

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И МИГРЕНИ

Одинцова Г.В.¹, Нестерова С.В.²

¹РНХИ им. проф. А.Л. Поленова – филиал ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, e-mail: ajo@mail.ru;

²ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, e-mail: nesterova.svetlana60@gmail.com

Актуальность исследуемой проблемы обусловлена высокой распространенностью неврологической патологии, социально-экономической значимостью мигрени и эпилепсии, важностью проблем репродуктивного здоровья и воспроизводства населения во всем мире. Цель статьи заключается в сравнительном анализе особенностей семейного функционирования при эпилепсии и мигрени у женщин репродуктивного возраста для определения их социального бремени. Ведущим подходом к исследованию данной проблемы является сравнительный анализ семейного статуса и репродуктивных показателей методом интервьюирования пациентов, позволяющий выявить общее влияние неврологической патологии на показатели, их различия в группах мигрени и эпилепсии. Выявлено, что показатели семейного функционирования при неврологической патологии снижены. Семейный статус (замужем / не замужем) при эпилепсии и мигрени существенно не различался и был ниже популяционных показателей. Существенную разницу показали репродуктивные показатели: детей имели при мигрени 66% пациенток, при эпилепсии – 31%. Коэффициент рождаемости составил 0,3 при эпилепсии и 0,85 при мигрени при минимально необходимом для воспроизводства населения 2,15. Материалы статьи могут быть полезными для разработки персонализированного подхода в лечении и биопсихосоциальной реабилитации при мигрени и эпилепсии.

Ключевые слова: эпилепсия, мигрень, женщины, возраст, репродуктивный, семейное функционирование.

FAMILY FUNCTIONING OF REPRODUCTIVE AGE WOMEN IN EPILEPSY AND MIGRAINE

Odintsova G.V.¹, Nesterova S.V.²

¹Russian scientific-research neurosurgery institute – branch Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, e-mail: ajo@mail.ru;

²Federal State Budgetary Institution «V.A. Almazov National Medical Research Center» of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, e-mail: nesterova.svetlana60@gmail.com

The relevance of researcher was caused by high prevalence of neurologic diseases, a social economic burden of migraine and epilepsy, due to an importance of problems of reproductive health and reproduction in the world. The purpose of article consisted in the comparative analysis of family functioning in epilepsy and migraine in women of a reproductive age for definition of diseases social burden. The leading researches approach was the comparative analysis of marital status and reproductive indexes by method of interviewing with purpose to reveal the common influence of neurologic diseases, differences in groups of migraine and epilepsy. It was revealed that family functioning was lowered due to neurologic disease. The marital status in women with epilepsy and migraine significantly did not differ and was below than in population. The essential difference was shown by reproductive indexes: patients with migraine had children in 66%, with epilepsy – in 31%. The birth rate was 0,3 in women with epilepsy and 0,85 - with migraine in comparison with 2,15 – minimum for reproduction in world population. Materials of article can be useful to development of the personified treatment and biopsychosocial rehabilitation in women with migraine and epilepsy.

Keywords: epilepsy, migraine, epilepsy in women, reproductive age, family functioning.

Актуальность. Масштабы и значимость неврологических расстройств остаются огромными и относятся во всем мире к актуальным проблемам здравоохранения [1]. Актуальность проблемы семейного функционирования женщин в репродуктивном возрасте при мигрени и эпилепсии определяется значительной социальной значимостью

демографических проблем во всем мире, а также конфликтом интересов между увеличивающимися практическими потребностями и отставанием научных исследований при неврологической патологии по проблеме репродуктивного здоровья женщин. В соответствии с прогнозами Министерства труда и соцзащиты в стране почти исчерпан потенциал рождаемости и дальнейшего роста не ожидается, так как уровень рождаемости практически достиг «репродуктивных установок населения» (1,91 ребенка на одну женщину репродуктивного возраста). Приоритетным направлением государственной политики Российской Федерации согласно Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. является создание эффективной системы охраны репродуктивного здоровья населения в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития. В современных условиях большое значение имеет сохранение репродуктивного здоровья при неврологической патологии у женщин.

Эпилепсия и мигрень — это социально значимые заболевания, представляющие собой актуальные социально-экономические и медицинские проблемы неврологии. Эпилепсия имеет особую актуальность среди неврологической патологии в женской популяции, что обусловлено сочетанием высокой распространенности заболевания с экономическими затратами на лечение и потерями из-за нетрудоспособности и инвалидности [2]. Мигрень и эпилепсия относятся к классу пароксизмальных состояний, которые имеют разные механизмы патогенеза при сходных клинических проявлениях [3]. Кратковременность расстройств, частое сочетание эмоциональных, двигательных и вегетативных нарушений в момент пароксизма, нормальный неврологический статус в межприступном периоде, положительный ответ на антиконвульсанты относятся к общим клиническим проявлениям [3, 4]. Их дифференциальная диагностика особенно затруднена при изолированных аурах [4]. Экологические, социальные, экономические, культурные факторы, сопутствующие заболевания, патология репродуктивных органов оказывают влияние на состояние репродуктивного здоровья. Многие из этих факторов актуальны как при эпилепсии, так и при мигрени. Эпидемиология мигрени и эпилепсии является дополнительным бременем в связи с их широким распространением [1, 2]. Эпилепсией страдает около 1% населения в мире, более 65 млн человек, из них 35–40% составляют женщины в репродуктивном возрасте [5]. Примерно 300 млн человек в мире страдают мигренью [1]. С этими фактами связана тяжесть общественного и индивидуального бремени этих заболеваний.

На всех этапах своего развития человеческое общество не было индифферентно к тем, кто имел те или иные нарушения физических или психических качеств. Мощным стигматизирующим фактором является отношение общества к больным, страдающим эпилепсией [5]. Оно дифференцировано в зависимости от социально-демографических

характеристик [6]. Клинический полиморфизм эпилепсии оказывает существенное влияние на различие уровней социальной адаптации [7]. При эпилепсии социальное состояние женщин репродуктивного возраста зависит от факторов, характеризующих их положение в обществе и семейный статус [6, 8]. Пик распространенности мигрени приходится на 25–55 лет, на наиболее трудоспособный возраст [9]. Мигрень в значительной степени нарушает повседневную жизнь пациентов: у 53% это тяжелое состояние, требующее постельного режима, у 51% снижена производительность на работе или в школе, а у 67% – и дома [9]. Всемирная организация здравоохранения включает в число индикаторов репродуктивного здоровья женщин 18 показателей. ВОЗ определяет понятие репродуктивного здоровья как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия в производстве потомства и психосексуальных отношениях в семье». Оценка социального благополучия женщин включает показатели семейного функционирования. Негативное влияние на репродуктивные показатели при сопутствующей неврологической патологии комплексное, медико-социальное. Мигрень занимает 7-е место среди всех причин дезадаптации вследствие заболеваний у мужчин и 4-е место у женщин. ВОЗ включило обе болезни в список 20 заболеваний, нарушающих социальную адаптацию пациентов в наибольшей степени [1]. Эти заболевания существенно влияют на показатели семейной жизни и репродукции женщин с неврологической патологией [10, 11].

Однако особенности семейного функционирования при распространенных неврологических заболеваниях остаются недостаточно исследованными, что снижает возможности персонализированного подхода в лечении и биопсихосоциальной реабилитации. Недостаточное внимание уделяется социальным причинам низкого репродуктивного коэффициента, обусловленного болезнью и социальной стигматизацией.

Целью данной работы явились исследование и сравнительный анализ особенностей семейного функционирования женщин в репродуктивном возрасте при эпилепсии и мигрени для выявления факторов социального бремени наиболее распространенных неврологических заболеваний и определения путей оптимизации лечения и улучшения качества жизни женщин с эпилепсией и мигренью с позиции социальной медицины и репродуктивного здоровья.

Материал и методы. Исследование основано на клиническом наблюдении 254 пациенток в репродуктивном возрасте: 1-я группа – 155 пациенток с эпилепсией, 2-я группа – 97 пациенток с мигренью. Настоящая работа является продолжением открытого неконтролируемого проспективного наблюдательного исследования побочных эффектов антиэпилептических препаратов на репродуктивное здоровье женщин при эпилепсии [6], проводимого по грантам РФФИ № 15-06-10816 в 2015–2017 гг., № 18-013-00222 с 2018 г.

Этическим комитетом одобрено проведение исследования. Участники исследования подписали информированные согласия. Критерии включения: верифицированные диагнозы «мигрень» (в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головной боли 2013 (МКГБ-III бета-версия, 2013) [4], «эпилепсия» (в соответствии с классификацией эпилепсий Международной противоэпилептической лиги, верифицированный по данным клинических, электронейрофизиологических, нейрорадиологических обследований) [6].

Применялись анамнестический, клиничко-неврологический метод, интервьюирование пациентов с применением опросников, шкал, диагностических анкет. Интервьюирования по семейному статусу и репродуктивным показателям проводились лечащими врачами. В исследование включены показатели: семейное положение, наличие, количество детей, при эпилепсии – отдельно рожденных на фоне болезни, репродуктивные планы. В ходе исследования на каждого больного заполнялась медицинская карта с разработанной авторами схемой первичного осмотра врача-невролога. Шаблон анамнеза заболевания составлен на основе данных, используемых в международных клинических исследованиях по требованиям «Надлежащей клинической практики» (GCP). В клиничко-статистический анализ включены дополнительные параметры, характеризующие демографические показатели, такие как возраст, место жительства, и данные проведенных исследований. Клинические данные, полученные в процессе исследования, обрабатывались с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 8.0.). Частотные характеристики качественных показателей (средний возраст по группам, длительность заболевания, возраст дебюта) проанализированы с помощью непараметрических методов хи-квадрат, хи-квадрат с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера. Проведено сравнение количественных параметров в группах с использованием критериев Манна–Уитни, Вальда, медианного хи-квадрата и модуля ANOVA. Различия между группами достоверны, вероятность возможной ошибки менее 5%, $p < 0,05$. Все показатели приведены в формате $M \pm StD$ (среднее \pm стандартное отклонение).

Результаты исследования

Под наблюдением в двух группах, выделенных по принципу типа заболевания, находились 254 женщины в репродуктивном возрасте от 16 до 45 лет. 155 пациенток с эпилепсией составили 1-ю группу. Во 2-ю группу включены 97 женщин с мигренью. Критерии исключения соответствовали дизайну основного исследования – исключены периоды становления (до 16 лет) и угасания репродуктивной функции (после 45 лет). Дополнительным критерием исключения, необходимым для данного исследования, явилась возрастная группа до 18 лет в соответствии с установленным в стране брачным возрастом (с

учетом особенностей проводимого исследования семейного функционирования). При эпилепсии она составила в группе 8% (13/155; 8%). Для мигрени данный критерий исключения составил 3% (3/97; 3%) и был менее актуален в связи с более поздним дебютом заболевания и старшим возрастом пациенток в когорте. Таким образом, в исследование включены 238 женщин репродуктивного возраста, достигших брачного порогового значения по возрасту.

Средний возраст пациенток с эпилепсией составил $25,6 \pm 5,5$ года, пациенток с мигренью – $35,8 \pm 8,7$ года. Возраст дебюта эпилепсии составил $16 \pm 13,2$ года, при мигрени возраст дебюта заболевания составил $19,6 \pm 10,1$ года. Средняя длительность заболевания мигренью также была больше по сравнению с эпилепсией: при эпилепсии составила $9 \pm 5,3$ года, при мигрени – $16,2 \pm 11,1$ года. Таким образом, когорта пациентов с мигренью по сравнению с когортой эпилепсии характеризовалась более поздним дебютом заболевания, старшим возрастом, но при этом и большей продолжительностью болезни.

Клиническая характеристика заболевания является важным фактором, влияющим на социальную адаптацию и, как следствие, на семейное функционирование. Распределение по клиническим формам в группе мигрени: мигрень без ауры диагностирована у 55 (57%) пациенток, мигрень с аурой – у 17 (17%), хроническая мигрень – у 25 (26%). При эпилепсии генерализованные формы выявлены у 55 женщин (35%), фокальные – у 100 человек (65%).

Степень тяжести заболевания мигренью оценивалась по степени нарушения повседневной активности пациентов с помощью опросника «MIDAS» («Migraine Disability Assessment score»), содержащего вопросы о головных болях, которые испытывал больной последние 3 месяца. Оценивалось влияние мигрени на работу или учебу, ведение домашнего хозяйства, а также на активный отдых и участие в семейных и общественных мероприятиях. По результатам теста определена степень нарушения повседневной активности в баллах: 1-я степень – отсутствие или минимальное ограничение повседневной активности (0–5 баллов), 2-я степень – незначительное ограничение (6–10 баллов), 3-я степень – умеренно выраженное ограничение (11–20 баллов), 4-я степень – значительное снижение повседневной активности (более 20 баллов). В когорте пациенток с мигренью 1-я степени нарушения повседневной активности не было ни у кого, со 2-й степенью – у 17 (17/97; 18%), с 3-й степенью – у 12 (12/97; 12%), с 4-й степенью – у 68 (68/97; 70%). Показателями активности и тяжести эпилепсии являются наличие и частота приступов: 27% не имели приступов, спорадические приступы отмечались у 32%, частые и очень частые – у 41%.

Исследование семейного статуса показало следующие результаты. В браке состояли 47% пациенток с эпилепсией (73/155; 47%) и 53% женщин с мигренью (53/97; 53%), то есть существенной разницы не отмечалось (рис. 1).

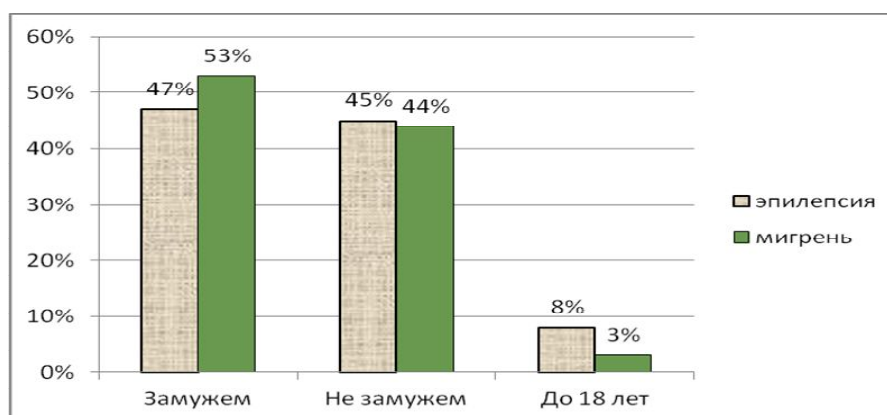


Рис. 1. Семейное положение женщин с эпилепсией и мигренью

Среди не имевших семьи в группе эпилепсии 69 женщин (69/155; 45%), из них 90% ранее не были замужем, лишь 10% находились в разводе. Средний возраст при эпилепсии составил 28 лет для замужних, 25 лет для незамужних пациенток. При мигрени из 43 незамужних (43/97; 44%) 24% не состояли в браке ранее, в разводе были 20% пациенток. Таким образом, показатели семейного статуса (замужем / не замужем) при эпилепсии и мигрени существенно не различались и были меньше популяционных показателей, которые по данным ряда авторов составляют около 80%. Процент разводов был выше при мигрени, однако достоверность показателя сомнительна с учетом разного среднего возраста в группах. Суммарные данные по вопросам семейного статуса и репродукции при мигрени и эпилепсии представлены в таблице.

Показатели семейного функционирования при эпилепсии и мигрени

Показатели	Эпилепсия		Мигрень		Достоверность различий
Семейное функционирование					
Имеют семью	73	47%	51	53%	$p > 0,05$
Не замужем	69	45%	43	44%	$p > 0,05$
До 18 лет	13	8%	3	3%	$p < 0,05^*$
Количество детей					
Один ребенок	40	28%	40	43%	$p < 0,05^*$
Два ребенка	9	6%	22	23%	$p < 0,05^*$
Не имеют детей	93	66%	32	34%	$p < 0,01^*$

*Достоверность различий в группах определялась с применением критерия Фишера.

Достоверная разница выявлена при анализе репродуктивных данных. При эпилепсии только у 34% пациенток (49/142; 34%) среди исследуемых больных старше 18 лет были дети.

При мигрени в два раза больше – 66 % (66/94; 66%). При эпилепсии преобладал однодетный стереотип: подавляющее большинство женщин имели одного ребенка. До дебюта эпилепсии рождено 9 детей, что составило 18% от общего количества. Двух детей имели 6% (9 пациенток), из них второй ребенок у пятерых рожден на фоне приема противоэпилептических препаратов. При мигрени также преобладал однодетный стереотип – у 43% пациенток был один ребенок. Почти в два раза меньше женщин имели двух детей – 23%. У 34% детей не было (рис. 2). Показатель отношения однодетность/двудетность составил около 2 и при мигрени, и при эпилепсии. Таким образом, репродуктивные стратегии при мигрени и эпилепсии характеризуются как однодетный тип (рис. 2).

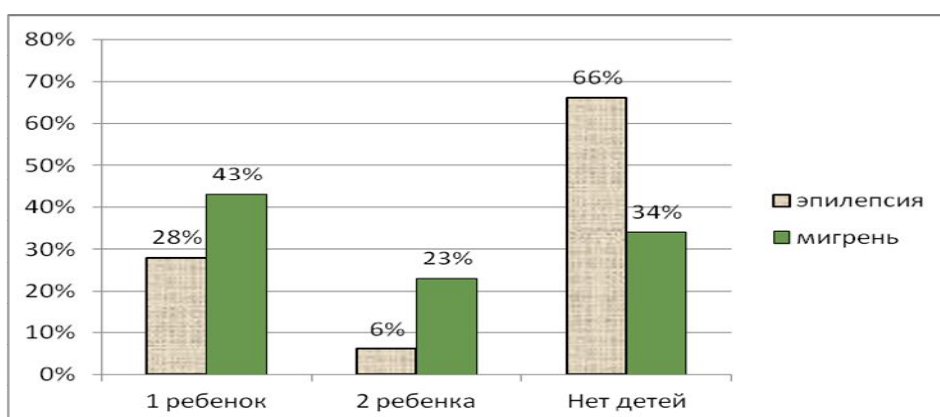


Рис.2. Распределение по количеству детей

Сопутствующая патология женской половой системы и/или гормональные нарушения отмечены у 34% бездетных пациенток с мигренью. При эпилепсии этот показатель составил 53% и включал как репродуктивные эндокринные осложнения антиэпилептической терапии, так и сопутствующую патологию женской половой системы и/или гормональные нарушения.

Важным репродуктивным показателем, используемым в мире, является коэффициент рождаемости (fertility rate). В исследуемой когорте он составил при эпилепсии 0,3 и 0,85 – при мигрени. Таким образом, при неврологической патологии коэффициент рождаемости значительно ниже необходимого для воспроизводства населения. Полученные данные отражают проблемы семейного функционирования и репродуктивного поведения у женщин с мигренью и эпилепсией.

Обсуждение. Репродуктивный возраст у женщин – это возраст активного социального и семейного функционирования. Целью настоящего исследования явилась оценка семейного статуса и показателей репродукции, включающая семейное положение, общее количество детей и определение коэффициента рождаемости при эпилепсии и мигрени, представляющих наиболее распространенные неврологические заболевания репродуктивного возраста. В настоящее время с утверждением биопсихосоциальной модели реабилитации при

неврологических заболеваниях актуальным является исследование роли социальных факторов в нарушении адаптации [10]. Актуальность проблем репродукции не только сохраняется, но и обостряется в последние годы. В Российской Федерации, по данным В.А. Карлова, число состоящих в браке женщин, страдающих эпилепсией, в период с 1985 по 1992 гг. было в 2,3 раза меньше, чем в популяции [5]. Данные о семейном функционировании являются социальным показателем, а также отражают необходимость планирования беременности, подтверждают актуальность проблемы сохранения репродуктивного здоровья при неврологической патологии. Результаты проведенного сравнительного исследования семейного функционирования при мигрени и эпилепсии подтвердили, что на оба заболевания влияют не только медицинские, но и социальные факторы. Социальная составляющая репродуктивного здоровья характеризуется социальной адаптацией и уровнем семейного функционирования [10, 11]. Эндокринно-гинекологическая патология, осложняющая течение эпилепсии, влияет на выполнение детородных функций, что снижет репродуктивные показатели при заболевании [10]. Суммарный коэффициент рождаемости (или коэффициент фертильности, принятый во всем мире) представляет собой наиболее точный показатель уровня рождаемости. Этот коэффициент определяется ВОЗ как «среднее число рождений у одной женщины в гипотетическом поколении, за всю ее жизнь при сохранении существующих уровней рождаемости в каждом возрасте независимо от смертности и от изменений возрастного состава». Коэффициент должен быть не ниже 2,15 для простого замещения поколений (при условии низкой смертности). Суммарный коэффициент рождаемости выше 4,0 считается высоким, низким – ниже 2,15. Полученные в исследовании результаты были значительно ниже как при эпилепсии, так и при мигрени. Для женщин с эпилепсией характерны не только сниженные показатели репродукции, но и более низкая удовлетворенность жизнью во время и после наступившей беременности [12]. Современная тактика ведения эпилепсии во время беременности должна быть комплексной [13]. Качество жизни женщин с эпилепсией при наступлении беременности не отличается от показателей небеременных женщин и остается сниженным [14].

Таким образом, проведенное исследование показало существенное влияние на семейное функционирование медицинских и социальных факторов у женщин репродуктивного возраста с мигренью и эпилепсией.

Выводы. Семейное функционирование женщин репродуктивного возраста при неврологической патологии снижено как при эпилепсии, так и при мигрени. Медицинские показатели: необходимость длительного приема антиэпилептических препаратов,

увеличение риска тератогенеза – определяют более низкие репродуктивные показатели при эпилепсии, чем при мигрени.

Публикация подготовлена в рамках научного проекта № 18-013-00222, поддержанного РФФИ.

Список литературы

1. Global Burden of Disease Study 2013. Collaborators. 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. V.386(9995). P. 743-800.
2. Beghi E. Addressing the burden of epilepsy: Many unmet needs. *Pharmacol. Res.* 2016. T. 107. C. 79–84.
3. Вейн А.М., Воробьева О. В. Универсальные церебральные механизмы в патогенезе пароксизмальных состояний. *Журнал неврологии и психиатрии*. 1999. №12. С. 8-12.
4. Нестерова С.В, Одинцова Г.В, Иванова Н.Е. Дифференциальная диагностика зрительной ауры при мигрени и эпилепсии // *Трансляционная медицина*. 2016 №3(6). С. 32-39.
5. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: руководство для врачей. М.: Медицина, 2010. 720 с.
6. Одинцова Г., Сайкова Л. Социальная адаптация и репродуктивное здоровье при женской эпилепсии. Актуальные аспекты и проблематика. Lambert Academic Publishing; 2013.
7. Михайлов В.А. Актуальные вопросы эпилептологии - стигматизация, качество жизни и реабилитация больных // *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2010. №3. С. 39-44.
8. Salomon J.A., Vos T., Hogan D.R. et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012. V.380. P. 2129-2144.
9. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S et al.. Prevalence and burden of migraine in the United State: data from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001. V.41. C. 646-657.
10. Одинцова Г.В, Сайкова Л.А. Социальные аспекты женской эпилепсии // *Социологические исследования*. 2012. №4. С. 116-119.
11. Нестерова С.В. Социальная адаптация и семейное функционирование при мигрени // *Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2015. №10(2). С. 606-610.
12. Reiter S.F. и др. Life satisfaction in women with epilepsy during and after pregnancy.

Epilepsy Behav. 2016. Т. 62. С. 251–257.

13. Власов П.Н. Терапия эпилепсии при подготовке к беременности и ее ведение // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 3–4. С. 32–38.

14. Lunardi L.L. и др. Quality of life in pregnant women with epilepsy versus women with epilepsy. Arq. Neuropsiquiatr. 2011. Т. 69. № 2В. С. 336–41.