

Современные подходы к терапии шизофрении атипичными антипсихотиками (на примере клинических наблюдений)

Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б.
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Оригинальная статья

Резюме. Учитывая отсутствие в настоящее время достаточного количества научных данных о соотношении, степени выраженности, клиническом патоморфозе продуктивных и негативных симптомов при шизофрении, требуется более детальное изучение данного вопроса. Соотношение позитивных и негативных расстройств в структуре расстройств шизофренического спектра различно в каждом конкретном случае.

Известно, что проблемы, связанные с формированием стойкой ремиссии при шизофрении, значительно влияют на функциональное благополучие, качество и продолжительность жизни пациентов. Для обеспечения комплексного эффективного и безопасного лечения пациентов с шизофренией необходимы антипсихотические препараты с широким спектром действия.

По мнению ряда авторов, карипразин является одним из эффективных антипсихотиков как в отношении позитивных симптомов, так и в отношении негативных и когнитивных симптомов.

В настоящей работе представлен ряд клинических наблюдений, в которых показана эффективность антипсихотика третьего поколения карипразина, как действенного антипсихотического препарата с благоприятным профилем безопасности, обеспечивающего высокую приверженность к терапии и успешно применяемого как у пациентов с первым психотическим эпизодом, так и у пациентов с длительностью расстройства более пяти лет. Также подробно описаны схемы комплексной терапии с проведением мероприятий психосоциальной реабилитации в стационарном и амбулаторном отделениях Центра психосоциальной реабилитации, расположенном на базе Областной клинической психиатрической больницы.

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотик, карипразин, реабилитационные мероприятия.

Информация об авторах

Самойлова Дарья Дмитриевна — ddkarelina@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8946-5837>
Барыльник Юлия Борисовна — juljab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6837-5894>

Как цитировать: Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б. Современные подходы к терапии шизофрении атипичными нейролептиками (на примере клинических наблюдений). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:4(1):91-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1054>.

Конфликт интересов: отсутствует.

Modern approaches to the therapy of schizophrenia with atypical neuroleptics (based on clinical observations)

Daria D. Samoylova, Julia B. Barylnik
Saratov State Medical University, Russia

Research article

Summary. According to the lack of sufficient scientific data on the ratio, severity, and clinical pathomorphism of positive and negative symptoms in schizophrenia, a more detailed research of this issue is required. The ratio of positive and negative disorders in the structure of schizophrenia spectrum disorders is different in each specific case.

It is known that problems associated with the formation of stable remission in schizophrenia significantly affect the functional well-being, quality and life expectancy of patients. To ensure comprehensive, effective and safe treatment of patients with schizophrenia antipsychotic drugs with a broad spectrum of action are needed.

Автор, ответственный за переписку: Самойлова Дарья Дмитриевна — ddkarelina@mail.ru

Corresponding author: Daria D. Samoylova — ddkarelina@mail.ru

Cariprazine is one of the more effective antipsychotics, both in relation to positive symptoms and in relation to negative and cognitive symptoms.

This paper presents a number of clinical observations that demonstrate the efficacy of the third-generation neuroleptic cariprazine as a potent antipsychotic drug with a favorable safety profile, providing high adherence to therapy and successfully used both in patients with the first psychotic episode and in patients with a disorder duration of more than five years. Also, the complex therapy schemes with psychosocial rehabilitation measures in the inpatient and outpatient departments of the Psychosocial Rehabilitation Center, located on the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital, are described in detail.

Keywords: schizophrenia, antipsychotic, cariprazine, rehabilitation measures.

Information about the authors:

Daria D. Samoylova — ddkarelina@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8946-5837>

Julia B. Baryluk — juljab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6837-5894>

To cite this article: Samoylova DD, Baryluk JB. Modern approaches to the therapy of schizophrenia with atypical neuroleptics (based on clinical observations). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:4(1):91-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1054>. (In Russ.)

Conflict of interest: no conflict.

1 Применение карипразина в сочетании с мероприятиями психосоциальной реабилитации на примере пациента с первым психотическим эпизодом (пациент С., 26 лет)

Анамнез жизни: пациент С., родился в Саратове единственным ребенком в семье служащих. Рос здоровым, развивался наравне со своими сверстниками. По характеру активный, общительный, дисциплинированный. Получил высшее образование программиста-дизайнера. Работает по специальности. Разведен. Имеет сына 3 лет, который живет с матерью. В настоящее время пациент проживает самостоятельно в собственной квартире.

Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию в возрасте 10 лет. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Сопутствующих заболеваний не выявлено.

Пациент в настоящее время не курит. Наркотические средства никогда не принимал, алкоголь в прошлом в умеренном количестве, в настоящее время психоактивные вещества не употребляет.

Психиатрический анамнез: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Состояние впервые изменилось в возрасте 22 лет (в 2020 году), однако в поле зрения психиатра попал только в 2021 году, постепенно нарастала галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Слышал «голос» внутри головы, комментирующий его действия и мысли, считал, что по телевизору для него посылаются специальные сообщения, стал раздражительным, вспыльчивым, появилась тревога, нарушился сон, перестал справляться с работой, был вынужден уволиться.

В связи с нарастанием симптоматики был впервые добровольно госпитализирован в Областную клиническую психиатрическую больницу, где был выставлен диагноз «Шизофрения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром». На протяжении 3 месяцев получал лечение гало-

перидолом 20 мг/сут, трифтазином 10 мг/сут, тригексифенидилом 4 мг/сут, аминазином 50 мг/сут. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось, исчезли «голоса», бредовые идеи. Появилась формальная критика к своему состоянию.

Физикальное обследование: Состояние удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Дистальные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Лор- и органы зрения без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Опорно-двигательный аппарат без патологии. Грудная клетка обычной формы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Область почек без видимых изменений, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул регулярный. В неврологическом статусе без патологии. Сухожильные, периостальные рефлексы S=D, патологических знаков нет. В позе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет. Рост 172 см, вес 76,3 кг.

Психический статус: Ориентирован всесторонне верно, речевому контакту доступен. Внешне опрятен. Лицо гипомимичное. Настроение ровное. В ходе беседы пациент ведет себя спокойно, к врачу доверчив. Отвечает на вопросы врача, но в беседе малоинициативен, сам вопросов врачу не задает. Отвечает на вопросы врача кратко, формально, односложно, подробно рассказывает только после уточняющих вопросов, которые задает врач. Мимика лица обеднена, эмоционально невыразительна. Критика к своему состоянию формальная. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет: бредовых идей не высказывает, наличие «голосов» отрицает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется. Сон нарушен, долго не может заснуть. Аппетит в норме.

Диагноз: F20.0 Шизофрения, параноидная форма, параноидный синдром.

Пациент был переведен на лечение карипразином в дозе 6 мг/сут с предварительной титрацией дозы. На базе стационарного отделения Центра психосоциальной реабилитации также получал профессиональную помощь психиатра с использованием шкалы позитивных и негативных симптомов PANSS, опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (КЖ и СФ), шкалы комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ), работа по психообразовательному пособию, комплаенс-терапия, краткосрочные психосоциальные вмешательства с пациентом); клинического психолога (краткосрочные психосоциальные вмешательства с пациентом и родственниками, методика на распознавание эмоций «Лица Экмана» (ЛЭ), методика понимание намека «Hinting Task» (НТ), шкала приверженности лечению Мориски-Грина (М-Г), стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера, «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» КОУЗ, анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией, Анкета) и специалиста по социальной работе (краткосрочные психосоциальные вмешательства с родственниками, КПВ).

Спустя месяц наблюдения в стационарном отделении Центра состояние пациента оценивалось в 2,5 балла по ШКОРЛ (удовлетворительное), вследствие чего пациент был направлен под наблюдение в амбулаторное отделение Центра психосоциальной реабилитации с рекомендациями проведения психосоциальной реабилитации 2 раза в месяц и обязательным динамическим посещением участкового врача-психиатра.

Назначена программа реабилитационных мероприятий, рассчитанная на год, которая включала проведение психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств с пациентом и его родственниками, комплаенс-терапию (психиатр, клинический психолог, специ-

алист по социальной работе). Так как показатель когнитивного функционирования по диагностическому тесту Векслера оценивался как средний (92 балла), режим когнитивного тренинга Векслера составил 2 раза в месяц. Параллельно проводилось обследование родственников по КОУЗ и Анкете (клинический психолог), которое выявило следующие показатели: КОУЗ — 48 баллов, Анкета — 16 баллов, что соответствует среднему уровню знания и поддержки пациента со стороны родственников.

За время наблюдения обострений не отмечалось. Пациент продолжал получать терапию карипразином 6 мг/сут в полном объеме, возобновил работу по специальности, программистом.

К концу наблюдения в амбулаторном отделении Центра психосоциальной реабилитации состояние пациента стало соответствовать хорошему состоянию по ШКОРЛ (2,9 балла) (Табл.1).

Пациент продолжал работать, наладил отношения с бывшей супругой и родителями, стал принимать участие в жизни сына, регулярно посещал Центр и Школу психосоциальной реабилитации, с интересом участвовал в проводимых мероприятиях, не нарушал режим лечения.

Таким образом, пациент С. с первым психотическим эпизодом, получающий лечение атипичным нейролептиком (карипразином 6 мг/сут) в комплексе с программой психосоциальной реабилитации, продемонстрировал значимое улучшение психического состояния за время наблюдения, установилась стойкая ремиссия, отмечался высокий уровень комплаенса.

2. Применение карипразина в комплексе с проведением психосоциальной реабилитации на примере пациента с длительностью расстройства более 5 лет (пациент И., 39 лет)

Анамнез жизни: пациент И., родился в Саратове единственным ребенком в семье служащих. Рос здоровым, развивался наравне со своими сверстниками. По характеру пассивный, плаксивый, безвольный. Получил средне-специальное образование токаря-станочника. По специальности никогда не работал. С 2012 года является ин-

Таблица 1. Показатели психического состояния по диагностическим шкалам пациента С.

Table 1. Indicators of mental state according to the diagnostic scale of patient S.

Методики	Начало наблюдения		Конец наблюдения	
	Шкала	ШКОРЛ	Шкала	ШКОРЛ
КЖ и СФ	3,1	2,6	3,3	2,7
PANSS	27,1	2,4	13,9	3,0
Hinting Task	19,3	2,8	19,5	3,0
Лица Экмана	6,4	2,0	8,1	2,4
Мориски-Грина	3,4	2,8	3,5	3,0
Диагностический тест Векслера	102	2,3	120	3,0
ШКОРЛ	-	2,5	-	2,9

валидом II группы по психическому заболеванию. Не женат. Детей нет. В настоящее время проживает с матерью и отцом.

Из перенесенных заболеваний отмечает ангину в детском возрасте. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен.

Пациент курит (в среднем 1 пачку сигарет в сутки). Алкоголь, наркотические средства не употребляет.

Психиатрический анамнез: Наследственность психическими заболеваниями отягощена, двоюродная сестра по линии отца страдала шизофренией. Психическое состояние пациента И. впервые изменилось в возрасте 17 лет, в 2002 году, когда без видимой причины возникла галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Слышал «голос» внутри головы неприятного содержания, комментирующий его действия и мысли, приказывающий: «Не слушайся маму», утверждал, что его «сглазили и околдовали».

В связи с возникшей симптоматикой с ноября 2002 года по февраль 2003 года был добровольно госпитализирован в Областную клиническую психиатрическую больницу, где был выставлен диагноз «Шизофрения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром». Получал лечение галоперидолом 10 мг/сут, тригексифенидилом 6 мг/сут, аминазином 100 мг/сут, амитриптилином 150 мг/сут. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось, исчезли «голоса», дезактуализировались бредовые идеи колдовства. Появилась формальная критика к своему состоянию. Был выписан под наблюдение районного психиатра с рекомендациями продолжить лечение галоперидолом 10 мг/сут, аминазином 50 мг/сут и амитриптилином 100 мг/сут.

Последующие госпитализации раз в два года происходили в связи с некомплаентностью пациента, самостоятельно прекращал прием назначенной терапии, в результате чего отмечалось обострение симптоматики.

Последняя госпитализация в Областную клиническую психиатрическую больницу с октября по декабрь 2019 года. Предъявлял жалобы на апатию, желание все время лежать и ничем не заниматься дома, перестал выходить из дома, встречаться с друзьями, помогать матери и отцу по дому, нарушился сон, слышал «собственный голос» внутри головы императивного, бранящего характера.

Психический статус: Ориентирован всесторонне верно, речевому контакту доступен. Внешне малоопячен. Лицо гипомимичное. Настроение ровное. В ходе беседы пациент ведет себя несколько напряженно, недоверчиво. Предъявляет жалобы на апатию, отсутствие желания что-либо делать. Отвечает на вопросы врача, но в беседе малоинициативен, сам вопросов врачу не задает. Отвечает на вопросы врача кратко, формально, односложно, подробно рассказывает только после уточняющих вопросов, которые задает врач. Мимика лица обеднена, эмоционально невырази-

тельна. Критика к своему состоянию формальная. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет: бредовых идей не высказывает, наличие «голосов» отрицает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется. Сон нарушен, долго не может заснуть. Аппетит в норме.

Соматическое состояние: правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 84 удара в мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом покалывания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме. Рост 179 см, вес 92 кг.

Неврологическое состояние: зрачки равные, фотореакция сохранена. Лицо симметричное, язык по средней линии. Координаторные пробы выполняет. Сухожильные рефлексы симметричные с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется.

Диагноз: F20.01 Шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом.

После купирования острого психотического состояния была назначена терапия карипразином 3 мг/сутки с постепенной титрацией до 6 мг/сут. В стационарном отделении Центра психосоциальной реабилитации, расположенном на базе Областной клинической психиатрической больницы, пациент получал полипрофессиональную помощь психиатра (PANSS, КЖ и СФ, ШКОРЛ, работа по психообразовательному пособию, комплаенс-терапия, КПВ с пациентом); клинического психолога (КПВ с пациентом и родственниками, ЛЭ, НТ, М-Г, Векслер, КОУЗ, Анкета) и специалиста по социальной работе (КПВ с родственниками). Режим взаимодействия со специалистами был обусловлен баллами по шкале комплексной оценки результата лечения, кратность проведения реабилитационных мероприятий составляла 1 раз в неделю.

После завершения этапа лечения в стационарном отделении Центра, психическое состояние пациента оценивалось в 2,2 балла по ШКОРЛ (удовлетворительное), было рекомендовано продолжить терапию карипразином 6 мг/сут, а также наблюдение и психосоциальная реабилитация в амбулаторном отделении Центра на протяжении 1 года с динамическим наблюдением у врача-психиатра по месту жительства.

Согласно градации ШКОРЛ назначен режим реабилитационных мероприятий 2 раза в месяц: проведение психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств с пациентом и его родственниками, комплаенс-терапия (психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе). Так как показатель когнитивного функционирования достаточно низкий (83 балла), режим когнитивного тренинга Векслера составил 3 раза в месяц. Параллельно проводилось обследование родственников по КОУЗ и Анкете (клинический психолог), которое

Таблица 2. Показатели психического состояния по диагностическим шкалам пациента И.
Table 2. Indicators of mental state according to the diagnostic scale of patient I.

Методики	Начало наблюдения		Конец наблюдения	
	Шкала	ШКОРЛ	Шкала	ШКОРЛ
КЖ и СФ	2,7	2,2	2,9	2,4
PANSS	32,2	2,4	17,5	2,9
Hinting Task	19	2,8	19	2,8
Лица Экмана	5,9	1,9	6,2	2,1
Мориски-Грина	3,2	2,8	3,3	2,8
Диагностический тест Векслера	83	1	94	1,7
ШКОРЛ	-	2,2	-	2,5

выявило следующие показатели: КОУЗ — 42 балла, Анкета — 16 баллов, что соответствует среднему уровню знания и поддержки пациента. За время наблюдения обострений не отмечалось, психическое состояние поддерживалось на удовлетворительном уровне (Табл.2). К концу наблюдения (декабрь 2020 года) (по шкале ШКОРЛ) состояние пациента оставалось удовлетворительным, но результаты по диагностическим шкалам были достоверно лучше.

Пациент стал проявлять активность, регулярно посещал Центр и Школу психосоциальной реабилитации на базе Областной клинической психиатрической больницы, с интересом участвовал в творческих мероприятиях, устроился на работу токарем. Режим терапии соблюдал в полном объеме.

Таким образом, пациент И. с длительностью расстройства более 5 лет, получающий карипразин 6 мг/сут в комплексе с реабилитационными мероприятиями, за время наблюдения продемонстрировал улучшение психического состояния (редуцировалась психотическая симптоматика, улучшились социальные показатели, уровень качества жизни).

3. Применение монотерапии карипразином на примере пациента с длительностью расстройства менее 5 лет (пациент К., 37 лет)

Анамнез жизни: пациент К., родился в г. Саратове единственным ребенком в рабочей семье. Рос здоровым, развивался наравне со своими сверстниками. По характеру был застенчивый, тревожно-мнительный, склонный к внутренним переживаниям. Получил высшее экономическое образование. Работал менеджером по продажам. В армии не служил. Не женат. В настоящее время проживает в 2-х комнатной квартире с бабушкой. Мать умерла. У отца — новая семья.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ангину в детском возрасте. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Пациент курит с 17 лет (выкуривает по пачке сигарет в сутки). Эпизодически употребляет ал-

коголь (в выходные выпивает 500 мл пива еженедельно). Наркотические средства не употребляет.

Психиатрический анамнез: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Состояние впервые изменилось в возрасте 33 лет, в 2020 году, без видимой причины, когда стал уставать, снизилась концентрация внимания, стал более замкнутым, основное время проводил дома, в постели, перестал помогать по хозяйству, общаться с друзьями. Возникла галлюцинаторная и бредовая симптоматика. Слышал «голоса» мужчин внутри головы, которые комментировали его поступки, был убежден, что ему хотят навредить. Лечился в отделении кризисных состояний с диагнозом: «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». Получал рисперидон 4 мг/сут, эсциталопрам — 20 мг/сут. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось, исчезли «голоса». Был выписан под наблюдение районного психиатра с рекомендациями получать лечение рисперидоном в дозе 4 мг/сут.

В 2022 году в связи с очередным ухудшением психического состояния был добровольно госпитализирован в Саратовский городской психоневрологический диспансер. После купирования острого психотического состояния, назначено лечение карипразином 3 мг/сут с постепенной титрацией дозы до 6 мг/сут.

Психический статус пациента: Ориентирован правильно, речевому контакту доступен. Внешне несколько неопрятен. Волосы грязные. Выражение лица унылое. Настроение ровное. В ходе беседы пациент ведет себя спокойно. Предъявляет жалобы на «апатию, отсутствие энергии». Отвечает на вопросы врача, но в беседе безынициативен, сам вопросов врачу не задает. Отвечает на вопросы врача кратко, формально, подробно рассказывает только после уточняющих вопросов, которые задает врач. Мимика лица обеднена, эмоционально невыразителен. Критика к своему состоянию формальная, неохотно рассказывает врачу о предыдущих госпитализациях в стационар, хотя частично понимает, что был болен и нуждался в госпитализации. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет: бредовых идей не высказы-

Таблица. 3. Показатели психического состояния по диагностическим шкалам пациента К.
Table 3. Indicators of mental state according to the diagnostic scale of patient

Методики	Начало наблюдения		Конец наблюдения	
	Шкала	ШКОРЛ	Шкала	ШКОРЛ
КЖ и СФ	2,6	2,2	2,6	2,2
PANSS	30,6	2,6	21,5	2,8
Hinting Task	18,5	2,7	19,3	2,8
Лица Экмана	5,9	1,8	6,3	2,0
Мориски-Грина	3,2	2,8	3,2	2,9
Диагностический тест Векслера	110	2,3	115	2,4
ШКОРЛ	-	2,4	-	2,5

вает, наличие «голосов» отрицает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется.

Физикальное обследование: Состояние удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Лор- и органы зрения без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Опорно-двигательный аппарат без патологии. Грудная клетка обычной формы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Край печени по краю реберной дуги, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Область почек без видимых изменений, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул регулярный. Рост 181 см, вес 95 кг.

В неврологическом статусе без патологии. Сухожильные, периостальные рефлексы S=D, патологических знаков нет. В позе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет.

Диагноз: F 20.0 Шизофрения, параноидная форма, параноидный синдром.

Перед выпиской из стационара психическое состояние пациента оценивалось в 2,4 балла по шкале комплексной оценки результата лечения (удовлетворительное), было рекомендовано наблюдение в амбулаторном отделении Центра психосоциальной реабилитации с регулярным динамическим посещением участкового врача-психиатра. Пациент соблюдает режим терапии карипразином 6 мг/сут в полном объеме, устроился на удаленную работу репетитором.

За время наблюдения обострений не отмечалось, к концу наблюдения состояние пациента продолжало соответствовать удовлетворительному состоянию по шкале комплексной оценки результата лечения (2,5 балла) (Табл.3). Таким образом, у пациента К. с длительностью расстройства менее 5 лет, получающего монотерапию карипразином 6 мг/сут без присоединения реабилитационных мероприятий, психическое состояние оставалось стабильным, при этом обострений не отмечалось.

Рекомендовано продолжение дальнейшего наблюдения в Центре и посещение Школы психосоциальной реабилитации. С целью улучшения психического состояния, повышения мотивации и социализации пациенту рекомендована программа реабилитации на базе амбулаторного отделения Центра психосоциальной реабилитации в виде проведения психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств с пациентом и его родственниками, когнитивная терапия (психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе), проведение когнитивного тренинга Векслера. Также рекомендовано проводить обследование родственников по КОУЗ и Анкете (клинический психолог). Режим взаимодействия со специалистами обусловлен баллами по шкале комплексной оценки результата лечения.

Представленные клинические наблюдения демонстрируют высокую эффективность и безопасность карипразина на всех этапах терапии шизофрении. Терапия карипразином, особенно в сочетании с комплексом мероприятий психосоциальной реабилитации, в приведенных клинических наблюдениях позволила редуцировать симптоматику с сохранением трудового и социального статуса пациентов, а также, благодаря хорошей переносимости препарата, обеспечить высокую приверженность к психофармакотерапии. Карипразин можно рассматривать как эффективное терапевтическое решение для лечения шизофрении в реальной клинической практике. Монотерапия карипразином в конкретном клиническом примере подтверждает данные о том, что карипразин способен оказывать действенное влияние на клинический исход расстройства, уменьшая тяжесть негативных симптомов и повышая уровень социального функционирования пациента.

Сведения об авторах

Самойлова Дарья Дмитриевна — доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России. E-mail: ddkarelina@mail.ru

Барыльник Юлия Борисовна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России. E-mail: juljab@yandex.ru

Поступила 23.08.2024

Received 23.08.2024

Принята в печать 07.11.2024

Accepted 07.11.2024

Дата публикации 20.12.2024

Date of publication 20.12.2024