Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2026, Т. 60, № 2, с. 109-113, http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-1327

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2026, Vol. 60, no 2, pp. 109-113, http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-1327

Клинический случай применения карипразина у пациента с биполярным аффективным расстройством и низкой приверженностью к терапии

Счастный Е.Д [1]., Украинцев И.И.[2]
[1]Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия
[2]Сибирский государственный университет, Томск, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Представлен сложный для реабилитации клинический случай пациентки с биполярным аффективным расстройством (БАР). В описанном случае подробно описано начало заболевания, дальнейшая его динамика, персонифицированный подбор терапии с последующим назначением карипразина, на фоне которого повысилась комплаентность пациентки. Интерес представленного случая для профессионального рассмотрения и обсуждения обусловлен доказанной практическим путем эффективностью применению карипразина при низкой степени соблюдения пациентом врачебных рекомендаций, а именно побочные эффекты препаратов и сложные схемы профилактического лечения.

***Ключевые слова*:** карипразин, биполярное аффективное расстройство, отсутствие комплаентности

Информация об авторах:
Счастный Евгений Дмитриевич — e-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com; https//orcid.org/0000-0003-2148-297X
Украинцев Игорь Иванович — e-mail:garic58garic@yandex.ru; https//orcid.org/0000-0001-5112-2188

Как цитировать: Счастный Е.Д., Украинцев И.И. Клинический случай применения карипразина у пациента с биполярным аффективным расстройством и низкой приверженностью к терапии. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2026; 60:2:109-113. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-1327.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование осуществлено в соответствии с бюджетным финансированием госзадания НИИ психического здоровья № 075-00491-26-00 в рамках комплексной темы НИР «Персонализированная терапия больных расстройствами шизофренического и аффективного спектра на основе клинически верифицированных констелляций маркеров их морфологического, биохимического и когнитивного фенотипов» (номер госрегистрации 126022417834-4. Протокол ЛЭКа № 189/3.2025 от 9 декабря 2025 года.

Case Report: Cariprazine Use in the Management of Bipolar Disorder with Non-compliance

Evgeny D. Schastnyy[1], Igor I. Ukraintsev[2]
[1]Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia
[2]Siberian State University, Tomsk, Russia

Research article

Summary. This article presents a challenging rehabilitation case of a female patient with bipolar disorder (BD). The described case details the onset of the disease, its subsequent progression, and personalized therapy selection, culminating in the prescription of cariprazine, which improved the patient's compliance. The significance of this case for professional discussion lies in the empirically demonstrated efficacy of cariprazine in patients with low adherence to medical recommendations, particularly due to side effects of medications and complex prophylactic treatment regimens.

***Keywords*:** cariprazine, bipolar disorder, non-compliance

Автор, ответственный за переписку: Счастный Евгений Дмитриевич — e-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

Corresponding author: Evgeny D. Schastnyy — e-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

© Счастный Е.Д., Украинцев И.И.

Information about the authors:
Evgeny D. Schastnyy* — e-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com; https://orcid.org/0000-0003-2148-297X
Igor I. Ukraintsev — e-mail: garic58garic@yandex.ru; https://orcid.org/0000-0001-5112-2188

To cite this article: Schastny ED., Ukraintsev II. Case Report: Cariprazine Use in the Management of Bipolar Disorder with Non-compliance. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology.* 2026; 60:2:109-113. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-1327. (In Russ.)

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

The study was carried out in accordance with the budgetary financing of the state assignment of the Mental Health Research Institute No. 075-00491-26-00 as part of the complex research topic «Personalized Therapy for Patients with Schizophrenic and Affective Spectrum Disorders Based on Clinically Verified Constellations of Markers of Their Morphological, Biochemical, and Cognitive Phenotypes» (registration number 126022417834-4. Protocol of the LEC No. 189/3.2025 dated December 9, 2025.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) — распространённое и инвалидизирующее психическое расстройство, распространённость которого в течение жизни в мире составляет 2,4% [8]. Суммарный уровень суицидов при БАР достигает 164 на 100 000 человеко-лет, что составляет 3,4–14% всех смертей от суицидов [11]. Хотя этиология БАР до конца не ясна, длительная психофармакотерапия остаётся наиболее эффективным методом для купирования симптомов, предотвращения рецидивов и хронификации заболевания. Однако высокий уровень несоблюдения терапии (от 20 до 60%) остаётся серьёзной проблемой в клинической практике у пациентов с БАР [12].

У пациентов с БАР с текущим депрессивным эпизодом показано, что более 60% прерываний лечения происходят в течение 12 месяцев после его начала, а свыше 40% отказов от терапии случаются уже в первые 3 месяца [6]. Несоблюдение режима медикаментозного лечения при БАР не только связано с высоким риском рецидивов, обострений и госпитализаций, но и снижает вероятность ремиссии и восстановления [5, 9]. Накопление аффективных эпизодов является значимым предиктором когнитивных нарушений, а также снижения социальной, финансовой и профессиональной трудоспособности, что подчеркивает важность профилактики рецидивов [2, 4]. При БАР I типа наблюдаются различные реакции на лечение, затрудняющие достижение и сохранение ремиссии [1].

В представленном клиническом случае применение карипразина было эффективно при лечении пациента с биполярным аффективным расстройством и низкой приверженностью к терапии, оправданно привести основные особенности данного препарата. Карипразин представляет собой новый атипичный антипсихотический препарат третьего поколений [10]. Карипразин проявляет свое терапевтическое действие через взаимодействие с дофаминовыми и серотониновыми рецепторами: частичный агонизм D_2 и D_3 дофаминовых рецепторов (с преимущественным сродством к D_3-рецепторам); частичный агонизм 5-HT_{1a} серотониновых рецепторов: антагонизм 5-HT_2 рецепторов; антагонизм гистаминовых H_1-рецепторов; отсутствие аффинности к мускариновым холинергическим рецепторам [7]. Благодаря частичному агонизму D_3-рецепторов лимбической системы, карипразин влияет на негативные симптомы шизофрении, обладает антидепрессивным эффектом (опосредованным также через 5-HT_{1a} рецепторы, аналогично СИОЗС и СИОЗСН), демонстрирует про-когнитивное действие [3].

Таким образом, ключевыми преимуществами являются достоверное уменьшение как позитивной, так и негативной симптоматики при шизофрении, доказанная эффективность при всех эпизодах БАР, минимальные метаболические нарушения, низкий риск седации и гипотензии, незначительное влияние на уровень пролактина (преимущество при гиперпролактинемии), наиболее частые нежелательные явления (акатизия, беспокойство, тошнота, усталость) обычно имеют легкую/умеренную степень выраженности.

Клинический случай

Больная Е., 1971 г.р. (52 года).

Анамнез жизни.

Семейный анамнез психическими расстройствами не отягощен. Родилась и воспитывалась в полной семье, младшей из двух детей. Росла и развивалась без отставания от сверстников. В школу пошла своевременно, формировалась активной, общительной, эмоциональной и впечатлительной. С успеваемостью и социализацией в коллективе проблем не было, училась на отлично, окончив школу с золотой медалью. После окончания школы, по характеру существенно не изменилась, окончила медицинский университет с красным дипломом. После окончания ординатуры защитила кандидатскую диссертацию, работает по специальности в одном учреждении. Замужем была с 28 лет, от брака 2 детей (младшей дочери 10 лет, старшей 26 лет). С супругом взаимоотношения были доброжелательными. Он скоропостижно скончался, когда пациентке был 41 год. Вскоре вне брака родила второго ребенка, воспитывала сама.

Наркологический анамнез.

Алкоголь употребляла эпизодически, не курит, данных за употреблением ПАВ нет.

Анамнез заболевания.

Психические нарушения впервые возникли в сентябре 2022 года в возрасте 51 года. За 2 недели до первичной госпитализации стала отмечать повышенную утомляемость, ощущала сильную

головную боль, «легкий туман в голове», «ломало, как при гриппе». Сданный тест на ковид был отрицательным, пациентке было диагностировано ОРВИ. Дочери сообщала, что в течении последней недели стала плохо спать ночами. В то время описывала свое состояние, как «перевозбуждение», сон был поверхностным — «подремывала», отметила снижение количества часов ночного сна, в том числе выраженное снижение потребности в отдыхе. Сообщала о том, что «осознавала, что несколько неадекватна». Через несколько дней, со слов дочери, она стала чрезмерно суетливой, малопродуктивной, говорила несвязные между собой фразы, разбрасывала вещи, продукты по квартире, проявляла агрессию к родственникам, повторяла одни и те же слова. 03.10.2022 г. в порядке СМП была доставлена в ТКПБ, госпитализирована недобровольно.

При поступлении была двигательно расторможена, озлоблена, мышление было ускоренным по темпу. В отделении в первое время была склонна к нарушению режима отделения — группировала вокруг себя пациенток, нарушала режим, проявляла негативизм, требовала к себе особых условий и особого отношения. На фоне лечения заметно упорядочилась, постепенно выровнялся аффективный фон и мыслительная деятельность, нормализовался сон. Для купирования психомоторного возбуждения получала дроперидол 5 мг в/м, препарат Транквезипам 4 мг в/м, внутрь кветиапин 150 мг/сут., препарат Депакин хроно 450 мг/сут. Была выписана 28.10. 2022 г. с диагнозом «Другие острые и преходящее психотические расстройства», отмечалось полное выздоровление.

После выписки в назначенное время на повторный прием к участковому врачу-психиатру не явилась. Со слов дочери после выписки сразу прекратила приём поддерживающего лечения.

В течении последующего месяца поведение пациентки вновь стало неадекватным, со слов родственников проявляла агрессию, говорила на повышенных тонах. Высказывала идеи, что ее «снимают», поэтому заклеила телевизор, технику. Со слов родного брата стала употреблять алкоголь, в нетрезвом состоянии могла сесть за руль. Не исполняла свои прямые профессиональные обязанности, могла в любой момент оставить свое рабочее место. Написала заявление в РОВД якобы в связи с пропажей своей сумки с большой суммой денег, документами, стала подозревать близких в ее краже. В связи с описанным состоянием 23.12.2022 г. родственниками был инициирован осмотр психиатра на дому, откуда осуществлялся вызов СМП, была госпитализирована в ТКПБ в недобровольном порядке, где свое согласие дала в беседе с лечащим врачом.

Госпитализация в круглосуточный стационар повторная. Настоящее поступление в недобровольном порядке посредством СМП, полиции в экстренном порядке. После первичной выписки осенью 2022 г. из психиатрической больницы препараты не принимала, спустя 1,5 месяца стала чрезмерно активной, суетливой, подозрительной. Проявлять беспричинную агрессию к родственникам, была дезорганизованной в работе. Родственниками и коллегами был инициирован осмотр психиатра на дому, откуда была доставлена в приемное отделение ТКПБ для купирования состояния.

На момент поступления самостоятельно жалобы не формулировала, родственникам не высказывала.

Текущее состояние пациентки

Психический статус при поступлении в стационар в приемном отделении 23.12.2022 г.

Сознание ясное, ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Напряжена. В продуктивный контакт не вступает, на вопросы отвечает контрвопросами. Диктует врачу каким образом должна происходить беседа с пациентом. Ответы дает сугубо формальные, лишенные общего смысла — «Каким образом здесь оказались? — приехала машина, меня посадили» и т.д. Категорически отрицает сведения о неправильном поведении, критика к состоянию отсутствует.

Психический статус при первичном осмотре лечащим врачом. Пребывает в ясном сознании. Внешне опрятно вида. Активна, эмоционально яркая, мимика оживленная. Беседу начинает с критики лечащего врача о неправильной структуре опроса, рассказывает, как, по ее мнению, должен состоять диалог. Многоречива, взбудоражена, не всегда последовательна в изложении обстоятельств поступления. Рассказывает, что в настоящее время болеет респираторной инфекцией, с которой связывает свое очередное ухудшение состояния. Считает, что ее госпитализировали в стационар по ошибке, и что ей нужна специализированная помощь в психиатрической больнице или инфекционном отделении. Достаточно манерная, оживленная, театральная в проявлениях эмоций. Речь сбивчивая, торопливая, имеет массу оправданий своему поведению. Психометрическая оценка по шкале оценки мании Янга (YMRS) выявила выраженное маниакальное состояние — 31 балл, по шкале CGI-S — значительно выраженные психические нарушения.

Соматический статус.

Кожные покровы чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Температура тела 36,8 С°. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Аллергоанамнез без особенностей. Стул, диурез — объективных данных нет, со слов — без особенностей. Сопутствующая патология: Основное: хронический бронхит, затухающее обострение бронхолёгочной инфекции неуточненной этиологии. ГБ II ст., АГ I ст., риск ССО 3. Сопутствующие: хронический некалькулёзный холецистит описторхозной (анамнестически) этиологии, ремиссия.

Неврологический статус. Сознание ясное. Во времени и месте пребывания ориентирована. Счёт по Крепелину верный. Статика, моторика, координация не нарушены. Функции черепных

нервов сохранены. Очаговых знаков, нистагма нет. Рефлексы с обеих сторон одинаковые.

ЭЭГ от 06.10.22 — на фоне сохранного основного ритма выявляются изменения регуляторного характера; имеются признаки ирритации в виде гиперсинхронного низкочастотного бета-ритма; характер имеющихся изменения указывает на дисфункцию диэнцефально-стволовых структур мозга; эпилептиформной активности и очаговых изменений в коре больших полушарий не выявлено

Эхо-ЭГ от 06.10.22 — смещения М-эхо не выявлено; признаки гидроцефалии отсутствуют.

РЭГ от 06.10.22 — ОПК в бассейнах ВСА и ВББ в пределах нормы; венозный отток в пределах нормы; полирегионарный гипертонус артерий среднего калибра.

МРТ головного мозга от 07.10.22 — наружная заместительная гидроцефалия? единичные мелкие очаги в лобных долях, наибольший до 4 мм слева, возможно в рамках перенесенной нейроинфекции, незначительно усилен сигнал и подчеркнуты извилины в лобных долях, утолщения паутинной оболочки нет, умеренный гиперостоз костей свода черепа, искривление носовой перегородки влево, незначительная асимметрия позвоночных артерий D>S.

В ОАК, БАК, ОАМ — без отклонений.

При поступлении стала получать хлорпромазин 100 мг в/м, кветиапин 450 мг/сут., препарат Депакин хроно 1200 мг/сут. В первые дни пребывания демонстрировала импульсивное поведение, дважды пыталась убежать с консультации офтальмолога. Вела себя неадекватно, импульсивно. Все время пребывала в раздраженном настроении, требовала к себе особого отношения, противилась установленному в отделении режиму. В общении с родственниками была резкой, чрезмерно говорливой. Развилась побочная симптоматика в виде ежедневной головной боли, сухости во рту, вялости и сонливости.

В этой связи лечение было скорректировано: хлорпромазин отменен, кветиапин снижен до 200 мг/сут., препарат Депакин хроно увеличен до 1500 мг/сут. В схему терапии добавлен карипразин 1,5 мг в первый день. На следующие сутки пациентка отметила полное редуцирование побочной симптоматики. Настроение сохранялось приподнятым, была общительной, чрезмерно подвижной. Но спокойнее реагировала на замечания, не демонстрировала повышенной раздражительности и напряжения. На следующий день доза карипразина была увеличена до 3 мг/сут., кветиапин — 200 мг/сут., полноценно спала ночью, реже замечалась в отделении, время проводила за чтением книг, просмотром телевидения. Настроение было ближе к ровному, спокойнее относилась к критике в свой адрес, адаптировалась к условиям отделения. На 3 сутки доза карипразина составила 4,5 мг/сут. В беседе с врачом стала заметно спокойнее, сдержаннее. Речь постепенно приобретала обычный темп, мышление в значительной степени упорядочилось, придерживалась определенной темы обсуждения, не перебивала. Рационально рассуждала о своем состоянии, отметила, что «стало лучше».

На 4 день поведение было более спокойное, сдержанно общалась с медперсоналом, пациентками. По собственной инициативе включалась в трудовые процессы. Критика к состоянию слабая, в свободной форме общалась о причине поступления, однако пыталась диссимулировать имеющиеся на тот момент болезненные переживания. В значительной степени выровнялся ее аффективный фон, адекватно воспринимала критику в свой адрес, соглашались с тем, что «испытывала перепады настроения». Психометрическая оценка по шкале оценки мании Янга (YMRS) выявила нормальное состояние — 6 баллов, по шкале CGI-I — существенное улучшение.

На фоне лечения карипразином удалось добиться значительной стабилизации психического состояния пациентки, выровнялось настроение. В течении дня стала сдержана с окружающими, более продуктивна и последовательна в беседе. На момент выписки из стационара сохранялась незначительная суетливость пациентки, склонность к говорливости, высказывала настрой на продолжение терапии в амбулаторных условиях.

Была выписана на долечивание в условия ДС ВДО, с рекомендацией приема карипразина 4,5 мг, препарата Депакин хроно 1500 мг/сут. В ДС ВДО поступила спустя 1 неделю после стационарного лечения. В первое время была несколько напряжена. Сообщала о стабильном психическом состоянии, отрицала эмоциональные и поведенческие проблемы, что подтверждалось в беседе с родственниками. Речь была четкая, ясная, несколько ускорена по темпу, отрывистая. Мышление описывалось последовательным. Самостоятельно посещала ВДО, где состояние описывалось ровным, в беседе говорила по существу, постепенно полностью редуцировалась напряженность, более свободно вела диалог, темп речи уменьшился. Лекарства принимала дисциплинированно. Вскоре стала признавать, что нуждалась в помощи, лечении, что была несдержанной и «нервозной». Была выписана из дневного стационара спустя 2 недели наблюдения со значительным улучшением на фоне приема карипразина 4,5 мг/сут, препарата Энкорат хроно 1500 мг/сут.

Обсуждение. Настоящий клинический случай представляется интересным в связи с доказанной эффективностью применению карипразина при низкой комплаентности пациентки за счет побочных эффектов ранее назначаемых препаратов и сложных схем профилактического лечения. Назначение карипразина привело к формированию терапевтической ремиссии за короткий промежуток времени: уменьшилась гиперактивность, исчезла агрессия, появилась критика к своему состоянию, настроена на длительный прием препаратов. **Психопатологический диагноз.** Основной: маниакально-бредовое состояние, биполярный тип, с конгруентным аффекту бредом. Маниакальный эпизод с психотическими симптомами (F31.23). **Рекомендации и прогноз.** Динамическое наблю-

дение психиатра по месту жительства. Прием поддерживающей терапии карипразином 3 мг/сут. и препаратом Энкорат хроно 1500 мг/сут. в течение полугода в комплексе с психосоциальной и образовательной поддержкой.

Прогностическая оценка заболевания. При соблюдении режима приема поддерживающей терапии у больной произойдет достижение полной ремиссии и будет сохраняться стабильная интермиссия.

Литература / References

1. *Кибитов АО, Шумская ДС, Пинахина ДВ. и др. Специфические метаболические и воспалительные профили пациентов с гипергликемией при биполярном аффективном расстройстве, рекуррентной депрессии и шизофрении: результаты трансдиагностического исследования. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025;4(129): 43-56.*
   Kibitov AO, Shumskaia DS, Pinakhina DV. et al. Specific metabolic and inflammatory profiles of patients with hyperglycemia in bipolar affective disorder, recurrent depression and schizophrenia: results of a transdiagnostic study. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2025; 4 (129): 43-56. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-4(129)-43-56
2. *Arvilommi P, Pallaskorpi S, Linnaranta O, et al. Long-term work disability due to type I and II bipolar disorder: findings of a six-year prospective study. Int J Bipolar Disord. 2022;10(1):19. https://doi.org/10.1186/s40345-022-00264-6*
3. *Fountoulakis KN, Ioannou M, Tohen M, et al. Antidepressant efficacy of cariprazine in bipolar disorder and the role of its pharmacodynamic properties: A hypothesis based on data. Eur Neuropsychopharmacol. 2023;72:30–39. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.03.009*
4. *Grande I, Goikolea M, de Dios C, et al. Occupational disability in bipolar disorder: analysis of predictors of being on severe disablement benefit (PREBIS study data). Acta Psychiatr Scand. 2013;127 (5):403-411. https://doi.org/10.1111/acps.12003*
5. *Hong J, Reed C, Novick D, et al. Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: results from the European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication (EMBLEM) study. Psychiatry Res. 2011;190:110–114. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.016*
6. *Li K, Liao Y, Yang Z, et al. Case Report: Paliperidone Palmitate in the Management of Bipolar I Disorder With Non-complianceFront Psychiatry. 2021;111:529672. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.529672*
7. *Mazza M, Marano G, Traversi G, et al. Cariprazine in bipolar depression and mania: State of the art. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2018;17(10):723–727. https://doi.org/10.2174/1871527317666180828120256*
8. *Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(3):241-251. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12*
9. *Pezzin LE, Larson ER, Lorber W, et al. Music-instruction intervention for treatment of post-traumatic stress disorder: a randomized pilot study. BMC Psychol. 2018;6:60. https://doi.org/10.1186/s40359-018-0274-8*
10. *Rybakowski JK. Mood stabilizers of first and second generation. Brain Sci. 2023;13(5):741. https://doi.org/10.3390/brainsci13050741*
11. *Schaffer A., Isometsa E.T., Tondo L. et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: part I of a report of the International society for bipolar disorders task force on suicide in bipolar disorder // Aust N Z J Psychiatry. — 2015. — No 49. — P. 785–802. https://doi.org/10.1177/0004867415594427*
12. *Torres-Llenza V, Lakshmin P, Lieberman DZ. Spotlight on once-monthly long-acting injectable aripiprazole and its potential as maintenance treatment for bipolar I disorder in adult patients. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018;14:285–292. https://doi.org/10.2147/NDT.S129559*

Сведения об авторе

Счастный Евгений Дмитриевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук (634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4). E-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

Украинцев Игорь Иванович — кандидат медицинских наук , ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Сибирского государственного университета, г. Томск, Московский тракт, д.2; e-mail:garic58garic@yandex.ru

Поступила 12 01.2026
Received 12.01.2026
Принята в печать 26.03.2026
Accepted 26.03.2026
Дата публикации 30.04.2026
Date of publication 30.04.2026