

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.853:616.036.87:79-053.8:364-785.14

Для цитирования: Казенных Т.В., Гребенюк О.В., Андреев С.М., Алифиров В.М., Бохан Н.А. Качество жизни у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией: что меняет рецидив приступов во взрослом возрасте? Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 2 (131). С. 132-142. . [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2\(131\)-132-142](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2(131)-132-142)

Качество жизни у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией: что меняет рецидив приступов во взрослом возрасте?

Казенных Т.В.^{1,2}, Гребенюк О.В.², Андреев С.М.³,
Алифиров В.М.², Бохан Н.А.^{1,2}

¹ НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

³ ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Идиопатические генерализованные эпилепсии (ИГЭ) с варибельным фенотипом охватывают приблизительно треть клинических случаев эпилепсии с дебютом до наступления взрослого возраста. Несмотря на доказанную результативность инициальной противоэпилептической терапии, до 50% пациентов с ИГЭ не достигают желаемого уровня состояния, когда приступы окончательно прекращаются на длительный срок, при этом риск их рецидива сохраняется даже после отмены противоэпилептических препаратов, в первую очередь при возрастании социальной нагрузки во взрослом возрасте. Кроме того, в 30% случаев приступы продолжают возникать с момента начала заболевания, продолжаясь в процессе приема противоэпилептических препаратов. Существует тесная связь между тенденцией к повторным проявлениям и нарушением правил приема средств медикаментозного воздействия и общих принципов терапии, что в свою очередь связано с возрастающим психофизиологическим напряжением в ответ на стрессовые ситуации в этом периоде жизни (повышенная физическая нагрузка, психологические факторы, травматические события, профессиональные и семейные стрессы). **Цель:** изучение показателей социальной адаптации при рецидиве генерализованных тонико-клонических приступов (ГТКП) у взрослых с ИГЭ. **Материалы и методы.** Проведен клинический анализ 174 пациентов с ИГЭ с варибельным фенотипом, наблюдающихся в Междисциплинарном центре профилактики пароксизмальных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, из них 102 женщины (средний возраст $27,5 \pm 0,5$ года) и 72 мужчины (средний возраст $26,8 \pm 0,7$ года), с длительностью заболевания $14,2 \pm 0,6$ и $14,3 \pm 0,7$ года соответственно. По результатам клинического опроса были выделены исследуемые группы пациентов, сформированные в зависимости от течения заболевания. Проводилось сопоставление клинических проявлений заболевания и показателей социальной адаптации в общей группе и группах женщин и мужчин. Статистическая обработка выполнена с помощью программного пакета Statistica 6.0. **Результаты.** Анализ показателей социальной адаптации при рецидиве ГТКП обнаружил, что пациенты с ИГЭ с рецидивом ГТКП во взрослом возрасте чаще имели семьи, вступали в браки и имели детей. Установленные изменения оказались характерны для женщин с ИГЭ. При резистентных приступах гендерных различий в семейном и репродуктивном статусах не выявлено. Характерная для мужчин с ИГЭ тенденция к социальной самоизоляции не зависела от течения заболевания. Выявленные различия в показателях социальной адаптации у пациентов с ИГЭ определяют благоприятное воздействие нетерминальной ремиссии ИГЭ в подростковом возрасте на показатели социальной адаптации у женщин. Полученные данные могут быть использованы при составлении индивидуализированных реабилитационных программ, включающих психотерапевтические мероприятия и направленных на повышение качества жизни данной категории пациентов. Выявленные гендерные различия в показателях семейного статуса у пациентов с ИГЭ могут быть обусловлены аутостигматизацией при этом заболевании.

Ключевые слова: идиопатическая генерализованная эпилепсия, нетерминальная ремиссия, социальная адаптация, качество жизни.

ВВЕДЕНИЕ

Эпилепсия является хроническим заболеванием ЦНС различной этиологии и характеризуется повторными спонтанными приступами нарушения церебральных функций, возникающими вследствие гиперсинхронных нейронных разрядов. Исторически эпилептическая болезнь сопровождается той или иной степенью социальной дискриминации. Правовые нормы, дискриминирующие людей с эпилепсией, впервые были зафиксированы в 2000 г. до н. э. в своде законов царя Вавилонии Хаммурапи. В современной литературе для обозначения дискриминирующих факторов при этом заболевании утвердился термин «стигма эпилепсии» [1]. Исторически эпилепсия вызывала у людей неприязнь, отвращение и страх. При описании таких пациентов с «божественной» или «демонической» болезнью использовались термины «презренный», «криминальный», «опасный», «смертоносный», «безумный», «отвратительный». Подчеркивается дефицит знаний об эпилепсии в современном обществе, негативное отношение населения к совместной деятельности с больными эпилепсией, сложности выбора профессии и возможности трудоустройства для больных [2].

Хотя со временем трансформируется общественное мнение об этой болезни и людях, страдающих ею, несмотря на улучшение образования и повышение осведомленности, проблема стигматизации при эпилепсии не исчезла полностью и по-прежнему остается актуальной [3]. Дискриминации способствуют низкий уровень образования и дохода, частые припадки из-за неадекватного лечения, возраст начала и длительность заболевания, депрессивные симптомы, отсутствие социальной поддержки, культурные и религиозные особенности, проживание в социально-неблагополучных районах. Стигматизация играет ключевую роль в прогрессировании психосоциальных проблем, течение заболевания влияет на множество жизненных аспектов: брак, работу, образование, личное пространство [4]. Несмотря на то что в обществе сохраняется отношение к больному эпилепсией как к «ущербному человеку», в России до сих пор отсутствует глобальная универсальная система немедикаментозной реабилитации и социальной адаптации больных эпилепсией. Стигматизация у взрослых больных эпилепсией проявляется в отклонении целого ряда показателей социальной адаптации (эффективность деятельности, удовлетворенность достигнутым) от популяционных значений. Пациенты с частыми приступами реже вступают в брак, имеют трудовую занятость или участвуют в образовательном процессе, тогда как пациенты с редкими припадками или без приступов демонстрируют более близкие к популяционным значениям показатели адаптации [5].

ИГЭ с вариабельным фенотипом составляют до 30% всех видов эпилепсии с дебютом до наступления взрослого возраста. Ключевые детерминанты КЖ у пациентов с резистентной к лекарствам фокальной эпилепсией: патологическая усталость, тревога и депрессия, субъективная тяжесть эпилептических припадков; конструктивным компонентом социального благополучия является трудовой статус [6]. Найдены прогностические индикаторы ремиссии приступов: эпилептические синдромы, ассоциированные с доброкачественными эпилептиформными паттернами детства, на ЭЭГ, перивентрикулярная лейкомаляция. Тяжелый прогноз течения эпилепсии ассоциирован с локальными структурными изменениями неокортекса [7].

Несмотря на высокую эффективность инициальной противосудорожной терапии, до 50% пациентов с ИГЭ не достигают терминальной ремиссии, сохраняя риск рецидива при возрастании социальной нагрузки и ответственности (в семье, на работе, недостаток средств для повседневных расходов, конфликты) во взрослом возрасте, у 30% приступы не прекращаются с момента дебюта заболевания, продолжаясь на фоне приема противосудорожных препаратов. По классификации генетических форм эпилепсии Международной противосудорожной лиги (2017), идиопатические (роландическая и абсансная) эпилепсии рекомендовано относить к генетическим, термин «идиопатический» признан устаревшим [8]. Деятельность Комиссии по эпидемиологии как подразделения Международной лиги против эпилепсии (International League Against Epilepsy, ILAE) направлена на изучение распространенности и бремени эпилепсии [9].

На долю внезапной неожиданной смерти при эпилепсии (SUDEP) приходится 8-17% смертей. Она связана с анамнезом генерализованных тонико-клонических приступов, риск может быть повышен постиктальной электроэнцефалографической супрессией, положением во время сна на животе, изменением вариабельности сердечного ритма, нарушением проводимости, полом, приемом ПЭП. Улучшение знаний о частоте SUDEP, факторах риска и биомаркерах может помочь в разработке эффективных стратегий профилактики [10]. Проблема рецидивов сопряжена с нарушением медикаментозного и общего режима, что связано с увеличением психофизиологической нагрузки в ответ на стрессовые ситуации в этом периоде жизни. Примерно половина пациентов с эпилепсией, начавшейся в детстве, в итоге достигает терминальной ремиссии без рецидивов, а пятая часть – после рецидива. У трети пациентов наблюдается плохой долгосрочный прогноз в виде сохраняющихся приступов после ремиссии или отсутствия ремиссии вообще [11].

Однако в целом, несмотря на высокий риск вероятности повторения припадков, взрослые пациенты с ИГЭ имеют более благоприятный долгосрочный медицинский прогноз в плане контроля над приступами, но более низкий уровень образования, трудовой занятости и семейного положения по сравнению с общей популяцией. Предположительно, это обусловлено формированием ауто-стигматизации, проявляющейся самостоятельным ограничением общественной активности и игнорированием своих социальных потребностей как реакции избегания потенциальной дискриминации.

По пятибалльной шкале оценки КЖ у пациентов с эпилепсией можно быстро получить информацию о состоянии без использования сложных опросников и формул подсчёта. Итоговая оценка ориентирует врача в тактике ведения пациента: при оценке 3 (удовлетворительно) следует определить и скорректировать причину сниженного КЖ (связано с заболеванием, нежелательными явлениями, тревогой/депрессией, другое), оценки 2 и 1 свидетельствуют о необходимости коррекции терапии, консультации психиатра, госпитализации пациента. Шкала проста для понимания пациентов и подходит для применения в ограниченных временных рамках амбулаторного приема [12].

Регрессионный анализ показал наличие психиатрической сопутствующей патологии (общий балл, беспокойство по поводу приступов, эмоциональное благополучие, энергия/усталость, социальная и когнитивная функции) и более высокой частоты приступов (общий балл, когнитивная функция и энергия/усталость) как прогностические факторы более низких значений по общему баллу Опросника качества жизни при эпилепсии (QOLIE-31). Отклонения в неврологическом обследовании и политеерапия ПЭП являлись отрицательными факторами, ограничивающимися когнитивной или социальной функцией. Наличие сопутствующих психиатрических заболеваний и более высокая частота приступов – факторы, влияющие на КЖ пациентов с эпилепсией [13].

По результатам анализа профильных источников, самостигматизация при эпилепсии, затрагивая демографическую, семейную, образовательную и профессиональную характеристики, имеет гендерные различия. Принятие пациентом негативных стереотипов о болезни приводит к решению жить автономно, к избеганию либо полному отказу от близких, чтобы не быть бременем, обузой родственникам, не вызывать жалости. По сравнению с женщинами мужчины чаще считают себя больными, скрывают свой диагноз, в меньшей степени психологически поддерживаются друзьями, реже обращаются за помощью в службу медико-социальной реабилитации и оформляют инвалидность.

По данным многофакторного ретроспективного анализа, у 122 пациентов с лекарственной резистентностью и 105 пациентов с лекарственной чувствительностью выявлены факторы неблагоприятного исхода: раннее начало приступов (до 13 лет), длительное течение, несколько типов генерализованных приступов, эпилептический статус, ЭЭГ с генерализованной эпилептиформной активностью, преимущественно полиспайками, и побочные эффекты ПЭП. Резистентность при ИГЭ и её основных синдромах связана с клиническими проявлениями [14]. В связи с тем, что депрессия при эпилепсии часто не соответствует критериям стандартных депрессивных расстройств, для её своевременного выявления необходимо применение расширенных шкал и опросников, а также совместная курация пациентов неврологами и психиатрами. У больных эпилепсией имеется тенденция к возникновению суицидальных мотивов, которые выражаются в повышенном уровне «демонстративности», «аффективности», «несостоятельности», «социальном пессимизме», «сломе культурных ценностей», которые способствуют повышению влияния фактора «безнадёжности», приводящего к психической дезадаптации. Сделан вывод о роли психических нарушений, развитию которых способствуют связанные с эпилепсией изменения личности и реакция пациентов на социальную изоляцию и стигматизацию [15, 16].

По результатам комплексного (клинико-нейропсихологического, генетического, нейровизуализационного) обследования больных (n=375) выявлены признаки, отличающие/сберегающие черты криптогенной эпилепсии (КЭ) относительно симптоматической и генерализованной идиопатической эпилепсии (СЭ и ИЭ). Показано, что КЭ является следствием комбинации двух главных факторов риска эпилепсии: наследственного и экзогенного поражения мозга, однако менее явно выраженных по сравнению с ИЭ и СЭ [17].

В наших предыдущих публикациях показано, что при симптоматической эпилепсии с ранним дебютом отсутствовали гендерные различия в семейном и образовательном статусах. Независимо от пола пациенты с миоклониями чаще имели высшее образование, чем больные с абсансными и тонико-клоническими приступами. Пациенты с полиморфизмом приступов вне зависимости от этиологии и гендерной принадлежности чаще имели среднее образование. Женщины с редкими генерализованными приступами (РГП) чаще состояли в браке и имели высшее образование. Холостые мужчины с РГП чаще проживали изолированно от родственников. Контрадикторность в показателях социальной адаптации у мужчин с РГП связана с феноменом ауто-стигматизации, чем с влиянием заболевания. Полученные данные могут использо-

ваться при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с синдромами ИЭ [18].

Опубликованы данные об особенностях течения самых распространённых заболеваний (ОРВИ, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.), основных физиологических изменений на этапе развития (пубертат, беременность, старение и др.), нюансах применения популярных классов лекарственных препаратов (НПВС, антибиотики, антигипертензивные препараты и др.) у пациентов с коморбидной эпилепсией [19].

В пожилом возрасте преобладают фокальные и фокальные переходящие в билатеральные тонико-клонические приступы (80,2%). Причиной возникновения припадков в старшей возрастной группе являются приобретенные структурные изменения, обусловленные цереброваскулярной, нейродегенеративной патологией и новообразованиями головного мозга. У всех больных эпилепсией пожилого возраста в интериктальном периоде выявляются ассоциированные с заболеванием психопатологические расстройства, на первом месте непсихотические психические нарушения депрессивного, тревожного и когнитивного спектра. Нейрофизиологическое обследование больных эпилепсией пожилого возраста играет важную роль в диагностике и динамическом скрининге, наряду с клинической оценкой и инструментальными методами [20].

Ранее нами проведен анализ психических расстройств при пароксизмальных состояниях различного генеза, выполненный на выборке из 1 039 больных. Пароксизмальные состояния могут быть как первичными, обусловленными самим психопатологическим процессом; так и вторичными, связанными с влиянием негативных средовых факторов психогенного генеза, а также с побочным действием лекарственных средств и осложнениями в результате хирургического лечения. Диагностированные психические расстройства имели пароксизмальную очерченность, различную по клинической наполняемости и временным характеристикам. Их выраженность находилась в зависимости от длительности заболевания, представленности неврологической симптоматики, очаговости поражения на МРТ, выраженности коморбидной психопатологической симптоматики, адекватности реабилитационных программ [21].

Поиск по базам Medline и PsycINFO (1995-2015) показал, что в результате многих вмешательств наблюдалось улучшение по шкалам КЖ и снижение частоты приступов. Значительная вариативность вмешательств и результатов затрудняет сравнение исследований. Методы психологической коррекции с большим количеством сессий эффективнее коротких образовательных тренингов. Так как доказательства получены из пилотных

исследований с небольшими выборками и короткой длительностью наблюдения, необходимы дальнейшие исследования для более точной оценки роли групповых вмешательств по самоконтролю в амбулаторном лечении эпилепсии [22].

Изучена связь между affiliate stigma и уровнем бремени, испытываемого лицами, ухаживающими за членами семьи с диагнозом трудноизлечимой эпилепсии с помощью 30-пунктовой шкалы Carer's Assessment of Difficulties Index (CADI) и 6-пунктовой шкалы, которая оценивала восприятие стигматизации в отношении себя и своих близких с эпилепсией. В регрессионных моделях с учётом демографических переменных обнаружена положительная связь между воспринимаемым уровнем бремени и affiliate stigma. Возраст пациента с эпилепсией оказывал модерационное влияние на эту связь, существенная корреляция характерна для лиц, осуществляющих уход за взрослыми пациентами [23]. У пациентов (n=120), имеющих или ранее имевших резистентные к лечению эпилептические приступы, при повторном осмотре на фоне приема АЭП приступы прекратились в 50,8% случаев, в 65,9% снизилось разнообразие типов приступов. Определено влияние резистентной фокальной эпилепсии на снижение КЖ пациента. Показано, что использование общепринятых тестов (QOLIE-31, HADS) некорректно. Выявлен диссонанс между объективным улучшением клинической картины в результате успешного лечения и субъективным незначительным улучшением КЖ согласно мнению больных [24].

В соответствии с опросником КЖ при эпилепсии (QOLIE-89) более низкий уровень образования и более частые приступы статистически значимо ($p < 0,05$) связаны с более высокими показателями травм. Наиболее распространенными типами травм были ЧМТ (22%) и переломы (17%). Большинство (64%) травм получено дома. Не выявлено различий в показателях QOLIE-89 между пациентами с травмами, связанными с эпилепсией, и без них. Множественные травмы, обращение в отделение неотложной помощи, возраст более 20 лет после первой травмы, связанной с приступом, и возраст менее 10 лет после последней травмы, связанной с приступом, оказывают негативное влияние на показатели КЖ. Базовые принципы предосторожности (купание под присмотром, использование микроволновых печей вместо обычных плит, отказ от электрических утюгов и обогревателей, сон на полу во избежание падений), принимаемые для снижения частоты травм, связанных с приступами, помогут сократить количество госпитализаций и будут экономически рентабельными [25]. У пациентов (n=40) с ожогами, полученными после судорог (средний возраст $42,2 \pm 2,99$ года) ожоги были вызваны горячей во-

дой (37,5%), огнем (17,5%), взрывом газа (12,5%), поражением электротоком (7,5%), горячими жидкостями (2,5%), горячей поверхностью (12,5%), горячей ванной (2,5%), горячей пищей (5%), горячим клеем (2,5%). Средний процент ожогов составил $19,3 \pm 3,18\%$. Наиболее распространенные формы – ожоги верхних (17,5%) и нижних (7 17,5%) конечностей. Средняя продолжительность госпитализации составила $5,05 \pm 0,69$ дня (от 1 до 18 дней). 37 пациентов (92,5%) частично выздоровели, 3 пациента (7,5%) умерли. Обнаружена прямая корреляция между возрастом, процентом ожогов и продолжительностью госпитализации пациентов с судорожным синдромом [26].

Несмотря на редкую частоту ГТКП, мужчины с ИГЭ в большей мере склонны к самостигматизации по сравнению с женщинами. В современной литературе широко обсуждается роль нетерминальной ремиссии, определяемой как временное прекращение приступов с последующим рецидивом как основной причины преждевременной отмены ПЭП. В то же время в источниках слабо освещено влияние нетерминальной ремиссии ИГЭ в подростковом возрасте на показатели социальной адаптации у взрослых.

ЦЕЛЬ

Изучение показателей социальной адаптации при рецидиве генерализованных тонико-клонических приступов у взрослых с идиопатическими генерализованными эпилепсиями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось как одномоментное и имело поперечный дизайн. Исследуемая группа сформирована согласно критериям отбора. Распределение участников сравниваемых групп проводилось без использования рандомизации. Источником первичного материала послужили амбулаторные карты пациентов Междисциплинарного центра профилактики пароксизмальных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Критерии отбора в исследование: установленный этиологический диагноз идиопатической эпилепсии (ИГЭ), взрослый возраст (от 24 до 60 лет), дебют заболевания до наступления взрослого возраста (до 18 лет), документированные ГТКП за период времени не менее 1 года, частота ГТКП 1 раз в год и реже, постоянный прием противосудорожных препаратов за период времени не менее 1 года, завершённое среднее образование, достоверные данные о текущих клинических проявлениях заболевания, достоверные данные о семейном статусе и характере проживания респондента (изолированное, совместное с другими членами семьи), информированное согласие на обработку данных.

В исследование включено 174 пациента с установленным диагнозом: идиопатическая генерализованная эпилепсия (код по МКБ-10 G40.3) в соот-

ветствии с критериями отбора. Из них 102 женщины (средний возраст $27,5 \pm 0,5$ года) и 72 мужчины (средний возраст $26,8 \pm 0,7$ года). Пациенты демонстрировали однородность по параметрам пола и возраста ($p > 0,05$). Длительность заболевания у женщин и мужчин составила $14,2 \pm 0,6$ и $14,3 \pm 0,7$ года соответственно ($p > 0,05$).

По результатам клинического опроса были сформированы исследуемые группы в соответствии с характером течения заболевания. С дебюта первых симптомов заболевания приступы не прекращались у 31 пациента (группа А). Нетерминальная ремиссия с рецидивом ГТКП во взрослом возрасте зарегистрирована у 143 пациентов (группа Б).

Сравнение проводилось между клиническими проявлениями заболевания и показателями социальной адаптации в общей группе и группах женщин (Ж) и мужчин (М). Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета Statistica 6.0. Применены методы описательной статистики для числовых переменных, для оценки однородности групп по возрасту применяли t -критерий. Данные представлены в виде $M \pm SE$ (среднее и ошибка среднего). При сравнении категориальных переменных применялись U -критерий Манна–Уитни, хи-квадрат Пирсона (χ^2), F -критерий Фишера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Различные факторы (социально-экономические, демографические, культурные) могут оказывать влияние на социальное функционирование при ИГЭ. Однако известно, что ГТКП, являясь наиболее тяжелым проявлением заболевания, оказывают основное негативное воздействие на адаптацию пациентов. Дискриминация в отношении людей с эпилепсией охватывает ограничения в школе, трудности с поиском работы или игнорирование при продвижении по службе, проблемы со вступлением в брак и рождением детей, социальную изоляцию и отторжение со стороны сообщества, дискриминацию со стороны семьи и родственников, отказ в праве на участие в общественных мероприятиях [2]. Можно сделать вывод, что «освобождение от приступов» в критические в социальном плане периоды жизни (возрастные кризисы) способно оказывать положительное воздействие на показатели семейного, репродуктивного и трудового статусов в этой группе больных эпилепсией. Действительно, пациенты, имеющие в анамнезе нетерминальную ремиссию ИГЭ, продемонстрировали более высокие показатели по параметрам социально-психологической адаптации и функционирования по сравнению с пациентами с резистентными к лечению ГТКП (табл. 1).

Полученный материал свидетельствует, что рецидив приступов во взрослом возрасте не оказывал отрицательного воздействия на показатели семейного статуса. Напротив, пациенты с устойчивыми к терапии приступами реже вступали в брак по сравнению с пациентами с нетерминальной ремиссией ГТКП в анамнезе. Эти данные могут быть интерпретированы не только тем, что возникновение брачных отношений приходилось на период ремиссии, но и восприятием пациентом факта пре-

кращения припадков и стабильной ремиссии в течение нескольких лет в сочетании с отменой приема ПЭП как выздоровления от эпилепсии, что могло существенно расширить диапазон социального функционирования – вплоть до уровня здоровых сверстников и оказывать положительное воздействие на формирование межличностных и семейных отношений на основе улучшения коммуникативных навыков и формирования эмоциональных связей.

Т а б л и ц а 1. Влияние течения заболевания на показатели адаптации у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией в зависимости от видов социального статуса

Группа А	Группа Б
Семейный статус: не состоят в браке – абс. (отн.%), состоят в браке – абс. (отн.%)	
27 (87,1%) – 4 (12,9%) {1}	70 (48,9%) – 73 (51,1%) {1}
Репродуктивный статус: наличие детей абс. (отн.%), отсутствие детей – абс. (отн.%)	
2 (6,4%) – 29 (93,5%) {2}	53 (37,1%) – 90 (62,9%) {2}
Стиль/условия проживания среди пациентов, не состоящих в браке: проживает в семейном кругу – абс. (отн.%), проживает один – абс. (отн.%)	
11 (40,7%) – 16 (59,3%)	23 (32,9%) – 47 (67,1%)
Трудовой статус: работает (учится) – абс.(отн.%), не работает (не учится) – абс. (отн.%)	
31 (100%) – 0 (0%)	133 (93,0%) – 10 (7,0%)

П р и м е ч а н и е. Статистически значимые различия для каждой пары сравниваемых признаков маркированы одинаковыми цифрами в скобках {}.

В то же время меньшая частота вступления в брак у пациентов с резистентными к лечению ГТКП могла быть обусловлена явлениями самостигматизации, проявившимися самоограничением в семейном поведении из-за нестабильности в отношениях, нарастающих изменений личности (эмоциональная неуравновешенность, обидчивость, мстительность, подозрительность, импульсивность), опасений, связанных с риском передачи заболевания детям. Соответственно выявленные различия нельзя объяснить исключительно медицинскими последствиями судорожных приступов при редкой частоте припадков в сравниваемых группах.

Стигма эпилепсии проявляется в различных формах у мужчин и женщин разных возрастных групп и в большей степени оказывает влияние на формирование семейных отношений. Ограничивая социальные возможности, эпилепсия приводит к дискриминации в сфере профессиональной реализации и образовательного процесса из-за стереотипов и стигматизации [16]. Мужчины проявляют большую скрытность, испытывая страх перед социальными взаимодействиями и опасаясь критики, в то время как женщины в сложных ситуациях склонны искать поддержку в ближайшем окружении. Стигматизация больных с эпилепсией наиболее выражена в дискриминационном отношении общества к репродукции пациентов с эпилепсией. Лишь 32% из числа пациентов с ИГЭ, вошедших в исследование, имели детей, у большинства паци-

ентов репродуктивного возраста, несмотря на редкую частоту эпилептических приступов, преобладала бездетность. Характер течения заболевания также оказывал влияние на репродуктивный статус больных с ИГЭ. Пациенты с резистентными к медикаментозному лечению ПЭП приступами реже имели детей по сравнению с больными с нетерминальной ремиссией в анамнезе.

Наряду с этим, независимо от течения заболевания пациенты с редкими ГТКП вели активную социальную жизнь: по большей части проживали независимо от родственников (самостоятельно), работали или учились. Тем не менее, несмотря на регулярный прием противосудорожных препаратов и редкое возникновение приступов, пациенты с эпилепсией демонстрируют более низкие показатели социальной адаптации, чем здоровые сверстники, что требует индивидуализированного подхода при формировании комплексных программ профессиональной подготовки пациентов с ремиссией ИГЭ [17], включая оценку профессиональных навыков, определение подходящей сферы профессиональной занятости, социальную и юридическую поддержку.

Во многих исследованиях, базирующихся на анализе масштабных массивов данных, полученных при охвате большого числа респондентов, показано, что характерное для больных эпилепсией избегание общества и добровольная бытовая самоизоляция должны рассматриваться как показатель стигматизации [18].

Мужчины с эпилепсией, несмотря на редкие ГТКП, в большей степени, чем женщины, подвержены воздействию стигматизирующих факторов, что проявляется их более низким уровнем образования и склонностью к изолированному проживанию, заключающемуся в формировании устойчивого внесемейного образа жизни с отказом от традиционной семейной структуры, ослаблением родственных связей [19]. Это противоречит традици-

онным в обществе представлениям, что мужчина должен быть надежной опорой для семьи, возлагая на себя ответственность за её благополучие и благосостояние, и уметь справляться с трудностями самостоятельно.

На следующем этапе исследования изучено влияние нетерминальной ремиссии на показатели социальной адаптации в группах женщин и мужчин (табл. 2).

Т а б л и ц а 2. Влияние течения заболевания на показатели адаптации у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией в зависимости от пола

Группа А		Группа Б	
Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Семейный статус: не состоят в браке – абс. (отн.%), состоят в браке – абс. (отн.%)			
12 (80,0%) – 3 (20,0%)	15 (93,7%) – 1 (6,3%)	33 (37,9%) – 54 (62,1%) {1}	37 (66,1%) – 19 (33,9%) {1}
Репродуктивный статус: наличие детей абс. (отн.%), отсутствие детей – абс. (отн.%)			
2 (13,3%) – 13 (86,7%)	0 (0%) – 16 (100%)	43 (49,4%) – 44 (50,6%) {2}	10 (17,9%) – 46 (82,1%) {2}
Стиль/условия проживания среди пациентов, не состоящих в браке: проживает в семейном кругу – абс. (отн.%), проживает один – абс. (отн.%)			
10 (83,3%) – 2 (16,7%) {3}	1 (6,7%) – 14 (93,3%) {3}	20 (60,6%) – 13 (39,4%) {4}	3 (8,1%) – 34 (91,9%) {4}
Трудовой статус: работает (учится) – абс. (отн.%), не работает (не учится) – абс. (отн.%)			
15 (100,0%) – 0 (0%)	16 (100%) – 0 (0%)	80 (91,9%) – 7 (8,1%)	53 (94,6%) – 3 (5,4%)

П р и м е ч а н и е. Статистически значимые различия для каждой пары сравниваемых признаков маркированы одинаковыми цифрами в скобках {}.

В соответствии с обсуждаемыми данными показано, что при устойчивых к лечению ПЭП приступах как женщины, так и мужчины, страдающие ИГЭ, чаще не состояли в браке из-за страха партнерских отношений в силу низкой самооценки и неуверенности в себе, а также реже имели детей из-за риска передать потомству наследственную болезнь. По нашему мнению, выявленный феномен не может быть объяснен только особенностями течения заболевания (частота приступов, резистентность к терапии) и гендерными различиями в воздействии стигматизирующих факторов на создание семейных отношений [17].

По всей вероятности, интенсивный характер терапевтической интервенции, осуществляемой с целью достижения клинической ремиссии у пациентов с ИГЭ, как правило, приходящийся на период социализации, профессионального становления и самореализации, в большей степени оказывает негативное воздействие на показатели семейного и репродуктивного статусов вне зависимости от гендерной принадлежности больных.

Напротив, при успешной стартовой терапии ИГЭ у женщин последующий рецидив ГТКП не оказывал негативного влияния на семейную адаптацию. Женщины с генетической эпилепсией, имеющие нетерминальную ремиссию в анамнезе, статистически значимо чаще состояли в браке и имели детей по сравнению с мужчинами, несмотря на наличие приступов в период включения в исследование.

Полученные результаты согласуются с данными литературы, согласно которым женщины независимо от частоты ГТКП чаще состоят в супружеских отношениях по сравнению с мужчинами [21]. В свою очередь мужчины с редкими ГТКП, не вступившие в брак, статистически значимо чаще проживали отдельно/изолированно от родительской семьи и родственников и старались минимизировать контакты с близкими по сравнению с незамужними женщинами. При этом независимо от течения заболевания гендерных различий в исследуемой группе пациентов с ИГЭ по трудовой занятости не обнаружено.

По современным представлениям, показателем успешной компенсации патологического процесса у пациентов с хроническим заболеванием является возможность самостоятельного проживания и решения повседневных задач, саморегулирование в бытовой, социально-коммуникативной и досуговой сферах, что свидетельствует о сохранении у пациента повседневной активности в окружающей среде, об отсутствии ограничений жизнедеятельности и потребности в посторонней помощи [6, 22]. В соответствии с полученными материалами, тенденция к изолированному проживанию вне родительской семьи, характерная для мужчин с ИГЭ, не связана с течением заболевания и, по всей видимости, может характеризовать опосредованную гендерной принадлежностью социальную самодисциплинацию пациентов с генетическими формами эпилепсии в виде неуверенности в себе, низкой са-

мооценки, чувства ущербности, замкнутости [5, 6, 23]. Постоянное внутреннее переживание и напряжение, стрессовые ситуации, психологические травмы и кризисы, эмоциональные проблемы могут усугублять течение основного заболевания и привести к тревожности, социофобии, депрессивным переживаниям, невротическим расстройствам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гендерная принадлежность и особенности течения заболевания до наступления взрослого возраста не оказывали влияния на показатели трудовой занятости у взрослых пациентов с ИГЭ. Пациенты с ИГЭ с нетерминальной ремиссией на этапе социальной и социокультурной адаптации, личностного и профессионального становления чаще находились в браке и имели детей по сравнению с пациентами с ГТКП, непрерывными с момента начала заболевания. У взрослых больных ИГЭ при резистентных к противоэpileптической терапии ГТКП гендерных различий в семейном и репродуктивном статусах не выявлено. Рецидив ГТКП во взрослом возрасте не оказывал негативного влияния на показатели социальной адаптации (учебная успеваемость, профессиональные достижения, способность к конструктивному поведению в решении актуальных задач) у пациентов с ИГЭ. Установленные трансформации оказались характерны для женщин с идиопатической эпилепсией. У мужчин с ИГЭ аутостигматизация проявлялась тенденцией к самоизоляции, ограничению социальных контактов, отказом от оказания медицинской помощи и не зависела от особенностей течения заболевания в период до наступления взрослого возраста. Различия в показателях социальной адаптации у пациентов с ИГЭ демонстрируют положительное влияние нетерминальной ремиссии в подростковом возрасте на семейный и репродуктивный статусы у женщин. Полученные данные послужат отправной точкой в рамках формирования индивидуализированных реабилитационных программ, включающих психотерапевтические мероприятия, направленные на повышение качества жизни с учетом индивидуальных особенностей данной категории пациентов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы, выполняемой по основному плану НИР НИИ психического здоровья Томского НИМЦ «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири» (номер госрегистрации 122020200054-8).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Проведенное исследование соответствует принципам Хельсинкской декларации 1975 г. и её пересмотренному варианту 2000 г. и было одобрено Локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 133/2.2020 от 19.06.2020). Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия. Учебник в 2-х т. Т. 2. Нейрохирургия. 5-е изд., доп. М., 2022. 384 с. Gusev EI, Konovalov AN, Skvortsova VI. Neurology and neurosurgery. Textbook in 2 volumes. Vol. 2. Neurosurgery. 5th edition, updated. Moscow, 2022:384 (in Russian).
2. Герсамия А.Г., Ридер Ф.К., Зинчук М.С., Гехт А.Б., Салагай О.О. Стигматизация людей с эпилепсией: история вопроса, оценка бремени и возможности коррекции. Общественное здоровье. 2025. Т. 5, № 3. С. 49-63. Gersamija AG, Rider FK, Zinchuk MS, Guekht AB, Salagay OO. Stigma in people with epilepsy: an overview of the issue, an evaluation of its burden and possible solutions.. Public Health. 2025;5(3):49-63. <https://doi.org/10.21045/I2782-1676-2025-5-3-49-63> (in Russian).
3. Улитин А.Ю., Василенко А.В., Исмаилов С.Г., Чудиевич С.Н., Солтанов С.Х., Гагиев А.З., Холодова М.А., Голикова А.С., Лихачев М.А., Булаева М.А., Улитин Г.А. Стигматизация эпилепсии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2024. Т.16, № 2. С. 157-168. Ulitin AYu, Vasilenko AV, Ismailov SG, Chudievich SN, Soltanov SKh, Gagiev AZ, Kholodova MA, Golikova AS, Likhachev MA, Bulaeva MA, Ulitin GA. Stigmatization of epilepsy. Epilepsy and Paroxysmal Conditions. 2024;16(2):157-168. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2024.181> (in Russian).
4. Yeni K. Stigma and psychosocial problems in patients with epilepsy. Explor Neurosci. 2023 Dec; 2:251-63. <https://doi.org/10.37349/en.2023.00026>.
5. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Изд-во Бином, 2019. 896 с. Karlov VA. Epilepsy in children and adult women and men: Handbook for doctors. 2nd ed. Moscow: Binom Publishing House, 2019:896 (in Russian).
6. Малышев С.М., Алексеева Т.М. Качество жизни и его детерминанты у пациентов с лекарственно-резистентной фокальной эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2020. Т. 12, № 4. С. 216-225. Malyshev SM, Alekseeva TM. Quality of life and its determinants in patients with drug resistant focal epilepsy. Epilepsy and Paroxysmal Conditions. 2020;12(4):216-225. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2020.044> (in Russian).
7. Миронов М.Б., Чебаненко Н.В., Зыков В.П., Быченко В.Г., Медная Д.М., Красильщикова Т.М.,

- Милованова О.А. Эпилептические синдромы, ассоциированные с фокальными клоническими приступами. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123. № 3. С. 41-45. Mironov MB, Chebanenko NV, Zykov VP, Bychenko VG, Mednaya DM, Krasilshchikova TM, Mirovanova OA. Epileptic syndromes associated with focal clonic seizures. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2023;123(3):41-45. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312303141> (in Russian).
8. Малов А.Г. Идиопатические и симптоматические формы генетической эпилепсии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2022. Т. 14, № 1. С. 91-95. Malov AG. Idiopathic and symptomatic forms of genetic epilepsy. Epilepsy and Paroxysmal Conditions. 2022;14(1):91-95. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2022.107> (in Russian).
 9. Hesdorffer D, Beghi E. ILAE epidemiology commission report: introduction to the supplement. Epilepsia. 2011 Sep;52 Suppl 7:1. PMID: 22010261.
 10. Coll M, Oliva A, Grassi S, Brugada R, Campuzano O. Update on the genetic basis of sudden unexpected death in epilepsy. Int J Mol Sci. 2019 Apr 23;20(8):1979. <https://doi.org/10.3390/ijms20081979>. PMID: 31018519; PMCID: PMC6515014.
 11. Sillanpää M, Schmidt D. Natural history of treated childhood-onset epilepsy: prospective, long-term population-based study. Brain. 2006 Mar;129(Pt 3):617-24. <https://doi.org/10.1093/brain/awh726>. Epub 2006 Jan 9. PMID: 16401617.
 12. Власов П.Н., Карлов В.А., Жидкова И.А., Хабибова А.О., Ажигова А.М., Харьковский В.А. Пятибалльная шкала оценки качества жизни у пациентов с эпилепсией. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024. Т. 16, № 1. С. 71-74. Vlasov PN, Karlov VA, Zhidkova IA, Khabibova AO, Azhigova AM, Kharkovsky VA. A five-point scale for assessing the quality of life of patients with epilepsy. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(1):71-74. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1-71-74> (in Russian).
 13. Tedrus GM, Fonseca LC, Carvalho RM. Epilepsy and quality of life: socio-demographic and clinical aspects, and psychiatric co-morbidity. Arq Neuropsiquiatr. 2013 Jun;71(6):385-91. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20130044>. PMID: 23828532.
 14. Gomez-Ibanez A, McLachlan RS, Mirsattari SM, Diosy DC, Burneo JG. Prognostic factors in patients with refractory idiopathic generalized epilepsy. Epilepsy Res. 2017 Feb;130:69-73. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2017.01.011>. Epub 2017 Jan 28. PMID: 28157601.
 15. Шова Н.И., Михайлов В.А., Большакова А.К. Непсихотические психические расстройства и риск формирования суицидального поведения у больных эпилепсией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 4 (121). С. 110-117. Shova NI, Mikhailov VA, Bolshakova AK. Non-psychotic mental disorders and the risk for suicidal behavior in patients with epilepsy. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2023;4 (121): 110-117. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-110-117](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-110-117) (in Russian).
 16. Незнанов Н.Г., Михайлов В.А., Шова Н.И., Попов Ю.В., Дружинин А.К., Киссин М.Я. Риск развития суицидального поведения у больных эпилепсией. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2019. Т. 119, № 11-2. С. 16-22. Neznanov NG, Mikhailov VA, Shova NI, Popov YuV, Druzhinin AK, Kissin MYa. The risk of suicidal behavior in patients with epilepsy. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2019;119(11-2):16-22. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911911216> (in Russian).
 17. Карлов В.А. Дискуссионные и нерешенные аспекты проблемы эпилепсии. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 12. С. 101-104. Karlov VA. Controversial and unresolved aspects of the problem of epilepsy. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2022;122(12):101-104. <https://doi.org/10.17116/jnevro2022122121101> (in Russian).
 18. Гребенюк О.В., Казенных Т.В., Алифирова В.М., Светлик М.В., Бохан Н.А. Гендерные аспекты медико-социальной адаптации у взрослых при раннем дебюте эпилепсии. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 6. С. 53-58. Grebenyuk OV, Kazennykh TV, Alifirova VM, Svetlik MV, Bokhan NA. Gender aspects of medico-social adaptation in adults with early onset of epilepsy. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2017;117(6):53-58. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171176153-58> (in Russian).
 19. Котов А.С., Фирсов К.В., Котова Т.С. Коморбидность у пациентов с эпилепсией. М., 2025. 280 с. Kotov AS, Firsov KV, Kotova TS. Comorbidity in patients with epilepsy. Moscow, 2025:280 (in Russian).
 20. Дружинин А.К. Эпилепсия у больных пожилого возраста: клинические, нейрофизиологические и психосоциальные аспекты: автореф. дис. ... к.м.н. СПб., 2018. 23 с. Druzhinin AK. Epilepsy in elderly patients: clinical, neurophysiological and psychosocial aspects: dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). St. Petersburg, 2018:23 (in Russian).
 21. Казенных Т.В., Бохан Н.А. Психические расстройства при церебральных пароксизмах эпилептического генеза. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 2 (107). С. 82-88. Kazennykh TV, Bokhan NA. Mental disorders in cerebral paroxysms of epileptic origin. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2020;2(107):82-88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2\(107\)-82-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2(107)-82-88) (in Russian).
 22. Smith A, McKinlay A, Wojewodka G, Ridsdale L. A systematic review and narrative synthesis of group self-management interventions for adults with epi-

- lepsy. BMC Neurol. 2017 Jun 17;17(1):114. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-0893-3>. PMID: 28623909; PMCID: PMC5474294.
23. Hansen B, Szaflarski M, Bebin EM, Szaflarski JP. Affiliate stigma and caregiver burden in intractable epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018 Aug;85:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.05.028>. Epub 2018 Jun 7. PMID: 29886019.
24. Фирсов К.В., Амирханян М.Г., Котов А.С. Пациенты с резистентной фокальной эпилепсией: что влияет на качество жизни? Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2019. Т. 11, № 3. С. 233-243. Firsov KV, Amirhanyan MG, Kotov AS. Patients with resistant focal epilepsy: what affects the quality of life? *Epilepsy and Paroxysmal Conditions.* 2019;11(3):233-243. <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2019.11.3.233-243> (in Russian).
25. Cengiz O, Atalar AÇ, Tekin B, Bebek N, Baykan B, Gürses C. Impact of seizure-related injuries on quality of life. *Neurol Sci.* 2019 Mar;40(3):577-583. <https://doi.org/10.1007/s10072-018-3697-3>. Epub 2019 Jan 5. PMID: 30612277.
26. Zia Ziabari SM, Mobayen MR, Rimaz S, Nejat DR, Rimaz S. Evaluation of patterns, cause and risk factors of burns in patients with seizure. *Int J Burns Trauma.* 2022 Feb 15;12(1):23-27. PMID: 35309104; PMCID: PMC8918765.
- Поступила в редакцию 03.02.2026
Утверждена к печати 18.05.2026

Казенных Татьяна Валентиновна, д.м.н., заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. SPIN-код РИНЦ 6956-3031. ORCID iD 0000-0002-6253-4644. AuthorID РИНЦ 626033.

Гребенюк Олег Валерьевич, к.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. ORCID iD 0000-0002-4740-0162. oleg129129@mail.ru

Андреев Сергей Михайлович, главный врач ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница».

Алифирова Валентина Михайловна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. ORCID iD 0000-0002-4140-3223. v_alifirova@mail.ru

Бохан Николай Александрович, академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий отделением аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. ResearcherID P-1720-2014. Author ID Scopus 6506895310. ORCID iD 0000-0002-1052-855X. AuthorID РИНЦ 152392. SPIN-код РИНЦ 2419-1263.

✉ Казенных Татьяна Валентиновна, tvk151@ya.ru

UDC 616.853:616.036.87:79-053.8:364-785.14

For citation: Kazennykh T.V., Grebenyuk O.V., Andreev S.M., Alifirova V.M., Bokhan N.A. Quality of life in patients with idiopathic generalized epilepsy: impact of seizure recurrence in adulthood? *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2026, 2 (131): 132-142. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2\(131\)-132-142](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-2(131)-132-142)

Quality of life in patients with idiopathic generalized epilepsy: : impact of seizure recurrence in adulthood?

**Kazennykh T.V.^{1,2}, Grebenyuk O.V.², Andreev S.M.³,
Alifirova V.M.², Bokhan N.A.^{1,2}**

¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University"
of the Ministry of Health of the Russian Federation
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation

³ Regional State Autonomous Healthcare Institution "Tomsk Clinical Psychiatric Hospital"
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Idiopathic generalized epilepsies (IGE) with a variable phenotype account for approximately one-third of clinical cases of epilepsy with onset before adulthood. Despite the proven effectiveness of initial antiepileptic therapy, up to 50% of patients with IGE do not achieve sustained remission, i.e., a long-term state in which seizures completely cease. The risk of recurrence remains even after discontinuing antiepileptic drugs, primarily with increasing social stress in adulthood. Furthermore, in 30% of cases, seizures continue to occur from disease onset, and persist even during therapy with antiepileptic drugs. There is a close association between the tendency for seizures to recur and non-adherence to medication and general treatment principles, which in turn is associated with increasing psychophysiological stress in response to stressful situations during this period of life (increased physical activity, psychological factors, traumatic events, professional and family stress). **Objective:** to study the indicators of social adaptation during relapse of generalized tonic-clonic seizures (GTCS) in adults with IGE. **Materials and Methods.** A clinical analysis of 174 patients with IGE and a variable phenotype, observed at the Interdisciplinary Center for Prevention of Paroxysmal States of the Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center, was performed, from them 102 women (mean age 27.5 ± 0.5 years) and 72 men (mean age 26.8 ± 0.7 years), with the disease duration of 14.2 ± 0.6 and 14.3 ± 0.7 years, respectively. Based on the results of the clinical survey, study groups of patients were formed depending on the course of the disease. A comparison was made between clinical manifestations of the disease and indicators of social adaptation in the general group and in groups of women and men. Statistical processing was performed using the Statistica 6.0 software package. **Results.** The analysis of social adaptation indicators after GTCS recurrence revealed that IGE patients with GTCS relapse in adulthood had families, got married and had children more frequently. These changes were typical for women with IGE. No gender differences in marital and reproductive status were found in patients with resistant seizures. The tendency toward social isolation, typical for men with IGE, was independent on the disease course. The identified differences in social adaptation indicators in IGE patients showed the beneficial effect of non-terminal remission of IGE in adolescence on social adaptation indicators in women. The acquired data can be used to develop individualized rehabilitation programs that include psychotherapeutic interventions and are aimed at improving the quality of life in this category of patients. The revealed gender differences in marital status indicators among IGE patients can be the result of self-stigmatization associated with this disease.

Keywords: idiopathic generalized epilepsy, non-terminal remission, social adaptation, quality of life.

Received February 03, 2026

Accepted May 18, 2026

Kazennykh Tatyana V., D. Sc. (Medicine), Deputy Director for Research and Medical Work, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Professor, Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. AuthorID RSCI 626033. ORCID iD 0000-0002-6253-4644. SPIN-code RSCI 6956-3031.

Grebenyuk Oleg V., Cand. Sc. (Medicine), Associate Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-4740-0162. oleg129129@mail.ru

Andreev Sergey M., Chief Physician, Regional State Autonomous Healthcare Institution "Tomsk Clinical Psychiatric Hospital", Tomsk, Russian Federation.

Alifirova Valentina M., D. Sc. (Medicine), Professor, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-4140-3223. v_alifirova@mail.ru

Bokhan Nikolay A., D. Sc. (Medicine), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Head of the Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID P-1720-2014. Author ID Scopus 6506895310. ORCID iD 0000-0002-1052-855X. AuthorID RSCI 152392. SPIN-code RSCI 2419-1263.

✉ Kazennykh Tatyana V., tvk151@ya.ru