

РИСПЕРИДОН ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ: АНАЛИЗ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ 24 МЕСЯЦЕВУ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ

Г.П. Костюк¹, М.В. Курмышев¹, М.С. Зайцева¹, А.Ю. Кузьменко¹,
А.Н. Ханнанова²

*¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева
Департамента здравоохранения города Москвы*

*²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина
Департамента здравоохранения города Москвы*

Одним из основных направлений модернизации психиатрической службы в г.Москва является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента. Однако, несмотря на значительное развитие амбулаторной службы в течение последних лет, особую группу больных составляют часто госпитализируемые пациенты. Установлено, что на каждом участке диспансера такая группа (пациенты, госпитализируемые 2 раза и более за 2 года) составляют примерно 14% от всех наблюдаемых больных с шизофренией, которые вместе с тем дают 90% госпитализаций с участка диспансера [3]. Такие пациенты являются наиболее сложными для курации в амбулаторных условиях и их лечение сопряжено со значительно большими затратами [2, 8]. Чаще всего это пациенты с неблагоприятным типом течения заболевания, злоупотребляющие спиртными напитками и имеющие низкую социальную и внутрисемейную поддержку. Обострения у таких пациентов ассоциированы с повышенным риском суицидальных попыток, агрессивных и аутоагрессивных действий. Одной из наиболее частых причин обострений и повторных госпитализаций у больных шизофренией является полное или частичное несоблюдение рекомендаций врача по лечению [21]. Применение антипсихотиков пролонгированного действия при лечении шизофрении у пациентов, некомплаентных к терапии, является «золотым стандартом», включенным в клинические рекомендации РФ, Великобритании и США. [1, 7]. В многочисленных исследованиях было показано, что применение антипсихотиков пролонгирован-

ного действия оказывает благоприятное влияние на комплаенс пациентов, улучшает качество ремиссий и снижает частоту и длительность повторных госпитализаций [8, 9, 16, 17].

Целью нашего исследования был анализ эффективности и безопасности 2-х летней терапии рисперидоном пролонгированного действия (Рисполепт-Конста, РК) у больных с частыми госпитализациями.

Материалы и методы

В группу наблюдения были включены пациенты с диагнозом «Шизофрения», установленным в соответствии с критериями МКБ-10, с частыми госпитализациями (3 и более за 36 мес., предшествующих включению в исследование). Все пациенты наблюдались в ПНД №15 г.Москвы. В рамках рутинной клинической практики пациенты в группах наблюдения в период обострения были переведены с таблетированной терапии на пролонгированный препарат рисполепт конста (РК). Доза препарата была 25 мг, 37,5 мг или 50 мг и могла динамически меняться в зависимости от состояния пациентов. Каждые 3 месяца проводилась оценка выраженности психотической симптоматики по Шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) и качество жизни и социального функционирования по шкале оценки личностного и социального функционирования (PSP). После включения в исследование изучались также истории болезни и карты пациентов. Анализу подвергались терапия до включения в исследование, частота и длительность госпитализаций.

В исследование были включены 27 человек. Период двухлетнего наблюдения завершило 20 пациентов. Три пациента выбыли из исследования по не

связанным с терапией причинам (1 погиб в ДТП, двое сменили место жительства). Ряду пациентов потребовалась смена основного антипсихотика: в двух случаях была необходима госпитализация в связи с обострением продуктивной симптоматики; у одной пациентки терапия была скорректирована в режиме дневного стационара в связи с развитием лактореи; 1 пациент был переведен на ксеплион в связи со стабильным состоянием и желанием пациента и его родственников реже посещать ПНД.

Клинико-демографические характеристики пациентов, вошедших в итоговый анализ, приведены в табл. 1.

Таблица 1

Клинико-демографические характеристики группы

Возраст (лет)	36,4±8,1
Пол:	
Мужчин	10 (50%)
Женщин	10 (50%)
Длительность заболевания (лет)	9,8±2,3
Инвалидность:	
Да	17 (85%)
Нет	3 (15%)

Характеристики включенных пациентов типичны для больных шизофренией, получающих психофармакотерапию [2]. Большинство пациентов – трудоспособного возраста, но имеющие инвалидность [4] и значительный (более 10 лет) стаж заболевания.

Результаты и их обсуждение

Анализ диспансерных карт и историй болезни показал, что из 20 пациентов у 11 (55%) был опыт применения антипсихотиков пролонгированного действия (зуклопентиксола депо или галоперидола деканоата) в стационаре или при дальнейшем наблюдении в амбулаторных условиях. У большей части из них (7 чел., 35%) применение классических нейролептиков приводило к развитию выраженной нейролепсии. В ряде случаев (3 пациента, 15%) развитие признаков нейролептического синдрома было связано с отказом от приема корректоров. Плохая переносимость зачастую может быть объяснена резидуальным органическим поражением головного мозга, связанным с алкоголизацией, травмами, наличием сопутствующей соматической патологии. 9 пациентам (45%) ранее антипсихотики пролонгированного действия не назначались, что отчасти также можно объяснить опасениями врачей развития побочных эффектов.

Анализ сопутствующей терапии до и после включения в исследование приведен в табл. 2.

Таблица 2

Сопутствующая фармакотерапия

Группа препаратов	До начала лечения РК, n (%)	Через 24 месяца терапии РК	p
Антидепрессанты	7 (35%)	3 (15%)	p<0,01
Нормотимики	8 (40%)	9 (45%)	p>0,05
Бензодиазепины	16 (80%)	4 (20%)	p<0,01
Антихолинергические препараты	14 (70%)	3 (15%)	p<0,01
Соматотропные препараты	8 (40%)	7 (35%)	p>0,05

За 24 месяца терапии РК снижалась потребность в назначении сопутствующей терапии. Данный тезис относился только к психотропным препаратам и количество пациентов, нуждавшихся в назначении соматотропной терапии, осталось на том же уровне. Стабилизация состояния позволила снизить потребность пациентов в антидепрессантах. Кроме того, улучшение статуса пациентов, давшее возможность отменить антидепрессанты, можно объяснить редукцией вторичной негативной симптоматики на фоне терапии РК, обусловленной явлениями нейролепсии, проявлениями постпсихотической депрессии и психологической реакцией больного на болезнь. Благоприятный профиль переносимости РК обеспечил снижение потребности в антихолинергических препаратах и бензодиазепинах. при этом потребность в нормотимиках осталась на прежнем уровне. Оптимизация схем сопутствующей психофармакотерапии на фоне лечения РК отмечалась и в более ранних публикациях [6, 16].

В течение 24 месяцев наблюдения происходила стабилизация состояния, редукция позитивной и негативной симптоматики и постепенное формирование ремиссии. Динамика суммарного балла по шкале PANSS показана на рис. 1.

На рисунке показано, что редукция психотической симптоматики у пациентов, получающих РК, наиболее интенсивно происходит в первые 6 месяцев терапии, а

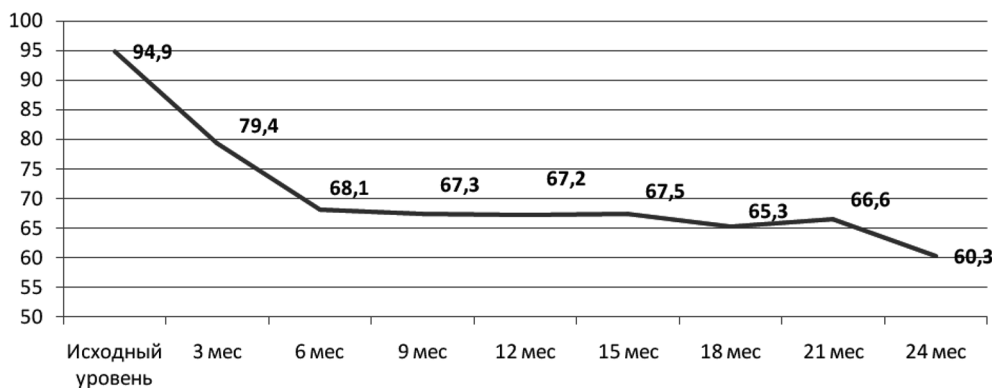


Рис. 1. Динамика редукции суммарного балла по шкале PANSS
Примечания: * – p<0,05 при сравнении с оценкой 3 месяца назад.

затем выходит на плато. Через 3 месяца терапии происходило статистически значимое снижение суммарного балла оценки PANSS относительно исходного уровня (с $94,9 \pm 22,2$ до $79,4 \pm 18,2$). Через 6 месяцев терапии суммарный бал снизился до $68,1 \pm 14,6$, редукция симптоматики относительно баллов через 3 месяца также была статистически значима. При последующих оценках выраженность психотической симптоматики по суммарному баллу PANSS оставалась примерно на одном уровне ($67,3 \pm 15,6$ через 9 мес., $67,2 \pm 14,9$ через 12 мес., $67,5 \pm 12,8$ через 15 мес., $65,3 \pm 16,1$ через 18 мес., $66,6 \pm 18,1$ через 21 мес. и $60,3 \pm 17,3$ через 24 мес.). Степень снижения не достигала статистической значимости.

В других долгосрочных исследованиях также было показано постепенное углубление ремиссии, после перевода пациентов с пероральной на парентеральную пролонгированную форму антипсихотиков [16, 18]. Однако степень улучшений превышает приведенные в публикациях данные, что можно объяснить особенно-

стью когорты пациентов с частыми госпитализациями, участвовавших в данном исследовании, показатели которой могут отличаться от когорты в мультицентровых международных исследованиях. Сам факт согласия пациентов участвовать в исследовании, регулярное посещение ПНД и их динамическое наблюдение также повышали комплаентность и способствовали стабилизации состояния.

В то же время дополнительный анализ данных исследования CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness Project Schizophrenia Trial) показал, что снижение суммарного балла PANSS на 10 баллов за 3 месяца ассоциировано со значительным снижением риска госпитализаций и экономит при лечении каждого такого пациента 192 доллара за 3 месяца и 1 135 доллара в год [11].

Динамика выраженности позитивной, негативной и общей симптоматики, оцененной по отдельным кластерам шкалы PANSS в группах представлена на рис. 2, 3.

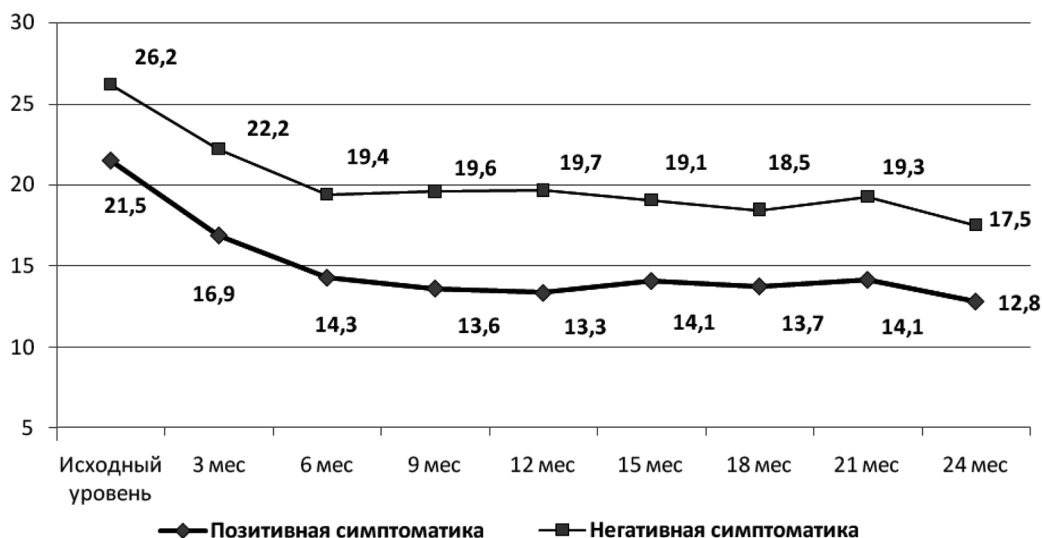


Рис. 2. Динамика редукции позитивной и негативной симптоматики по шкале PANSS
Примечания: * – $p < 0,05$ при сравнении с предыдущим показателем.

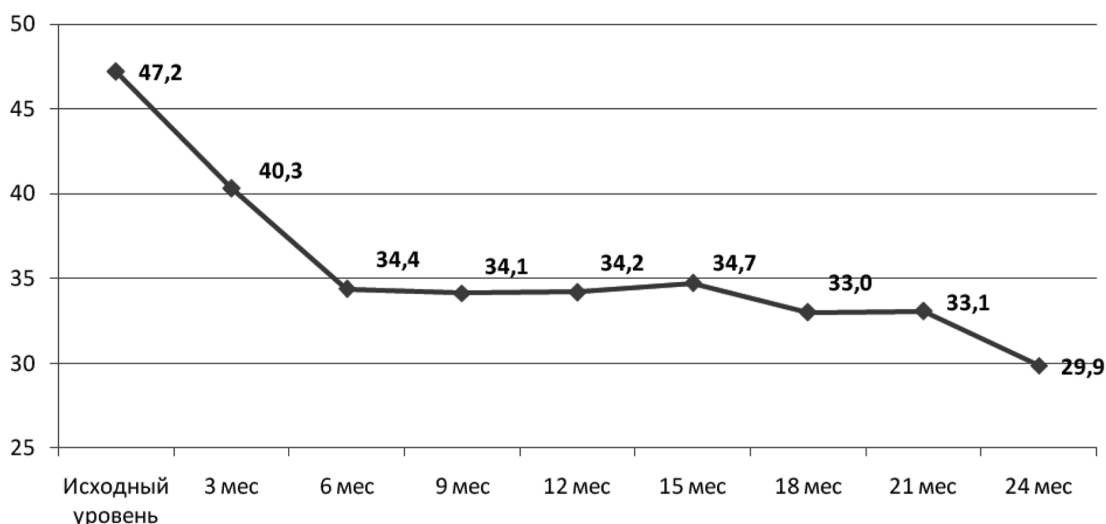


Рис. 3. Динамика редукции общей симптоматики по шкале PANSS
Примечания: * – $p < 0,05$ при сравнении с предыдущим показателем

Наиболее выраженная редукция позитивной симптоматики происходила в первые 6 месяцев терапии РК. Выраженность позитивной симптоматики статистически значимо снижалась через 3 (с $21,5 \pm 4,0$ до $16,9 \pm 3,7$) и 6 месяцев терапии (с $16,9 \pm 3,7$ до $14,3 \pm 2,6$), выходя при последующих оценках на плато ($13,6 \pm 2,6$ через 9 мес., $13,3 \pm 1,8$ через 12 мес., $14,1 \pm 2,0$ через 15 мес., $13,7 \pm 2,1$ через 18 мес., $14,1 \pm 2,8$ через 21 мес., $12,8 \pm 2,7$ через 24 мес.). Схожую динамику имела и редукция негативной симптоматики, что отчасти можно объяснить коррелирующей с позитивной симптоматикой вторичной негативной, попадающей при оценке по шкале PANSS также в раздел негативной. Кроме того, в литературе описано специфическое антинегативное действие РК, что также объясняет положительное влияние препарата на данный кластер симптомов в начале терапии [10, 18].

Через 3 и 6 месяцев терапии отмечалась статистически значимая редукция негативной симптоматики (с $26,2 \pm 4,8$ до $22,2 \pm 4,4$ и затем до $19,4 \pm 4,0$). В дальнейшем выраженность негативной симптоматики составляла: $19,6 \pm 3,4$ через 9 мес., $19,7 \pm 3,6$ через 12 мес., $19,1 \pm 4,0$ через 15 мес., $18,5 \pm 3,7$ через 18 мес., $19,3 \pm 3,8$ через 21 мес. и $17,5 \pm 3,6$ через 24 мес. Степень редукции при измерении на визитах с 9 по 24 месяц не достигала статистической значимости.

Динамика выраженности позитивной и негативной симптоматики имеет те же тенденции, что и динамика суммарного балла PANSS, описанная выше. Данные соотносятся с многочисленными публикациями в литературе, где отмечается, что редукция позитивной симптоматики коррелирует с другими кластерами шкалы [11, 12].

Параллельно с позитивной и негативной симптоматикой происходила редукция баллов общей подшкалы PANSS, которая отражена на рис. 3.

В первые три месяца терапии произошло статистически значимое снижение выраженности общей

симптоматики с $47 \pm 6,3$ баллов до $40,3 \pm 5,2$. На визите через 6 месяцев вновь выявлено статистически значимое снижение баллов (до $34,4 \pm 3,9$). В дальнейшем также отмечалась постепенная редукция общих симптомов, но ее выраженность не достигала статистической значимости ($34,1 \pm 4,4$ через 9 мес., $34,2 \pm 4,2$ через 12 мес., $34,7 \pm 4,7$ через 15 мес., $33,0 \pm 4,3$ через 18 мес., $33,1 \pm 4,6$ через 21 мес., $29,9 \pm 4,4$ через 24 мес.). Положительное влияние терапии на данный кластер симптомов шкалы PANSS чаще всего достигалось за счет улучшения таких симптомов, как «депрессия», «тревога», «чувство вины», «двигательная заторможенность». Ранее в исследованиях также было показано улучшение общей симптоматики шкалы PANSS при переводе пациентов на терапию РК [15, 20].

Параллельно с редукцией позитивной и негативной симптоматики происходило улучшение личностного и социального функционирования больных. Динамика баллов шкалы PSP представлена на рис. 4.

В первые 9 месяцев происходило статистически значимое улучшение личностного и социального функционирования при каждой оценке (с $41,5 \pm 16,5$ на исходном уровне до $49,5 \pm 15,4$ через 3 мес., до $59,3 \pm 16,0$ через 6 мес. и до $67,1 \pm 15,4$ через 9 мес.). В дальнейшем социальное функционирование продолжало улучшаться, но улучшение по баллам PSP не достигало статистической значимости ($66,9 \pm 15,0$ через 12 мес., $70,5 \pm 16,2$ через 15 мес., $71,3 \pm 15,1$ через 18 мес., $71,8 \pm 15,8$ через 21 мес. и $62,4 \pm 14,9$ через 24 мес.).

Полученные данные соотносятся с опубликованными ранее исследованиями, где показано постепенное улучшение социального функционирования при длительном применении РК [5, 14, 15]. Таким образом, улучшение социального функционирования, продемонстрированное в многоцентровых клинических исследованиях, также было подтверждено при назначении РК в рамках рутинной практики.

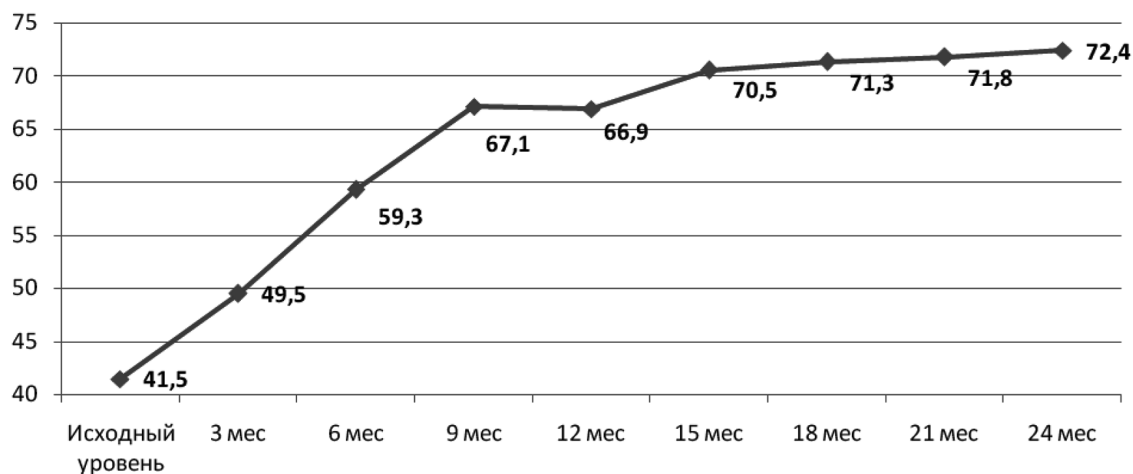


Рис. 4. Динамика баллов по шкале PSP

Примечания: * – $p < 0,05$ при сравнении с предыдущим показателем.

Ранее было показано, что улучшение социального функционирования определяется редукцией позитивных и негативных расстройств [14, 19]. Этим объясняется рост показателей социального функционирования в первые 6 месяцев терапии, когда происходила выраженная редукция позитивной и негативной симптоматики. Стабилизация состояния, отсутствие обострений и госпитализаций способствовали дальнейшему росту показателей по шкале PSP в течение всех 24 месяцев терапии.

Госпитализации пациентов в период наблюдения были единичными. Ресурсопотребление до и после перевода на терапию РК отражено в табл. 3.

Таблица 3

Потребность в ресурсах психиатрической помощи до начала терапии РК

	До начала терапии РК	После начала терапии РК
Число госпитализаций в круглосуточный стационар за 24 месяца	3,8±1,2	0,32±0,48
Число госпитализаций в полустационар за 24 месяца	2,8±1,3	0,28±0,34
Число вызовов неотложной помощи за 24 месяцев	5,7±3,4	1,5±0,56

В таблице показано, что за 24 месяца терапии не только снизилось число госпитализаций в круглосуточный стационар, но и существенно уменьшилась нагрузка на другие звенья оказания психиатрической помощи (неотложная помощь, дневные стационары).

Ранее в целом ряде работ было продемонстрировано, что больным с частыми госпитализациями показано назначение антипсихотиков пролонгированного действия [5, 13]. Однако к когорте пациентов с частыми госпитализациями зачастую относят и пациентов с отказом от приема корректоров и плохой переносимостью классических нейролептиков, что осложняет подбор поддерживающей терапии. Оптимизация терапии с использованием РК в качестве базисного нейролептика позволила исключить большую часть пациентов из группы часто госпитализируемых.

Выводы

Длительное (24 мес.) применение РК способствовало стабилизации состояния больных шизофренией с частыми госпитализациями, снижая выраженность всех кластеров психотической симптоматики (позитивной, негативной и общей). В рутинной практике терапия РК упрощала курацию пациентов с частыми госпитализациями в амбулаторном звене, способствуя постепенному клиническому улучшению большинства пациентов, их функциональному восстановлению, что приводило к перераспределению данных пациентов из группы часто госпитализируемых в группу с эпизодическими госпитализациями, ресурсосбережению в системе психиатрической помощи (снижение риска повторных госпитализаций в круглосуточные и дневные стационары, редкий вызов неотложной помощи). Стабилизация состояния дает возможность включить таких пациентов в реабилитационные программы и таким образом ресоциализировать их.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная федерация обществ биологической психиатрии (WFSBP). Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP). часть 2: Поддерживающая терапия и терапия побочных явлений // Современная терапия психических расстройств. Тематический выпуск. 2014. № 2.
2. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. Проблемные группы больных шизофренией. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незванова и соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 485–490.
4. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство. Часть I // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 1. С. 91–99.
5. Любов Е.Б. Многогосторонний анализ эффективности длительного лечения шизофрении Рисполептом-конста в повседневной психиатрической практике (данные 12 месяцев лечения пациентов российской когорты международного исследования e-STAR) // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. № 3. С. 66–72.
6. Любов Е.Б. Рациональный выбор пролонгированной формы рисполепта: клиническое и фармакоэкономическое обоснование // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 10. № 2. С. 43–49.
7. Проект федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению шизофрении, —2013 режим доступа: <http://psychiatr.ru>
8. Davies L.M. Economics and schizophrenia: the real cost. // L.M. Davies, M.F. Drummond // Br J Psychiatry. 1994. Vol. 25. P. 18–21.
9. Davis J.M., Matalon L., Watanabe M.D. et al. Depot antipsychotic drugs: Place in therapy // Drugs. 1994. Vol. 47. P. 741–743.
10. Fusar-Poli P., Kempton M.J., Rosenheck R.A. Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized-controlled trials // Int. Clin. Psychopharmacol. 2013. N 28. P. 57–66.
11. Glick H.A., Li P., Harvey P.D. The relationship between Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) schizophrenia severity scores and risk for hospitalization: an analysis of the CATIE Schizophrenia // Schizophr. Res. 2015. Vol. 166, N 1–3. P. 110–114.
12. Kelley M.E., White L., Compton M.T., Harvey P.D. Subscale structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a proposed solution focused on clinical validity // Psychiatry Res. 2013. Vol. 30. P. 137–142.
13. Lafeuille M.H. et al. Impact of atypical long-acting injectable versus oral antipsychotics on rehospitalization rates and emergency room visits among relapsed schizophrenia patients: a retrospective database analysis // BMC Psychiatry. 2013. Vol. 10. P. 221.
14. Moller H.J. et al. Efficacy and safety of direct transition to risperidone long-acting injectable in patients treated with various antipsychotic therapies // Int. Clin. Psychopharmacol. 2005. Vol. 20. P. 121–130.
15. Olivares J.M. et al. Long-term outcomes in patients with schizophrenia treated with risperidone long-acting injection or oral antipsychotics in Spain: results from the electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry (e-STAR) // Eur. Psychiatry. 2009. Vol. 24, N 5. P. 287–296.
16. Peuskens J., Olivares J.M., Pecenk J. et al. Treatment retention with risperidone long-acting injection: 24-month results from the Electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry (e-STAR) in six countries // Curr. Med. Res. Opin. 2010. Vol. 26, N 3. P. 501–509.
17. Schooler N.R. Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64, Suppl. 16. P. 14–17.
18. Schreiner A. et al. Long-acting injectable risperidone and oral antipsychotics in patients with schizophrenia: results from a prospective, 1-year, non-interventional study (InORS // World J. Biol. Psychiatry. 2014. Vol. 15, N 7. P. 534–545.

19. Taylor D.M., Young C., Patel M. Prospective 6-month follow-up of patients prescribed risperidone long-acting injection: factors predicting favourable outcome // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2006. N 9. P. 685–694.
20. Turner M. et al. Long-acting injectable risperidone: safety and efficacy in stable patients switched from conventional depot antipsychotics // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2004. Vol. 19, N 4. P. 241–249.
21. Weiden P.J. et al. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia // *Psychiatr. Serv.* 2004. Vol. 55. P.886–891.

РИСПЕРИДОН ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ: АНАЛИЗ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ 24 МЕСЯЦЕВ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ

Г.П. Костюк, М.В. Курмышев, М.С. Зайцева, А.Ю. Кузьменко, А.Н. Ханнанова

Был проведен анализ эффективности и безопасности длительного лечения препаратом рисполепт конста среди пациентов с шизофренией (27 чел.), госпитализированных чаще 2 раз за 36 месяцев. В процессе исследования в течение 24 месяцев проводилась клинико-динамическая оценка психопатологической симптоматики по шкале PANSS и оценка качества жизни по шкале PSP. Результаты исследования показали, что при терапии рисполептом конста в течение всего периода наблюдения происходила стабилизация состояния больных, отражавшаяся в

статистически значимой редуции баллов шкалы PANSS в кластерах позитивной, негативной и общей симптоматики и улучшение их качества жизни по шкале PSP. За 24 месяца терапии не только снизилось число госпитализаций в круглосуточный стационар, но и существенно уменьшилась нагрузка на другие звенья оказания психиатрической помощи (неотложная помощь, дневные стационары).

Ключевые слова: шизофрения, регоспитализация, пролонгированные инъекционные антипсихотики.

PROLONGED-RELEASE RISPERIDON: ANALYSIS OF 24-MONTHS TREATMENT OF PATIENTS WITH FREQUENT HOSPITALISATIONS

G.P. Kostyuk, M.V. Kourmyshev, M.S. Zaitseva, A.Yu. Kouzmenko, A.N. Khannanova

The authors report on efficacy and safety of long-term treatment with Rispolept Consta in schizophrenic patients with hospitalization rate higher than twice in 36 months. Rispolept Consta was prescribed to 27 patients as a part of routine practice. The patients were followed for 24 months and their condition was evaluated by means of PANSS (psychopathological symptoms) and PSP (quality of life) scales. Results show that use of Rispolept Consta was associated with further develop-

ment of remission, with reduction of PANSS scores in positive, negative and general symptom clusters, and improved quality of life on PSP. During the investigated period, the rate of hospitalizations decreased along with the rate of using other psychiatric services (emergency care, day hospitals).

Key words: schizophrenia, repeated hospitalization, prolonged-release antipsychotics for injection.

Костюк Георгий Петрович – д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ ПКБ №1 им.Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист-психиатр Департамента здравоохранения города Москвы; e-mail: kgg@yandex.ru

Курмышев Марат Витальевич – заместитель главного врача по медицинской части филиала «Психоневрологический диспансер №15» ГБУЗ ПКБ №1 им.Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы; e-mail: 5086773@mail.ru

Зайцева Мария Сергеевна – заведующая дневным стационаром филиала «Психоневрологический диспансер №15» ГБУЗ ПКБ №1 им.Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы; e-mail: mstremousova@gmail.com

Кузьменко Анастасия Юрьевна – заведующая отделением интенсивного оказания психиатрической помощи филиала «Психоневрологический диспансер №15» ГБУЗ ПКБ №1 им.Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы; e-mail: kuzmenkoau83@mail.ru

Ханнанова Ангелина Наилевна – к.м.н., заведующая отделением ГБУЗ ПКБ №4 им.П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы; e-mail: a.khannanova@gmail.com