	2,8	1,6	1,6	—	—	—	25–600
Венлафаксин	150	0,3	—	—	—	—	—	50
Кломипрамин	75–150	0,6	—	—	—	—	—	25–50
Пароксетин	20–400	0,6	—	—	—	—	—	Н. д.
Сертралин	100	0,3	—	—	0,3	—	—	300
Флуоксетин	40	1,9	—	—	—	—	—	50

Предшествующая терапия			Причины замены, %					Доза кветиапина, мг
препарат (МНН)	доза, мг	доля замен, %	необходимость повышения антипсихотического эффекта	потребность в большей седации	улучшение переносимости	ЭПР	пролактинемия	
Анксиолитик								
Бромдигидрохлор- фенилбензодиазепин	1	1,6	1,6	1,6	—	—	—	400
Всего		25,5*	75,5*	77,6*	77,0*			

Примечания. *Отдельным пациентам на кветиапин заменялись несколько препаратов. Н. д. — нет данных.

Наиболее часто в изменении терапии нуждались пациенты с шизофренией (46,3%), принимавшие рисперидон (15%) и галоперидол (13%). Замена терапии была предпочтительнее, чем добавление к АВП кветиапина (30,2% против 16,0% соответственно) для усиления седации (67,3%) и улучшения переносимости (70,5%).

Таблица 3. *Препараты комбинированной с кветиапином терапии и их дозы у 127 пациентов*

Table 3. *Medications used in combination therapy with quetiapine and their dosage in 127 patients*

Предшествующая терапия			Доза назначенного кветиапина
препарат (МНН)	частота присоединения, %	доза, мг	
Антипсихотики			
Аминазин	1,6	50—600	200—600
Амисульприд	2,4	400	400
Арипипразол	3,1	10—15	50—400
Галоперидол	0,8	1—30	25—800
Клозапин	3,1	100—400	400
Оланзапин	12,6	5—20	100—600
Рisperидон	7,9	2—8	100—800
Хлорпротиксен	0,8	50—200	50—200
Стабилизаторы настроения			
Карбамазепин	1,6	400	100—600
Ламотриджин	0,8	100—200	100—600
Антидепрессанты			
Амитриптилин	7,1	150—200	25—600
Венлафаксин	0,8	150	50

Примечание. Отдельным пациентам на кветиапин (Сероквель) заменяли несколько препаратов.

При БАР коррекция лечения требовалась каждому третьему больному (30,8%). Замена терапии для повышения антипсихотического (30,7%) и седативного (33,1%) эффектов осуществлялась в 18,2% случаев, при этом значимо чаще — на фоне приема оланзапина и галоперидола (6,1 и 3,9% соответственно; $p < 0,001$).

При иных психических расстройствах врачи чаще добавляли кветиапин (23,2%; $p < 0,001$) к предшествующей терапии или заменяли ее (12,1%) для большей седации (16,7%), преимущественно в случаях приема галоперидола (10,1%) или тиоридазина (5%).

Тактика назначения кветиапина (Сероквель) в подгруппах заметно различалась (табл. 5).

Частота замены терапии или присоединения кветиапина к текущей психофармакотерапии вследствие различных причин и при различных психических заболеваниях представлена в табл. 6.

Психопатологические синдромы, при которых проводилось изменение терапии в форме замены или присоединения кветиапина (Сероквель), представлены в табл. 7. Кветиапин назначался для купирования кататонической (1,7%), гебефренической (2,9%) и негативной (8,8%) симптоматики при БАР, не характерной для данного заболевания.

Во всех подгруппах больных, несмотря на широкий спектр гетерогенной психопатологической симптоматики, кветиапин (Сероквель) назначался преимущественно в качестве первичной или возобновленной после перерыва монотерапии ($n=815$; 64,5%). При этом при БАР и психической патологии иного генеза (БАР — 69,4%, другие диагнозы — 64,7%) монотерапия кветиапином (Сероквель) применялась значимо чаще, чем при шизофрении (53,8%; $p < 0,005$). В то же время именно при шизофрении кветиапин (Сероквель) значимо чаще (30,2%; $p < 0,005$) использовался в качестве адъювантного средства.

Обсуждение. Результаты проведенного исследования показали, что замена хлорпротиксена, галоперидола и дженериков кветиапина на оригинальный Сероквель часто была вызвана необходимостью повышения антипсихотического эффекта, замена арипипразола, оланзапина и трифлуоперазина — усилением седации. Для достижения этих целей врачи прибегали к назначению кветиапина в максимальных дозах — до 800 мг/сут.

В целом, обнаруженные причины изменения терапии и перевода пациента на АВП соответствуют таковым в об-

Таблица 4. Частота изменения терапии при различных психических заболеваниях, %

Table 4. Frequency of treatment changes in various mental illnesses, %

Препараты (МНН)	Диагноз			всего (n=1264)
	шизофрения (n=754)	БАР (n=411)	другие психические расстройства (n=99)	
Антипсихотики				
Алимемазин	0,1	0,2	1,0	0,2
Аминазин	1,7	2,4	4,0	2,1
Амисульприд	0,4	—	—	0,2
Арипипразол	2,1	1,7	1,0	1,9
Галоперидол	13,0	3,9	10,1	9,8
Зипразидон	—	0,2	—	0,08
Зуклопентиксол	0,2	—	2,0	0,3
Карипразин	—	0,2	—	0,08
Кветиапин (джереник)	2,5	3,2	—	2,5
Клозапин	1,5	—	—	0,9
Луразидон	—	0,2	—	0,08
Оланзапин	3,2	6,1	3,0	4,1
Рisperидон	15,0	3,4	4,0	10,4
Супиприд	0,2	—	—	0,16
Тиоридазин	—	—	5,0	0,4
Трифлуоперазин	1,3	0,5	1,0	1,0
Флупентиксол	0,5	—	—	0,3
Флуфеназин	0,5	—	—	0,3
Хлорпротиксен	2,7	0,2	—	1,7
Стабилизаторы настроения				
Вальпроат	0,8	1,5	—	0,9
Габапентин	—	0,5	—	0,16
Карбамазепин	—	0,7	—	0,2
Ламотриджин	—	1,5	—	0,5
Литий	—	1,0	—	0,3
Антидепрессанты				
Амитриптилин	—	2,2	—	0,7
Венлафаксин	—	—	1,0	0,08
Кломипрамин	—	—	4,0	0,3
Пароксетин	—	—	2,0	0,16
Сертралин	—	—	1,0	0,08
Флуоксетин	0,4	—	3,0	0,5
Анксиолитик				
Бромдигидрохлор- фенилбензодиазепин	—	1,2	—	0,4

шей мировой практике. Замена типичных антипсихотиков на атипичные при шизофрении оправдана в случаях неудовлетворительной эффективности (отсутствие или недостаточная редукция позитивных симптомов) и/или безопасности традиционных антипсихотиков, остаточных негативных расстройств (как первичных, так и вторичных) и когнитивных нарушений, частых обострений состояния у стационарных больных или амбулаторных пациентов с хорошей социальной адаптацией и комплаенсом, необходимости минимизировать риск развития неврологических НЯ у пациентов особых возрастных групп (подростки, пожилые), проблемного комплаенса [6–9].

Учитывая возможность развития синдрома отмены, для перехода с любого классического антипсихотика на атипичный в большинстве случаев рекомендована постепенная градуированная отмена антипсихотических препаратов с периодом «наложения» между существующей и назначаемой терапией [9], сопровождающаяся оценкой стабильности психического и соматического состояния больных, дозы и типа предшествующего антипсихотика, амбулаторного или стационарного характера наблюдения пациента. Различия в рекомендациях касаются преимущественно длительности периода «наложения», отсутствовавшего в анализируемом исследовании.

Большинство психиатров затруднились четко указать причины замены малыми дозами кветиапина предшествующей антидепрессивной терапии тимолептиками с разными механизмами действия. Возможно, речь идет об изменении психического статуса больных с развитием неаффективной симптоматики или об изменении мнения врача по поводу генеза психопатологических расстройств.

В большинстве случаев врачи предпочитали заменять предшествующее лечение монотерапией кветиапином, однако в 10% наблюдений антипсихотик добавлялся к ней. Во всех случаях в качестве причины присоединения кветиапина врачи указывали необходимость повышения эффективности лечения.

Сочетанное назначение двух и более антипсихотиков одновремен-

но, установленное в исследовании (кветиапином дополняя терапию оланзапином, рисперидоном, арипипразолом и клозапином), может быть обусловлено как врачебной ошибкой, так и попыткой преодоления лекарственной резистентности согласно современным подходам по применению нейролептиков и клиническим рекомендациям [8–11]. В ряде исследований сообщается о целесообразности для преодоления резистентности комбинированного использования антипсихотиков с различными профилями рецепторной активности (в том числе классических с атипичными) [12, 13]. Например, в исследованиях демонстрируется высокая эффективность сочетания оланзапина и амисульприда с клозапином [1, 12–14] или карипразином [15–18] при рефрактерных формах шизофрении. Назначение докторами кветиапина для преодоления резистентности, возможно, опирается на их предшествующий клинический опыт и открывает новые терапевтические возможности Сероквеля, но требует дальнейшего целенаправленного изучения.

В редких случаях кветиапин добавлялся к средним дозам карбамазепина и ламотриджина. Обоснованность такого назначения, вероятно, связана с индивидуальной непереносимостью средних доз стабилизаторов настроения или их недостаточной эффективностью в отношении психопатологической симптоматики.

Добавление кветиапина к антидепрессантам из группы трициклических антидепрессантов и селективных инги-

биторов обратного захвата серотонина и норадреналина, назначенным в средневысоких дозах, указывает на тяжесть состояния больных.

Наиболее часто в изменении терапии нуждались пациенты с шизофренией, принимавшие рисперидон и галоперидол. При БАР коррекция лечения требовалась каждому третьему больному. При других психических расстройствах кветиапин добавлялся к предшествующей терапии или заменял ее для большей седации, преимущественно в случаях приема галоперидола или тиоридазина.

В целом, полученные данные соотносятся с описаниями профилей активности и переносимости галоперидола, рисперидона, оланзапина, кветиапина и тиоридазина [9, 12, 19–21]. Тактику смены антипсихотической терапии при шизофрении и БАР также следует признать правильной и более предпочтительной, чем комбинирование нескольких нейролептиков со сходными механизмами действия (например, оланзапина и кветиапина). В то же время необходимо провести анализ причин неудовлетворенности врачей предшествующей терапией, ведь замена препаратов могла происходить не только из-за недостаточной их эффективности и/или непереносимости, но и из-за ошибочного исходного диагноза или неверного выбора лекарственного средства. На подобные причины снижения приверженности терапии указывают в своих работах некоторые исследователи [9, 12]. В этом аспекте в анализируемой программе обращает на себя внимание

назначение врачами кветиапина для купирования кататонической, гебефренической и негативной симптоматики при БАР, не характерной для данного заболевания, а также данные о замене на кветиапин антидепрессантов, транквилизаторов и «малых нейролептиков», не обладающих значимой антинегативной, нормотимической и антипсихотической активностью.

Повышение точности выбора препарата в лечении психических расстройств особенно необходимо для снижения рисков ее отмены, приводящей хоть и к транзиторному, но клинически заметному (вплоть до рецидивирования психоза) ухудшению самочувствия пациентов, снижению комплаенса и приверженности терапии [1, 6, 22]. По данным длительных когортных исследований, в таких случаях вероятность развития рецидива возрастает в пять раз по сравнению с пациентами, принимающими постоянную терапию [1, 9, 22].

Хорошо известно, что прекращение приема терапии приводит к существенному удорожанию лечения шизофрении. До 40% ежегодных затрат на повторные госпитализации пациентов приходится на госпитализации, вызванные отсутствием компла-

Таблица 5. *Тактика изменения терапии (назначения кветиапина) при различных психических заболеваниях, n (%)*

Table 5. *Tactics of therapy changing (quetiapine prescription) in various mental conditions, n (%)*

Тактика назначения	Диагноз			
	шизофрения (n=754)	БАР (n=411)	другое (n=99)	всего (n=1264)
Первичное/возобновленное	405 (53,8)	285 (69,4)	64 (64,7)	754 (59,7)
Замена предшествующей терапии	228 (30,2)	75 (18,2)	12 (12,1)	315 (24,9)
Добавление к текущей терапии	121 (16,0)	51 (12,4)	23 (23,2)	195 (15,4)

Таблица 6. *Частота замены терапии или присоединения кветиапина к текущей психофармакотерапии при различных психических заболеваниях, %*

Table 6. *Frequency of switching or adding quetiapine to current psychopharmacotherapy for different mental illnesses, %*

Причины	Диагноз			всего* (n=449)
	шизофрения (n=287)	БАР (n=127)	другие психические расстройства (n=35)	
Повышение антипсихотического эффекта	61,9	30,7	4,8	57,2
Необходимость более выраженного седативного действия	67,3	33,1	16,7	63,3
Улучшение переносимости	70,5	8,7	4,8	57,7

Примечание. *Для одного пациента могло быть указано несколько причин.

енса [23]. Результаты многих фармакоэкономических исследований свидетельствуют о том, что, несмотря на большие прямые затраты, связанные со стоимостью атипичных антипсихотиков, общая стоимость терапии шизофрении препаратами этой группы ниже, чем типичными нейролептиками, главным образом, за счет уменьшения на 20–30% числа дней госпитализации [24, 25], а также повышения приверженности терапии.

Следует отметить, что во всех подгруппах больных, несмотря на широкий спектр гетерогенной психопатологической симптоматики, кветиапин (Сероквель) назначался преимущественно в качестве первичной или возобновленной после перерыва монотерапии.

В исследовании назначение кветиапина (Сероквель) врачами-психиатрами в России проводилось не только по официальным показаниям (шизофрения, мания и депрессия при БАР), но и при сходных по клиническим проявлениям психопатологических расстройствах иной нозологии: деменциях, органических и аффективных (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), а также психогенно спровоцированных расстройствах. По всей видимости, выбор в пользу назначения препарата делали на основании собственного клинического опыта и/или данных пострегистрационных исследований [26–28].

Можно предположить, что столь частое назначение кветиапина в качестве монотерапии полиморфной психопатологической симптоматики различного генеза соответствует данным метаанализов и научных обзоров о широком спектре эффективности препарата [9, 18, 19, 29] и базируется на уверенности врачей в высокой антипсихотической активности (76,1%) препарата, в наличии выраженных седативных свойств (81%) и низкой вероятности развития ЭПР (81%) и гиперпролактинемии (55,5%). В сравнительных исследованиях указывается на лучшую переносимость кветиапина в сравнении с типичными антипсихотиками. Так, С. Link и соавт. [30] находят, что кветиапин, в сравнении с хлорпромазином, реже вызывает сомнолентность (14% против 19% соответственно), инсомнию (10% против 16%) и не снижает уровень артериального давления (18% наблюдений при приеме хлорпромазина). По данным L.A. Arvanitis и соавт. [31], частота ЭПР при применении кветиапина составляет 4–8%, а на фоне приема галоперидола — 37%. R.S. McIntyre и соавт. [32] сообщают, что ЭПР на-

блюдаются у 12,7% больных, получающих кветиапин, против 59,6% больных, принимающих галоперидол ($p<0,0001$). В исследованиях, выполненных С. Link и соавт. [30], а также С. Arango и J.Bobes [33], ЭПР, включая острые дистонические реакции и паркинсонизм, не регистрируются вовсе.

Заключение. Исходя из полученных данных, следует заключить, что в реальной клинической практике отечественных психиатров замена или аугментация терапии требуется не менее чем трети пациентов, принимающих антипсихотики в связи с различными заболеваниями (шизофрения, БАР и др.). Причиной изменения терапии могут являться как ошибки диагностики, выбора препарата, так и недостаточная эффективность или плохая переносимость антипсихотиков.

Таблица 7.

Table 7.

Частота замены терапии или присоединения кветиапина к применяемой терапии при различных психопатологических синдромах, %
Frequency of therapy switching or adding quetiapine to current therapy in various psychopathological syndromes, %

Синдром	Диагноз			
	шизофрения (n=310)	БАР (n=86)	другое (n=31)	всего* (n=427)
Галлюцинаторный	61,0	5,8	—	45,4
Бредовой	75,8	9,3	—	56,9
Кататонический	5,2	—	—	3,7
Гебефренический	1,9	3,5	6,5	2,6
Депрессивный	23,2	43,0	41,9	28,6
Гипо/маниакальный	11,3	58,1	—	19,9
Смешанный	13,5	32,6	6,5	16,9
Негативные расстройства	31,9	11,6	—	25,5
Апатический	13,9	20,9	—	14,3
Ангедонический	14,2	9,3	—	12,2
Абулический	13,5	9,3	—	11,7
Тревожно-фобический	19,0	47,7	35,5	26,0
Панические атаки	4,2	17,4	9,7	7,3
Обсессивно-компульсивный	3,5	12,8	—	5,2
Сенестопатический	3,2	—	—	2,3
Соматизированный (конверсионный, соматоформный)	2,9	2,3	—	2,6
Ипохондрический	3,2	3,5	25,8	4,9
Когнитивные нарушения	12,9	14,0	22,6	13,8
Инсомния	27,1	61,6	61,3	36,5
Расстройства аппетита и приема пищи	7,7	25,6	22,6	12,4

Примечание. *У каждого пациента врачи выделяли более одного психопатологического синдрома.

Кветиапин (Сероквель) в реальной клинической практике воспринимается психиатрами как высокоэффективный и хорошо переносимый антипсихотик с широким спектром действия, выходящим за рамки официальных показаний. Практический опыт отечественных врачей указывает на наличие у препарата, помимо седативного, антипсихоти-

ческого, антиманиакального и антидепрессивного эффектов, а также антинегативных, прокогнитивных, анксиолитических и стабилизирующих настроение свойств. Требуют подтверждения в реальной клинической практике и в рандомизированных исследованиях представления врачей об антитрезистентных свойствах кветиапина (Сероквель).

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

- Медведев ВЭ. Шизофрения и современная антипсихотическая терапия. Москва: МЕДпресс-информ; 2025. 340 с. ISBN 978-5-907849-00-6 [Medvedev VE. Schizophrenia and modern antipsychotic therapy. Moscow: MEDpress-inform; 2025. 340 p. ISBN 978-5-907849-00-6 (In Russ.)].
- Мосолов СН. Достижения, проблемы и перспективы фармакотерапии психических расстройств. В сб.: Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. Т. 1. Москва: КДУ; 2019. С. 21-32. [Mosolov SN, Tsukarzi EE, Capiletti SG. Antipsychotic pharmacotherapy of schizophrenia: from scientific data to clinical recommendations. In: Mosolov SN, editor. Biological methods of therapy of mental disorders. Evidence-based medicine — for clinical practice. Moscow; 2012. P. 11-61 (In Russ.)].
- Шмуклер АБ. Комплексная помощь пациентам с впервые возникшим психотическим состоянием. В сб.: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Научно-практическая конференция. Москва, 30 октября 2017. Москва: КДУ; 2018. С. 273-85. [Shmukler AB. Comprehensive care for patients with newly developed psychotic state. In: Mental health of man and society. Actual interdisciplinary problems: Scientific and practical conference. Moscow, October 30, 2017. Moscow: KDU; 2018. P. 273-85 (In Russ.)].
- Цыганков БД, Агасарян ЭТ. Анализ эффективности и безопасности современных и классических антипсихотических препаратов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006;(9):64-70. [Tsygankov BD, Agasaryan ET. Analysis of the effectiveness and safety of modern and classical antipsychotic drugs. Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2006;(9):83-6 (In Russ.)].
- Медведев ВЭ, Кузнецова ИГ. Неинтервенционная эпидемиологическая программа изучения реальной практики применения препарата кветиапин (Сероквель®) у пациентов с шизофренией и биполярным аффективным расстройством (EPIDEMICUS). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(6):18-26. doi: 10.14412/2074-2711-2023-6-18-26 [Medvedev VE, Kuznetsova IG. Non-interventional epidemiological program for investigating the real-life practice of using quetiapine (Seroquel®) in patients with schizophrenia and bipolar affective disorder (EPIDEMICUS). Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2023;15(6):18-26. doi: 10.14412/2074-2711-2023-6-18-26 (In Russ.)].
- Медведев ВЭ. Возможность и оправданность перевода на атипичные антипсихотики больных шизофренией. Психиатрия и психофармакотерапия. 2013;(5):23-8. [Medvedev VE. Possibility and justification of transferring patients with schizophrenia to atypical antipsychotics. Psikihiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2013;(5):23-8 (In Russ.)].
- Медведев ВЭ. Комплексная терапия шизофрении: проблемы и решения. Психиатрия и психофармакотерапия. 2023;(5):29-42. [Medvedev VE. Complex therapy of schizophrenia: problems and solutions. Psikihiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2023;(5):29-42 (In Russ.)].
- Клинические рекомендации «Биполярное аффективное расстройство» (утверждены Минздравом России). 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/675_1 [Clinical guidelines “Bipolar affective disorder” (approved by the Russian Ministry of Health). 2021. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/675_1 (In Russ.)].
- Stahl S. Antipsychotics and Mood Stabilizers: Stahl's Essential Psychopharmacology. Essential Psychopharmacology Series. 3rd ed. Cambridge University Press; 2008. 248 p. ISBN-10: 0521714133
- Мосолов СН, Цукарзи ЭЭ, Капилетти СГ. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям. В кн.: Мосолов СН, редактор. Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина — клинической практике. Москва; 2012. С. 11-61. [Mosolov SN, Tsukarzi EE, Capiletti SG. Antipsychotic pharmacotherapy of schizophrenia: from scientific data to clinical recommendations. In: Mosolov SN, editor. Biological methods of therapy of mental disorders. Evidence-based medicine — for clinical practice. Moscow; 2012. P. 11-61 (In Russ.)].
- Хасан А, Фалкай П, Воброк Т и др. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP). Современная терапия психических расстройств. 2013;(1):3-40. [Hasan A, Falkai P, Vobrock T, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Therapy of Schizophrenia. Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders. 2013;(1):3-40 (In Russ.)].
- Данилов ДС. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации). Психиатрия и психофармакотерапия. 2008;(6):50-7. [Danilov DS. Individual choice of modern psychopharmacotherapy of schizophrenia (basic principles, discussion of clinical research results and some practical recommendations). Psikihiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2008;(6):50-7 (In Russ.)].
- Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry. 2003 Jun;60(6):553-64. doi: 10.1001/archpsyc.60.6.553
- Keefe RS, Harvey PD, Goldberg TE, et al. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). Schizophr Res. 2008 Jul;102(1-3):108-15. doi: 10.1016/j.schres.2008.03.024. Epub 2008 May 20.
- Абритапин ЕЮ, Медведев ВЭ, Морозов ПВ. Опыт применения карипразина в стационарной и амбулаторной психиатрической практике. Психиатрия и психофармакотерапия. 2020;(6):25-30. [Abritalin EE, Medvedev VE, Morozov PV. Experience of using cariprazine in inpatient and outpatient psychiatric practice. Psikihiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2020;(6):25-30 (In Russ.)].
- Медведев ВЭ. Карипразин — новый антипсихотик для лечения шизофрении. Современная терапия психических расстройств. 2019;(2):22-9. doi: 10.21265/PSYPH.2019.59.55.004 [Medvedev VE. Cariprazine — a new antipsychotic for the treatment of schizophrenia. Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders. 2019;(2):22-9. doi: 10.21265/PSYPH.2019.59.55.004 (In Russ.)].
- Медведев ВЭ. Карипразин — современный препарат для лечения шизофрении и биполярного расстройства. Современная терапия психических расстройств. 2022;(3):51-7. doi: 10.21265/PSYPH.2022.46.63.006

[Medvedev VE. Cariprazine — a New Drug for Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*. 2022;(3):51-7. doi: 10.21265/PSYPH.2022.46.63.006 (In Russ.)].

18. Медведев ВЭ. Лечение шизофрении современными атипичными антипсихотическими препаратами (учебно-методическое пособие). Москва: ОАО «Контин-Принт»; 2014. 72 с. [Medvedev VE. Treatment of schizophrenia with modern atypical antipsychotic drugs (study guide). Moscow: Konti-Print; 2014. 72 p. (In Russ.)].

19. Медведев ВЭ. Место кветиапина в терапии психических расстройств. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011;(2):47-53. [Medvedev VE. The place of quetiapine in the therapy of mental disorders. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2011;(2):47-53 (In Russ.)].

20. Медведев ВЭ. Оланзапин в психиатрической практике. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011;(5):10-5. [Medvedev VE. Olanzapine in psychiatric practice. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2011;(5):10-5 (In Russ.)].

21. Медведев ВЭ. Предикторы приверженности терапии рисперидоном и оланзапином у пожилых больных шизофренией: открытое исследование длительностью 3,5 года (реферат). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011;(6):53-5. [Medvedev VE. Predictors of adherence to atypical antipsychotics (risperidone or olanzapine) in older patients with schizophrenia: an open study of 3.5 years duration (abstract). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2011;(6):53-5 (In Russ.)].

22. Мосолов СН, Алфимов ПВ. Роль дофаминовых D3-рецепторов в механизме действия современных антипсихотиков. *Современная терапия психических расстройств*. 2014;(1):2-9. [Mosolov S, Alfimov P. Dopamine D-3 receptors role in modern antipsychotic drugs mecha-

nism. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*. 2014;(1):2-9 (In Russ.)].

23. Ritchie CW, Harrigan S, Mastwyk M, et al. Predictors of adherence to atypical antipsychotics (risperidone or olanzapine) in older patients with schizophrenia: an open study of 3(1/2) years duration. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Apr;25(4):411-8. doi: 10.1002/gps.2354

24. Любов ЕБ, Чапурин СА, Чурилин ЮЮ. Фармакоэкономическая модель антирецидивного лечения Сероквелом, Рисполептом и Зипрексой пациентов в первом эпизоде шизофрении. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2005;(4):193-8. [Lyubov EB, Chapurin SA, Churilin YuYu. Pharmacoeconomic model of anti-relapse treatment with Seroquel, Rispolept and Zyprexa in patients with the first episode of schizophrenia. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2005;(4):193-8 (In Russ.)].

25. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, et al. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry*. 2011 Aug;168(8):800-5. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10081191. Epub 2011 Apr 15.

26. Аведисова АС, Спасова СА, Файзуллоев АФ. Опыт применения Сероквеля у больных вялотекущей шизофренией с преобладанием тревожных расстройств. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2003;(Прил. 2):11-3. [Avedisova AS, Spasova SA, Faizullov AF. Experience of using Seroquel in patients with sluggish schizophrenia with a predominance of anxiety disorders. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2003;(Suppl. 2):11-3 (In Russ.)].

27. Бурлаков АВ, Дробизhev МЮ. К проблеме лечения шизофрении, протекающей с сенестоипохондрическими расстройствами (опыт применения Сероквеля). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2003;(Прил. 2):8-10 [Burlakov AV, Drobizhev MYu. On the problem of treating schizophrenia occurring with sen-

esto-hypochondriacal disorders (experience with Seroquel). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2003;(Suppl. 2):8-10 (In Russ.)].

28. Петрова НН. К вопросу о терапии биполярного аффективного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2022;122(1-2):80-6. doi: 10.17116/jnevro202212201280 [Petrova NN. On the treatment of bipolar affective disorder. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(1-2):80-6. doi: 10.17116/jnevro202212201280 (In Russ.)].

29. Калинин ВВ. Сероквел — атипичный нейролептик: особенности психотропного эффекта и показания. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2001;3(5):181-4. [Kalinin VV. Seroquel — an atypical neuroleptic: features of the psychotropic effect and indications. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2001;3(5):181-4 (In Russ.)].

30. Link C, Arvanitis L, Miller B, et al. A multicentre, placebo-controlled, double-blind evaluation of Seroquel in hospitalised patients with acute exacerbation of chronic and subchronic schizophrenia. *Eur Neuropsychopharm*. 1994;4(3 Spec Iss):385-6.

31. Arvanitis LA, Miller BG. Multiple fixed doses of “Seroquel” (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo. The Seroquel Trial 13 Study Group. *Biol Psychiatry*. 1997 Aug 15;42(4):233-46. doi: 10.1016/s0006-3223(97)00190-x

32. McIntyre RS, Brecher M, Paulsson B, et al. Quetiapine or haloperidol as monotherapy for bipolar mania — a 12-week, double-blind, randomised, parallel-group, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Oct;15(5):573-85. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.02.006. Epub 2005 Apr 18.

33. Arango C, Bobs J. Managing acute exacerbations of schizophrenia: focus on quetiapine. *Curr Med Res Opin*. 2004 May;20(5):619-26. doi: 10.1185/030079904125003430

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

29.09.2024 / 25.12.2024 / 26.12.2024

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «НоваМедика». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

The article is sponsored by NovaMedica. The conflict of interests did not affect the results of the study. The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Медведев В.Э. <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>