

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И МИГРЕНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Нестерова С. В., Иванова Н. Е., Одинцова Г. В., Алексеева Т. М.

«Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени
проф. А. Л. Поленова» — филиал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

USE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH
TO ASSESS SOCIAL ADAPTATION IN EPILEPSY AND MIGRAINE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Nesterova S. V., Odintsova G. V., Ivanova N. Ye., Alekseeva T. M.

Polenov Neurosurgical Research Institute, branch of Federal State Budgetary Institution
«Almazov National Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg

РЕЗЮМЕ

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на высокую распространенность эпилепсии и мигрени у женщин оценка состояния здоровья и реабилитация при данных заболеваниях остаются недостаточно разработанными, не учитывается социальная составляющая здоровья, недостаточно используются новые технологии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — провести сравнительный анализ функционирования и ограничений жизнедеятельности при мигрени и эпилепсии у женщин репродуктивного возраста по параметрам показателей главных сфер жизни МКФ на модели «Работы и занятости».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 240 женщин репродуктивного возраста от 18 до 45 лет. Первая группа — с верифицированной эпилепсией, вторая группа — с мигренью. Применялись клинико-неврологический метод. Оценивались показатели: рабочая занятость, причины трудовой безработности, инвалидность. По результатам клинического интервью, анамнестического метода и анализа медицинской документации пациента, данных неврологического осмотра и инструментальных исследований заполнялся профиль пациента в категориях МКФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Когорта пациентов с мигренью по сравнению с когортой эпилепсии характеризовалась более поздним дебютом заболевания, старшим возрастом, но при этом и большей продолжительностью болезни. Не работали и не учились 30 % (45/150) пациентов из группы 1 и 20 % (18/90) из группы 2. В группе 1 инвалидность имели 23 % пациентов, в группе 2 — 0 %. В группе пациентов с мигренью преобладало нарушение капаситета в 2–3 балла, то есть умеренные и тяжелые затруднения — в 33 % и 44 % наблюдений соответственно. У пациентов с эпилепсией достоверно чаще нарушение капаситета соответствовало 1 баллу и 3 баллам, то есть затруднения капаситета были легкими у 33 % и тяжелыми у 42 % пациентов. Умеренное нарушение капаситета при выполнении трудовой деятельности в группе пациентов с эпилепсией было в 18 % наблюдений.

ВЫВОД. Разница между потенциальной способностью и реализацией отражает различия влияний факторов реальной и типичной окружающей среды, и тем самым указывает направление социально-экономического развития окружающей среды с целью более полной реализации индивида. МКФ является полезным инструментом для формирования персонализированного подхода в лечении неврологических заболеваний и биопсихосоциальной модели реабилитации.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-00222.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Эпилепсия; мигрень; МКФ; капаситет; реализация; функционирование; деятельность; занятость; инвалидность; социальная адаптация

SUMMARY

THE AIM of the work is to conduct a comparative analysis of the functioning and limitations of life in migraine and epilepsy in women of reproductive age according to the parameters of the main spheres of life of the ICF on the model of «Job and employment».

MATERIALS AND METHODS. The study included 240 women of reproductive age from 18 to 45 years. The first group consisted of patients with verified epilepsy, the second group — with migraine. Clinical and neurological method was used. The following indicators were evaluated: employment, causes of unemployment, disability. The patient profile in the categories of ICF is filled in according to the results of the clinical interview, anamnesis method and analysis of the patient's medical records, neurological examination data and instrumental studies.

RESULTS. The cohort of patients with migraine compared to the cohort of epilepsy was characterized by later onset of the disease, older age but also a longer duration of the disease. 30 % (45/150) of patients in group 1 and 20 % (18/90) of group 2 did not work or study. 23 % of patients in group 1 had disabilities but in group 2—0 %. In the group of patients with migraine the disturbance of capacity prevailed in 2–3 points that are moderate and severe difficulties — in 33 % and 44 % of cases respectively. In patients with epilepsy significantly more frequent disturbance of capacity corresponded to 1 point and 3 points that are difficulties capacity were light in 33 % and severe in 42 % of patients. Moderate impairment of capacity in the performance of labor activity in the group of patients with epilepsy was in 18 % of cases.

CONCLUSION. The difference between potential ability and realization reflects the differences in the influence of factors of the real and typical environment, and thus indicates the direction of socio-economic development of the environment in order to more fully realize the individual. ICF is a useful tool for the formation of a personalized approach in the treatment of neurological diseases and biopsychosocial rehabilitation model.

The study was funded by the RFBR as part of research project No. 18-013-00222.

KEYWORDS: Epilepsy; migraine; ICF; capacity; realization; functioning; activity; employment; disability; social adaptation.

Эпилепсия и мигрень включены ВОЗ в список 20 заболеваний, в наибольшей степени нарушающих социальную адаптацию пациентов [1]. Относясь к классу пароксизмальных расстройств нервной системы, эпилепсия и мигрень имеют разные механизмы патогенеза при сходных клинических проявлениях. Оба заболевания характеризуются высокой распространенностью и социальной значимостью. Эпилепсией страдает более 65 миллионов человек в мире, что составляет 1 % от общей популяции. 35–40 % больных эпилепсией составляют женщины репродуктивного возраста [2, 3]. Примерно 300 миллионов человек, 12–16 % населения в мире страдают мигренью, соотношение женщин и мужчин 3:1 [4]. Однако, несмотря на высокую распространенность заболеваний, оценка состояния здоровья и реабилитация при данных заболеваниях остаются недостаточно разработанными, не учитывается социальная составляющая здоровья, недостаточно используются новые технологии. Основными показателями социальной адаптации на фоне заболевания являются уровень образования, трудовая занятость, инвалидность [5, 6]. Уровень социальной адаптации женщин репродуктивного возраста, страдающих эпилепсией, во многом зависит от факторов, характеризующих их положение в обществе и семейный статус [7, 8].

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности, как на уровне индивида, так и на уровне населения, и применяется в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья. Данная классификация используется не только в практической деятельности специалистов по реабилитации, но и применяется в таких областях как социология, общественное здоровье, медицинская статистика, организация здравоохранения, научные исследования и других.

МКФ представляет собой стратегический инструмент, предназначенный больше для описания, а не количественной оценки. Согласно концепции МКФ одной из четырех основных составляющих здоровья является деятельность (активность и участие),

включающая наряду с другими понятиями главные сферы жизни, такие как образование, работа и занятость, экономическая жизнь [10].

Для оценки составляющей «Активность и участие» применяются два определителя — потенциальная способность (капацитет) и реализация. Определитель реализация устанавливает, что делает индивид в условиях реальной окружающей его среды. Определитель потенциальная способность (капацитет) устанавливает способность индивида выполнять или справляться с какой-либо задачей или действием [11].

Внедрение МКФ в широкую научную и практическую медицину, также сравнение показателей капацитета и реализация при эпилепсии и мигрени важно для оценки общественного бремени заболеваний, также для построения моделей комплексной реабилитации. Однако МКФ применяется недостаточно.

Цель работы — провести сравнительный анализ функционирования и ограничений жизнедеятельности при мигрени и эпилепсии у женщин репродуктивного возраста по параметрам показателей главных сфер жизни МКФ на модели «Работы и занятости».

Материалы и методы.

Настоящее исследование является по дизайну открытым проспективным наблюдательным сравнительным когортным исследованием, посвященным изучению медико-социальных аспектов и качества жизни при эпилепсии и мигрени у женщин репродуктивного возраста. В исследование включено 240 женщин репродуктивного возраста от 18 до 45 лет. В соответствии с диагнозом выделены две группы: первая группа — женщины с верифицированной эпилепсией, вторая группа — с верифицированной мигренью.

Критерии включения в исследование:

1. Верифицированный диагноз «эпилепсия» в соответствии с рекомендованными Международной противосудорожной лиги (ILAE, 2017) определением эпилепсии, классификацией эпилепсии и эпилептических приступов.

2. Верифицированный диагноз «мигрень», установленный в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головной боли 2013 (МКГБ-III, бета-версия) диагноз «мигрень».

Критерий исключения: возраст до 18 и после 45 лет (периоды становления и угасания репродуктивных функций).

Проведено клинико-неврологическое обследование (сбор жалоб и анамнеза, неврологический осмотр, клиническое «интервью»). По результатам клинического интервью, анамнестического метода и анализа медицинской документации пациента, данных опросников и шкал, неврологического осмотра, данных инструментальных исследований заполнялся профиль пациента в категориях МКФ. В категории «Деятельность» оценивались показатели раздела «Главные сферы жизни» — «Работа и занятость, также причины трудовой незанятости, инвалидность. В определитель деятельности (активности и участия) включена оценка в двух вариантах: определитель «реализация» (осуществление, претворение в жизнь) и определитель «потенциальная способность» («капаситет»). Полученные клинические данные обрабатывались с использованием программной системы Statistica для Windows (версия 8.0). Частотные характеристики качественных показателей анализировались с помощью непараметрических методов: Хи-квадрат, Хи-квадрат с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера. Сравнение количественных параметров в группах осуществлялось с использованием критериев Манна–Уитни, Вальда, медианного критерия Хи-квадрат. Все показатели приведены в формате M+StD (среднее+/-стандартное отклонение).

Результаты и обсуждение.

В первую группу включено 150 женщин репродуктивного возраста, страдающих эпилепсией, вторую группу составили 90 пациенток с мигренью. Клинико-демографические показатели в группах представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика обследованных пациентов

Характеристики	1 группа (N=150)	2 группа (N=90)
Средний возраст (лет)	25,6+5,5	35,8+8,7
Возраст дебюта заболевания (лет)	16+13,2	19,6+10,1
Длительность заболевания (лет)	9+5,3	16,2+11,1

Когорта пациентов с мигренью по сравнению с когортой эпилепсии характеризовалась более поздним дебютом заболевания, старшим возрастом, но при этом и большей продолжительностью болезни.

В клинической картине при эпилепсии преобладали фокальные формы заболевания — 65% над генерализованными (35%), при мигрени — мигрень без ауры (57%) над мигренью с аурой (17%) и хронической мигренью (26%). Показателем активности и тяжести эпилепсии является наличие и частота приступов: 27% не имели приступов (была ремиссия на момент включения в исследование), спорадические приступы отмечались у 32%, частые и очень

частые — у 41%. В когорте пациенток с мигренью нарушения повседневной активности 1 степени (отсутствие или минимальное ограничение) не было ни у кого, 2 ст. (незначительное ограничение) — у 18%, 3 ст. (умеренно выраженное ограничение) у 12%, 4 ст. (значительное снижение повседневной активности) — у 70%.

Проведенная оценка «деятельность–реализация» включала оплачиваемую работу и подготовку к профессиональной деятельности как показатель рабочей занятости в группах. В 70% при эпилепсии и 80% при мигрени реализация оценивалась как «НЕТ нарушений» (никаких, отсутствуют, ничтожные) или ЛЕГКИЕ нарушения (незначительные, слабые) при неполной занятости пациента. Трудовая занятость отличалась в группах пациентов с эпилепсией и мигренью — не работали и не учились 30% (45/150) пациентов из группы 1 и 20% (18/90) из группы 2. Число нетрудоустроенных было выше в группе пациентов с эпилепсией, но различия не достоверны ($p=0.0706$), на уровне тенденции. Нарушения расценивались как «УМЕРЕННЫЕ» (средние, значимые) при социальных причинах нетрудоспособности, «ТЯЖЕЛЫЕ» нарушения (высокие, интенсивные) при наличии инвалидности и «АБСОЛЮТНЫЕ» (полные) — при инвалидности по тяжелой коморбидной патологии. Статистически достоверные различия ($p<0.0001$) выявлены в группах по уровню инвалидности: в группе 1 инвалидность имели 23% пациентов, как правило, по эпилепсии в качестве основного заболевания, в группе 2 (пациенты с мигренью) — инвалидности не было. Показатель инвалидности является важным медико-социальным показателем тяжести заболевания, эффективности лечения, социальной адаптации.

В условиях выявленной патологии важно было выявить потенциальные способности (капаситет) для прогнозирования возможностей и методов реабилитации. Определитель потенциальной способности (капаситета) различался как внутри групп пациентов, так и между группами.

В группе пациентов с мигренью преобладало нарушение капаситета в 2–3 балла, то есть умеренные и тяжелые затруднения — в 33% (6/18) и 44% (8/18) наблюдений соответственно. У одного пациента, что составило 6% (1/18), были абсолютные затруднения — 4 балла. Это была женщина с ежедневными головными болями, отягощенными лекарственным абюзусным фактором.

У пациентов с эпилепсией достоверно чаще нарушение капаситета соответствовало 1 баллу и 3 баллам, то есть затруднения капаситета были легкими у 33% (15/45) и тяжелыми у 42% (19/45) пациентов. Умеренное нарушение капаситета при выполнении трудовой деятельности в группе пациентов с эпилепсией было в 18% наблюдений (8/45).

В таблице 2 приведены данные по степени нарушения потенциальной способности (капаситета) в группах пациентов.

Таблица 2

Нарушение потенциальной способности (капаситета) при выполнении трудовой деятельности в группах пациентов

Степень нарушения капаситета	0	1	2	3	4
Эпилепсия (n=45)	3 (7%)	15 (33%)	8 (18%)	19 (42%)	0
Мигрень (n=18)	1 (6%)	2 (11%)	6 (33%)	8 (44%)	1 (6%)
Уровень значимости (p) *	> 0.05	0.0001	0.0113	>0.05	<0.0001

* Достоверность различий в группах определялась с применением критерия Фишера.

62% неработающих пациентов с эпилепсией имели инвалидность. Группа пациентов с эпилепсией, имеющих инвалидность, была неоднородной. Из 35 пациентов 6 (17%) были студентами, 1 (4%) пациент работал, несмотря на инвалидность, дома на персональном компьютере. Остальные 28 пациентов (79%) были незаняты. Капаситет у незанятых пациентов в 70% случаев был нарушен в легкой степени. В 12% случаев затруднение капаситета было умеренным, и в 18% — тяжелым. При сравнении нарушения капаситета у незанятых пациентов из группы 2 (пациенты с мигренью) и из группы 1 (пациенты с эпилепсией) были получены достоверные различия, данные приведены в таблице 2.

Таблица 3

Степень нарушения капаситета у нетрудоустроенных пациентов из группы 1 (эпилепсия) и группы 2 (мигрень), не имеющих инвалидность

Степень нарушения капаситета	0	1	2	3	4
Эпилепсия (n=17)	0	12 (70%)	2 (12%)	3 (18%)	0
Мигрень (n=18)	1 (6%)	2 (11%)	6 (33%)	8 (44%)	1 (6%)
Уровень значимости (p) *	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.0001	<0.0001

* Достоверность различий в группах определялась с применением критерия Фишера.

Так видно из таблицы 3, у нетрудоустроенных пациентов из группы эпилепсии, не имеющих инвалидность, преобладала легкая степень нарушения капаситета. У пациентов с мигренью преобладала тяжелая и умеренная степень нарушения капаситета. При этом ни один пациент, страдающий мигренью, не имел инвалидность. Таким образом, становится очевидным, что у пациентов с мигренью в более значительной степени нарушено функционирование и именно в связи с этим пациенты не могли выполнять свои трудовые обязанности. Так среди неработающих пациентов с мигренью с аурой — 75% не могли выполнять свои профессиональные обязанности

из-за мигрени. У данных пациентов причиной невозможности выполнять профессиональную деятельность в большинстве случаев была высокая фотосенсибилизация, которая провоцировала приступы мигрени при работе за персональным компьютером, а также при длительном нахождении в освещенном мерцающими лампами дневного света помещении. Среди пациентов с хронической мигренью не работали по причине болезни 60%. У всех неработающих пациентов с хронической мигренью присутствовал лекарственный абзусный фактор (злоупотребление сильнодействующими анальгетиками).

У пациентов с эпилепсией проблемы реализации могут возникать непосредственно из-за социального окружения, даже когда у них отсутствуют нарушения или нарушения минимальные. Например, индивиду с эпилепсией без симптомов болезни или без признаков нарушений и с достаточной потенциальной способностью работать, может быть отказано в предоставлении работы, он может подвергаться дискриминации или чувствовать на себе клеймо неполноценности [12–14].

Таким образом, в сфере трудовой деятельности у пациентов обеих групп преобладало нарушение потенциальной возможности функционирования (капаситет) тяжелой степени, что составило 42% случаев в группе эпилепсии и 44% — в группе мигрени.

В нашей работе проведен сравнительный анализ с применением МКФ реализации и капаситета при эпилепсии и мигрени у женщин репродуктивного возраста. Полученные результаты показали преобладание и большую выраженность нарушений реализации при эпилепсии без статистической достоверности в отношении трудовой занятости, но с достоверным преобладанием тяжести нарушений по уровню инвалидности в отличие от мигрени [15].

Концепция здоровья МКФ рассматривает человека с трех биопсихосоциальных позиций: как биологический объект, часть общества, как индивида и личность [9]. Однако среди неработающих пациентов с эпилепсией треть имели нарушение капаситета легкой степени, что вряд ли могло привести к полному отсутствию реализации в сфере трудовой деятельности. Вероятно, такое положение связано со значительной стигматизацией и самостигматизацией пациентов, страдающих эпилепсией [12, 14]. Эпилептические припадки у таких пациентов случались один раз в месяц и реже, но если припадок случался на работе, в ряде случаев это приводило к возникновению затруднений, реальных или мнимых, при выполнении трудовых обязанностей, часто заканчивалось увольнением [3, 5]. Отношение работодателя и коллег к пациентам с эпилепсией не всегда лояльно, о чем часто упоминается авторами в исследованиях [7, 13].

Таким образом, целесообразно применение МКФ в изучении социальных аспектов здоровья, что помогает выявить нарушения деятельности у пациентов с эпилепсией и мигренью на индивидуальном и общественном уровнях.

Закключение. Тяжесть основного бремени неврологической патологии определяется медицинскими и социальными показателями. Разница между потенциальной способностью и реализацией отражает различия влияний факторов реальной и типичной окружающей среды, и тем самым указывает направление социально-экономического развития окружающей среды с целью более полной реализации индивида. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья»

(МКФ) представляет собой научный инструмент для сдвига парадигмы от чисто медицинской модели к интегрированной биопсихосоциальной модели функционирования человека. МКФ является полезным инструментом для формирования персонифицированного подхода в лечении неврологических заболеваний и биопсихосоциальной модели реабилитации.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-00222

Литература

1. Vos T., Barber R. M., Bell B., Bertozzi-Villa A., Biryukov S., Bolliger I., et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386(9995): 743–800. doi: 10.1016/S0140-6736 (15) 60692-4, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736 \(15\) 60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736 (15) 60692-4)
2. Forsgren L., Beghi E., Oun A., Sillanpaa M. The epidemiology of epilepsy in Europe — a systematic review. *European Journal of Neurology* 2005; 12: 245–253, <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2004.00992.x>
3. Карлов ВА. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: руководство для врачей. М., Медицина; 2010. 720 с.
4. Lipton R.B., Stewart W.F., Diamond S., Diamond M.L., Reed M. Prevalence and Burden of Migraine in the United States: Data From the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41(7): 646–657, <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2001.041007646.x>
5. Одинцова Г.В., Сайкова Л. А. Социальные аспекты женской эпилепсии. *СоцИс* 2012; (4): 116–119.
6. Одинцова Г. В. Влияние антиэпилептической терапии на репродуктивное здоровье при женской эпилепсии. Автореф дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург; 2012.
7. Михайлов В.А., Громов С.А., Ерошина Е.С. Эпилепсия у женщин: социально-психологический аспект, качество жизни, вопросы семейной реабилитации. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2007; 103(10): 61–64.
8. Г. Одинцова, Л. Сайкова. Социальная адаптация и репродуктивное здоровье при женской эпилепсии. Актуальные аспекты и проблематика. Lambert Academic Publishing; 2013.
9. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов. *Вестник Восстановительной медицины* 2017, № 6 (82).
10. Смышчёр В.Б. Современные аспекты инвалидности. Минск: БГАТУ, 2012. — 268 с.
11. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Краткая версия. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2001; Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей–экспертов Министерства труда и социального развития РФ, Санкт-Петербург, 2003. — 143 с. <http://who-fic.ru/icf/> <http://who-fic.ru/upload/iblock/a91/shotversionICF.doc>
12. Михайлов В. А. Актуальные вопросы эпилептологии — стигматизация, качество жизни и реабилитация больных. Эпилепсия и пароксизмальные состояния 2010; (3): 39–44.
13. Baker G.A. The psychosocial burden of epilepsy. *Epilepsia* 2002; 43(Suppl. 6): 26–30, <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.43.s.6.12.x>
14. Guekht A, Gersamiya A, Kaimovskiy I, et al. Attitudes towards people with epilepsy in Moscow. *Epilepsy Behav* 2017; 70: 182–186, <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.03.020>
15. Одинцова Г.В., Александров М.В., Нестерова С.В. Особенности социальной адаптации женщин репродуктивного возраста при эпилепсии и мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2018; 10(1S): 46–50, <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1S-46-50>