

Мигрень: наследственность и ПОЛ

Екатерина Кошкова
6 курс 15 группа
лечебный
факультет

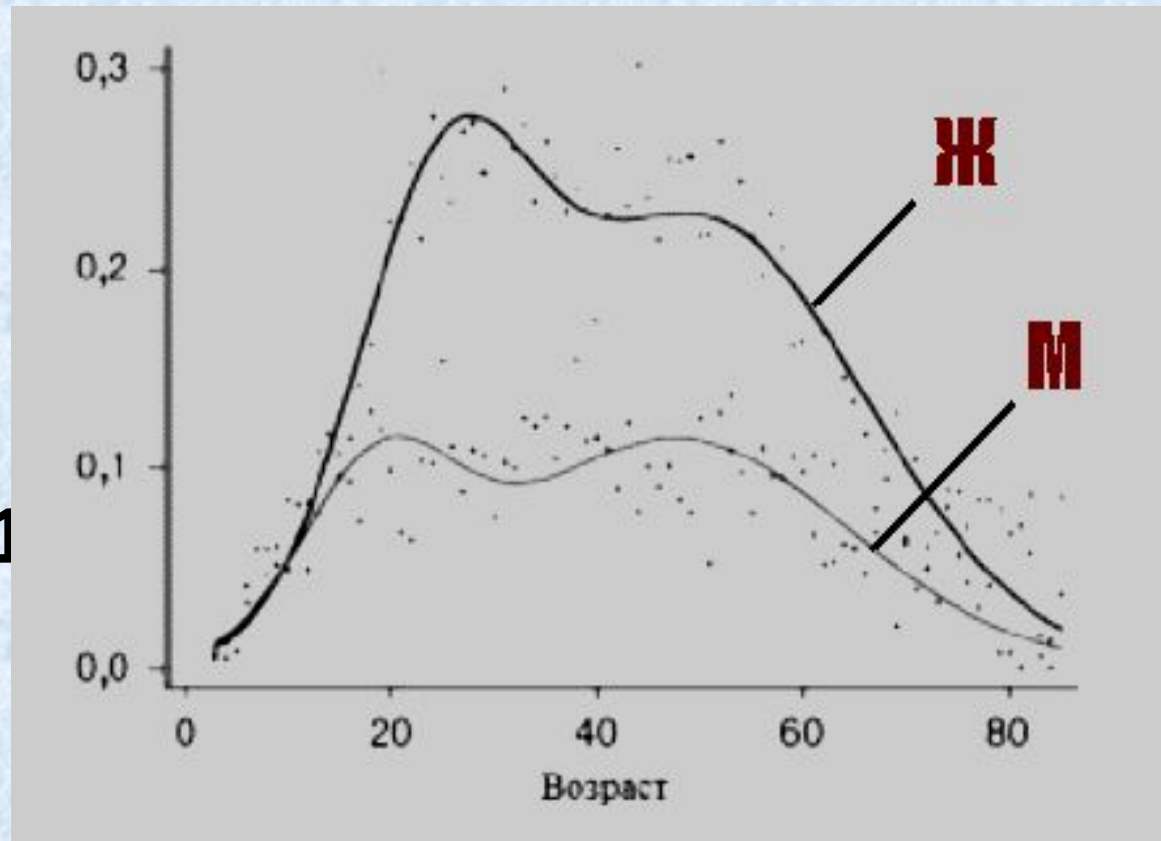
Эпидемиология мигрени

- **12-15%** общей популяции
- среди женщин – **18%**
- среди мужчин – **6%**
- до 6 лет – **35,2%** всех головных болей
- в подростковом возрасте до **15-20%**
- во взрослой популяции до **38%** всех ГБ
- в репродуктивном возрасте у женщин до **27%**

Эпидемиология мигрени

Соотношение Ж и М пола в популяции людей, страдающих от мигрени:

- в 15 лет = **2:1**
- в 40 = **3,5:1**
- в старшем возрасте **2,5:1**



Критерии диагноза

Мигрень без ауры:

- А.** Не менее 5 приступов, отвечающих требованиям пунктов Б–Г:
- Б.** Приступ ГБ длится от 4 до 72 часов (без лечения) (у детей – от 1 до 48 часов).
- В.** ГБ имеет по крайней мере две из ниже перечисленных характеристик:
 - одностороннюю локализацию (у детей – мб двусторонняя);
 - пульсирующий характер (у детей – мб ноющий);
 - умеренную или сильную интенсивность (ограничивает или делает невозможной обычную деятельность);
 - усиливается при выполнении обычной физической нагрузки (быстрой ходьбе, подъеме по лестнице и т. д.).
- Г.** ГБ сопровождается хотя бы одним из нижеперечисленных симптомов:
 - тошнотой и/или рвотой;
 - свето- и/или звукобоязнью.

Критерии диагноза

Мигрень с аурой:

А. Наличие не менее 2 приступов, имеющих признаки пунктов Б–Г:

Б. Аура, включающая по меньшей мере один из следующих симптомов (не включающая мышечную слабость):

- полностью обратимые зрительные симптомы, позитивные (мерцающие пятна, полосы) и/или негативные (нарушения зрения);
- полностью обратимые чувствительные симптомы (ощущения покалывания и/или онемения);
- полностью обратимые нарушения речи.

Критерии диагноза

В. По меньшей мере два из нижеперечисленных симптомов:

- гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы;
- как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут;
- каждый симптом ауры имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

Г. Наличие ГБ, соответствующей критериям диагностики мигрени без ауры, начинающейся во время ауры или в течение 60 минут после ее начала.

Наследственность

Ген	Локус
ATP1A2	1q23.2
CACNA1A	19p13.2
FHM	19p13.2
FHM1	19p13
FHM2	1q21
FHM3	2q24
FHM4	1q31
MGR1	4q24
MGR2	Xq (не уточнён)
MGR3	6p21.1-p12.2

- Семейный анамнез не включен в диагностические критерии мигрени.
- В неврологической практике эти данные используются в качестве дополнительного критерия.

Наследственность

Аутосомно-доминантно?

- у обоих родителей – риск 60-90%;
- у матери –72%;
- у отца — 30%;
- в контрольной группе — 11%.

У близнецов 50% вариабельности появления мигрени обусловлено генетическими факторами и не связано с влиянием внешних причин.

Н.Флатау (1987):

у мужчин, страдающих мигренью, матери болели этим заболеванием в 4 раза чаще, чем отцы.

Влияние пола

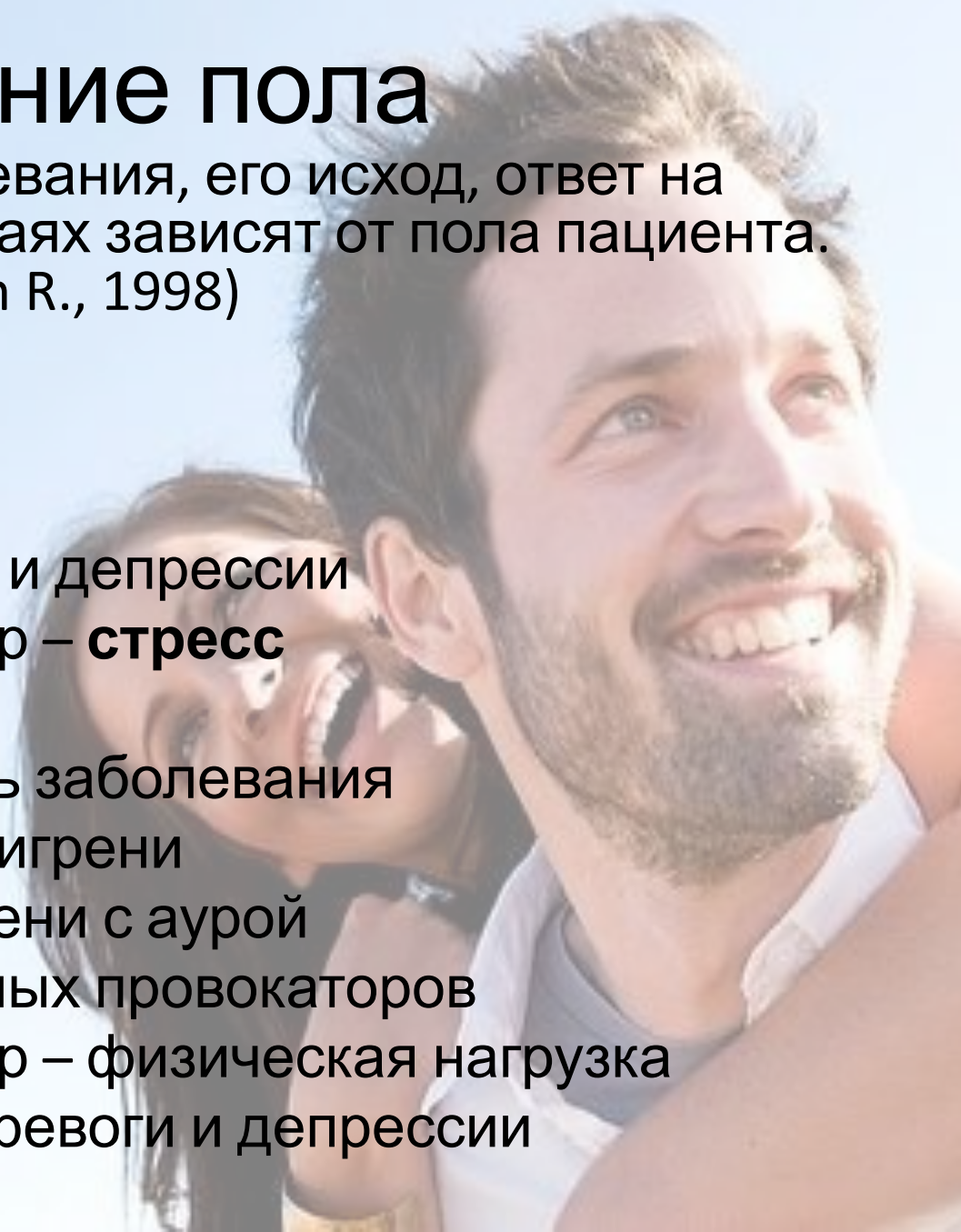
Тяжесть течения заболевания, его исход, ответ на лечение во многих случаях зависят от пола пациента.
(Вейн А.М., 1995; Fillingim R., 1998)

- **Женщины:**

- тяжелее течение
- выше уровень тревоги и депрессии
- актуальный провокатор – **стресс**

- **Мужчины:**

- меньшая длительность заболевания
- более ранний дебют мигрени
- большая частота мигрени с аурой
- меньшее число типичных провокаторов
- актуальный провокатор – физическая нагрузка
- более низкие уровни тревоги и депрессии



Влияние пола

Различие понятий «пола» и «гендера»:

- **«пол»** – биологически детерминированные (генетические, анатомические, гормональные, физиологические) особенности организма, определяющие женские и мужские черты.
- **«гендер»*** – характеристики личности (мужественность – «маскулинность», и женственность – «фемининность»), обусловленные влияниями социокультуральной среды.

*«Полоролевой опросник Сандры Бэм» (Bem S.,

Влияние пола

Исследовалось влияние гендерной характеристики на:

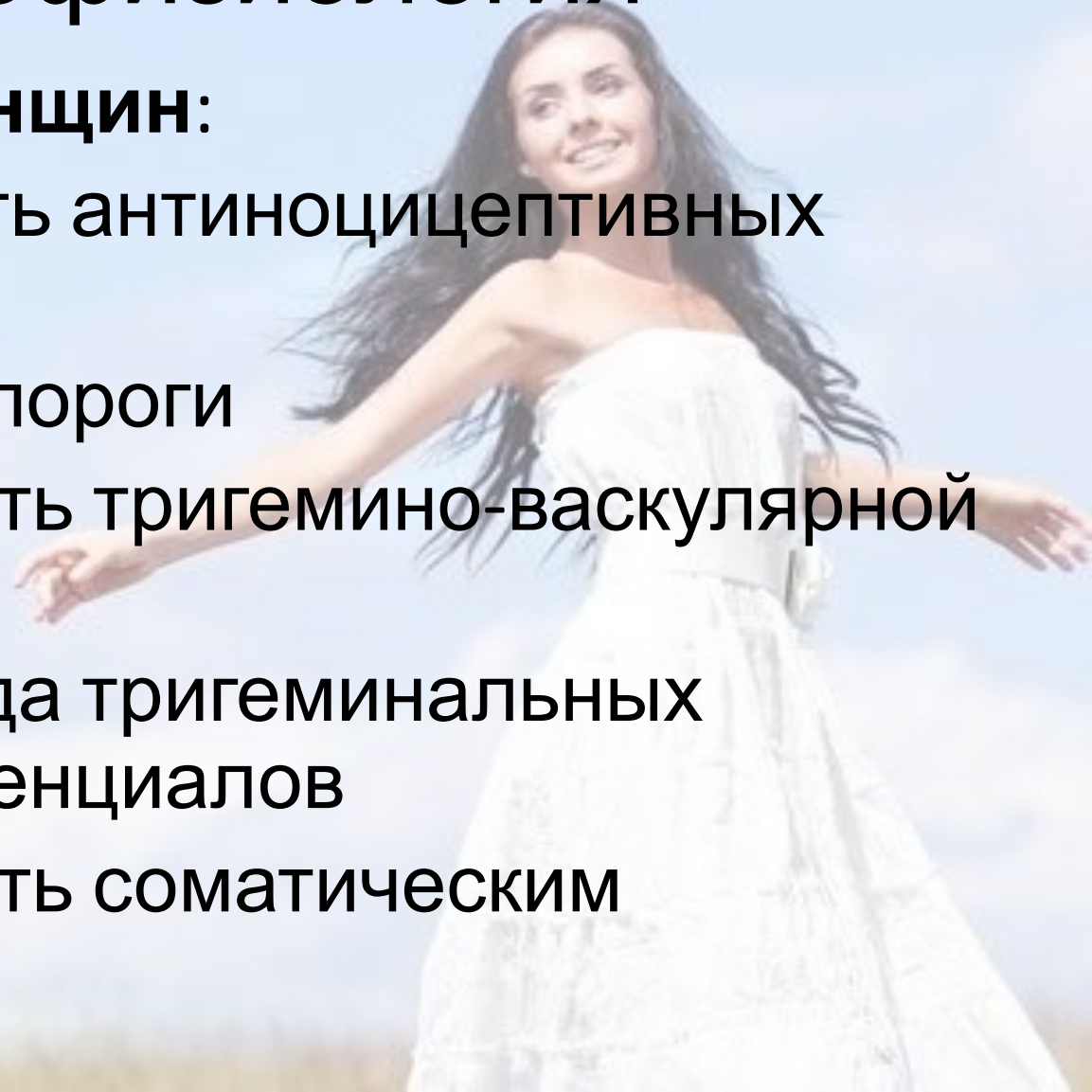
- клинические проявления
- состояние аффективной сферы
- болевое поведение
- нейрофизиологические показатели

При мигрени чаще встречаются фемининные пациенты (как среди мужчин, так и среди женщин) => высокая фемининность — фактор риска развития мигрени и большей её тяжести.

!Выявление гендерной характеристики позволяет уточнить прогноз!

Влияние пола: нейрофизиология

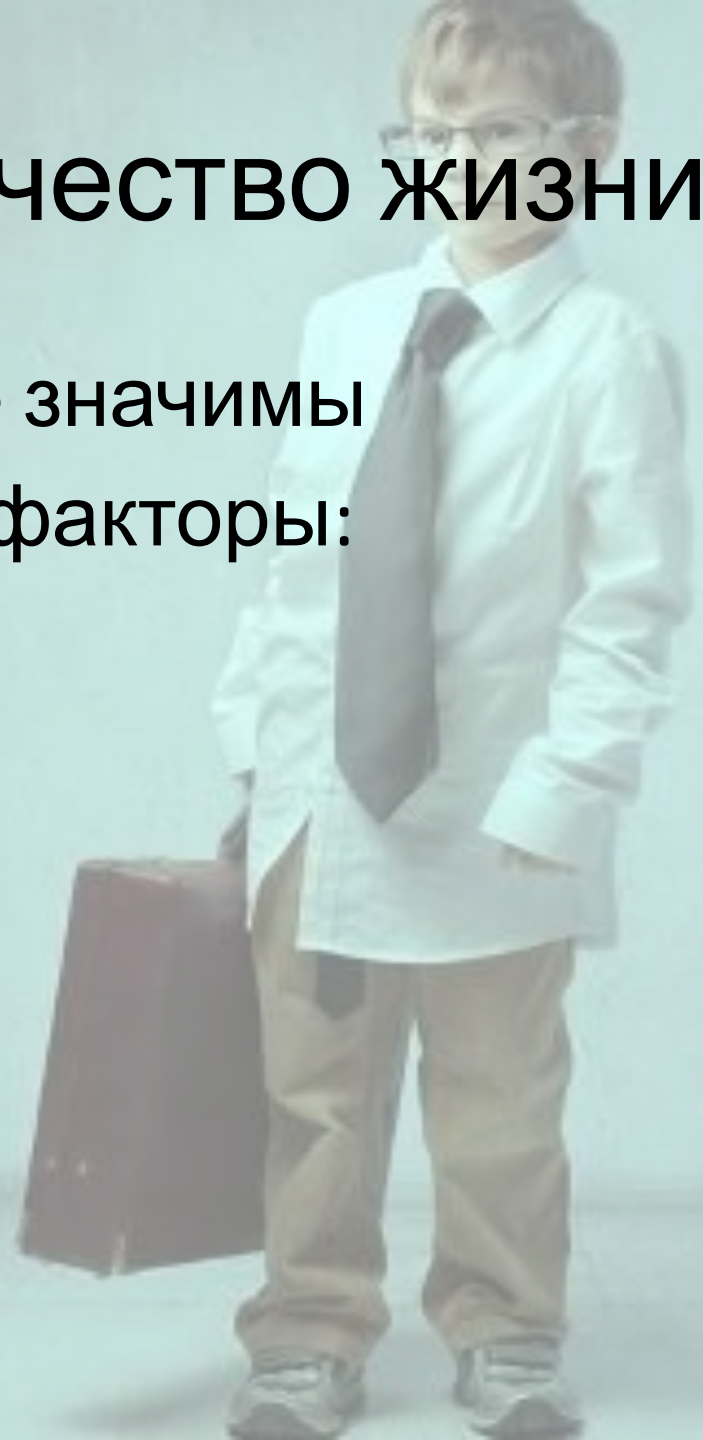
У здоровых **женщин**:

- ниже активность антиноцицептивных систем
 - ниже болевые пороги
 - выше активность тригемино-васкулярной системы
 - выше амплитуда тригеминальных вызванных потенциалов
 - беспокойность соматическим здоровьем
- 
- A woman with long dark hair, wearing a white strapless dress, is running joyfully in a field. Her arms are outstretched, and she has a bright smile. The background is a soft-focus landscape with green grass and a clear sky.

Влияние пола: качество жизни

Для **мужчин** наиболее значимы
социо-культуральные факторы:

- социальный статус
- профессиональная
неудовлетворенность
- низкая сексуальная
активность



Клиника мигрени



Влияние пола: клиническая картина

Женщин отличают:

- большее число сопровождающих симптомов
- большее количество ночных приступов
- больше провоцирующих факторов
- дополнительные специфические провоцирующие факторы
- более длительные приступы головной боли
- чаще встречаются продрома и постдрома
- чаще и шире нарушения вне приступа
- дополнительные факторы риска (гормональные)

Влияние пола: болевое поведение

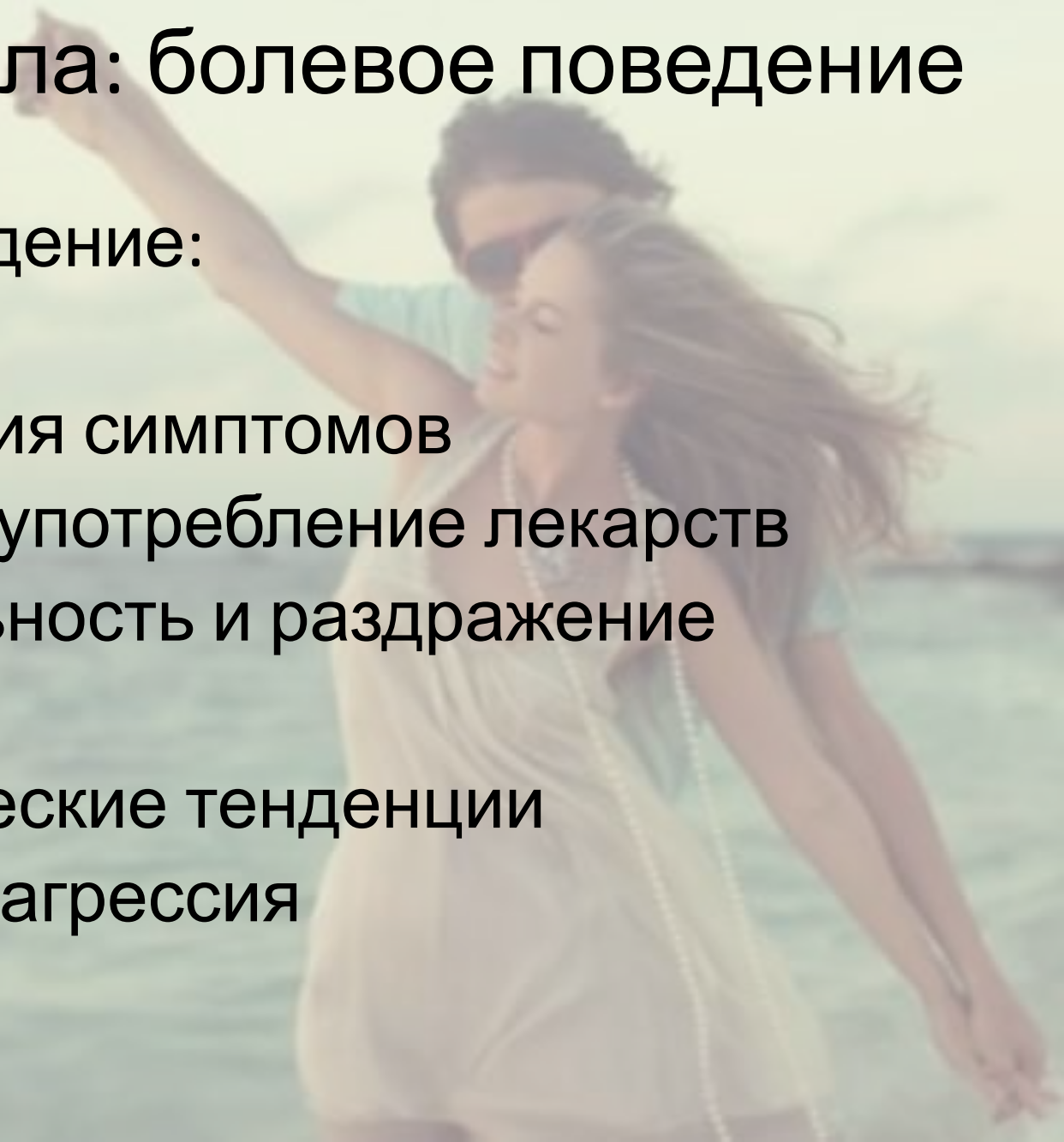
Болевое поведение:

- **У женщин:**

- демонстрация симптомов
- избыточное употребление лекарств
- подозрительность и раздражение

- **У мужчин:**

- ипохондрические тенденции
- физическая агрессия



Влияние пола: копинг-стратегии

Женщины/феминные

е:

- + «избегание»
- + «социальная поддержка»
- + «направленность на решение проблем»

Мужчины/маскулинные

е:

- + «направленность на решение проблем»
- «избегание»



Менструальная мигрень

- истинно менструальная – у 10–14%

Критерии:

- А. Приступы головной боли у менструирующей женщины, отвечающие критериям мигрени без ауры;
- В. Приступы возникают исключительно в пределах от -2 до +3 дней по меньшей мере в двух из трех менструальных циклов и не возникают в другие периоды цикла.

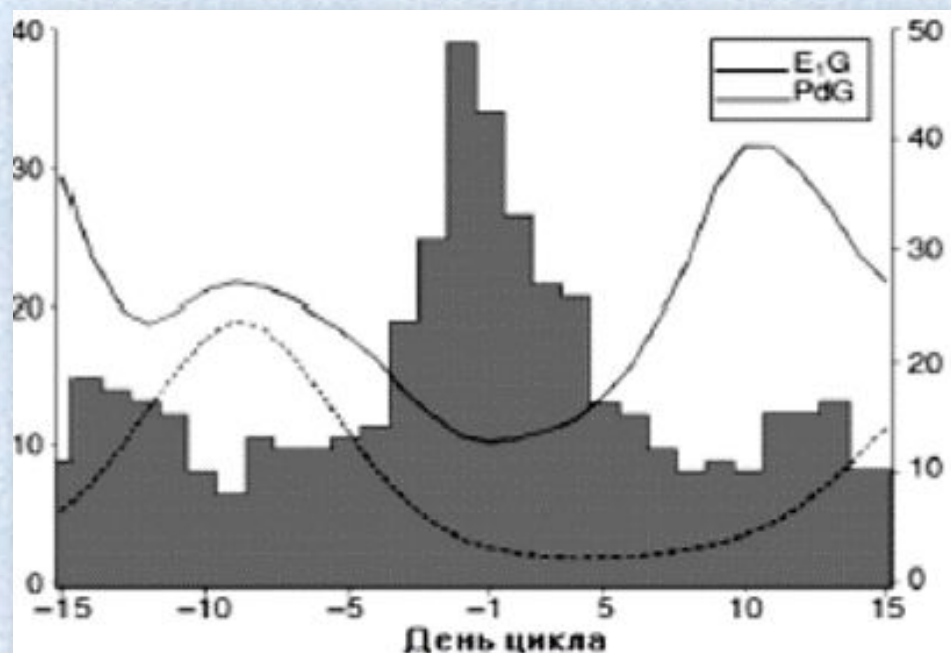
Менструальная мигрень

- менструально-ассоциированная – у 50%

- А. Приступы головной боли у менструирующей женщины, отвечающие критериям мигрени без ауры;
- В. Приступы возникают в пределах от -2 до +3 дней по меньшей мере в двух из трех менструальных циклов, а кроме того и в другие периоды цикла.

Менструальная мигрень: патогенез

Повышенная чувствительность к нормальным колебаниям уровня эстрогенов на протяжении менструального цикла.



Менструальная мигрень: ведение

- Ведение дневника ГБ!
- Редкие приступы – купирование в соответствии с общими принципами лечения
- Частые предсказуемые приступы в каждом менструальном цикле – мини-профилактика (в предменструальный период цикла и до 3го дня цикла):
препараты магния, НПВП, эстрогены

Эстрогены при мигрени

- **84-дневная профилактика микродозированными КОК**
(предотвращение 3 из каждых 4-х приступов)
- **7-дневная мини-профилактика КОК**
или перкутанными эстрогенными препаратами
(от -2 до +5 дня менструального цикла)

Эстрогены при мигрени: противопоказания

- мигрень с аурой,
- нарушения свертываемости крови
- сахарный диабет
- артериальная гипертензия
- курение.

Риск инсульта = 2,7 на 10 тыс.

- При приеме КОК повышение до 4 на 10 тыс.
- Мигрень с аурой + КОК = повышение в 8 раз.
- Мигрень с аурой + КОК + курение = в 34 раз.

Мигрень и менопауза

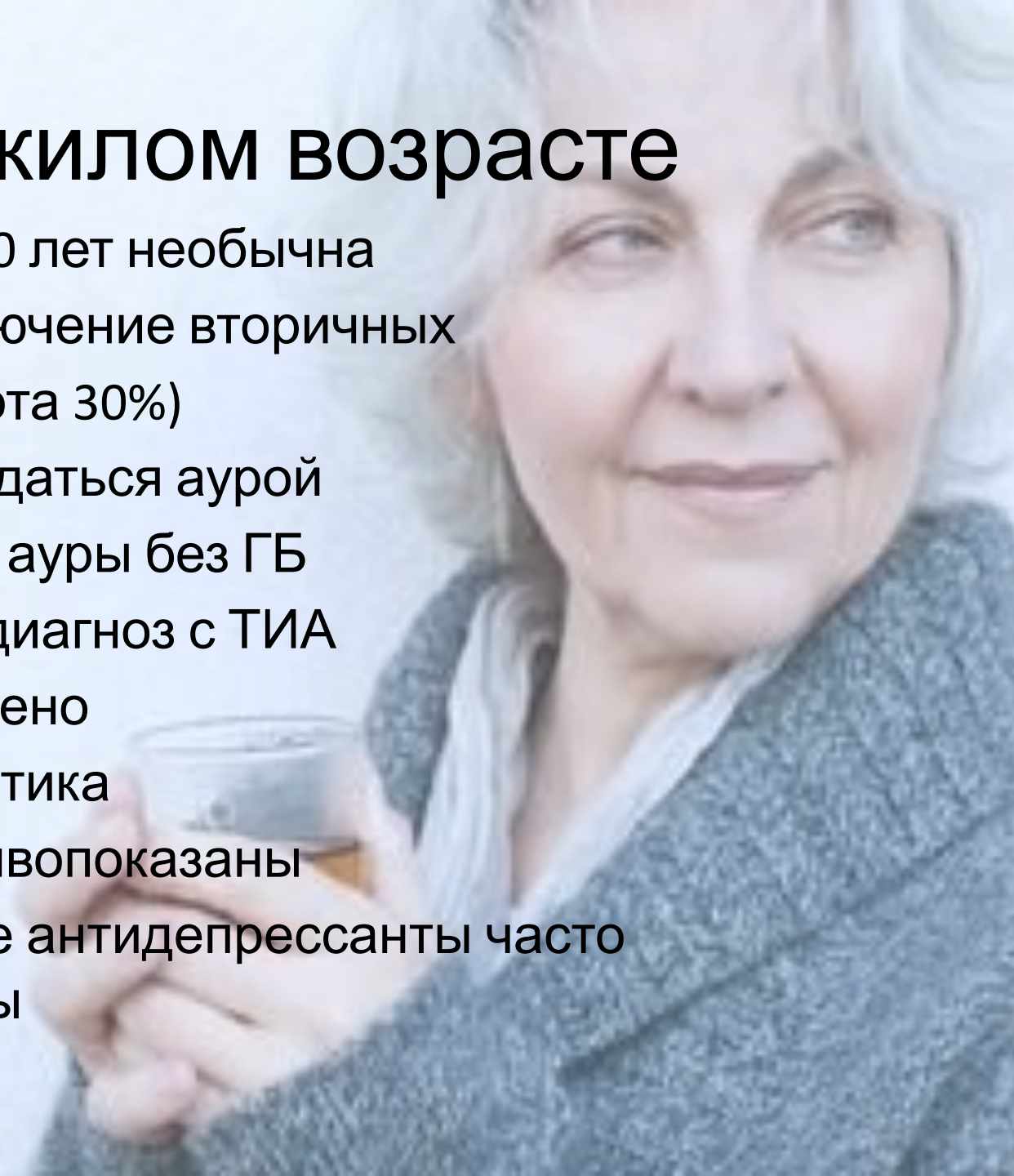
- облегчение у многих пациенток (особенно с менструальной мигренью)
- ухудшение в период пременопаузы (может длиться более 10 лет)

Заместительная гормональная терапию (препараты эстрогенов – лучше трансдермальные)



В пожилом возрасте

- мигрень после 60 лет необычна
 - требуется исключение вторичных причин ГБ (частота 30%)
- может сопровождаться аурой
- приступы в виде ауры без ГБ
 - требуется дифдиагноз с ТИА
- лечение затруднено
- важна профилактика
 - триптаны противопоказаны
 - трициклические антидепрессанты часто противопоказаны
 - β -блокаторы



**Спасибо за
внимание!**



И пусть голова не болит.

Источники

- Табеева Г.Р., Яхно Н.Н.: Мигрень, ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2011
- Данилов А.Б., «Роль пола и гендера при мигрени и головной боли напряжения» – клинико-психофизиологическое исследование, Москва, 2007
- Громова С.А., Табеева Г.Р.: «Менструальная мигрень: эпидемиология, патогенез, диагностика, клинические особенности»
- Табеева Г.Р.: «Головная боль» – руководство для врачей, ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2014
- Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р., Климов Е.А.: «Генетика мигрени» paindept.ru
- Ripa P, Ornello R, Degan D, Tiseo C, Stewart J, Pistoia F, Carolei A, Sacco S: «Migraine in menopausal women» – a systematic review, dovepress.com 2015 Vol.2015:7, P.773-782
- Faria V, Erpelding N, Lebel A, Johnson A, Wolff R, Fair D, Burstein R, Becerra L, Borsook D: «The Migraine Brain in Transition: Girls versus Boys», Pain, 2015 Jul 13
- Осипова В.В.: «Мигрень: клинико-психологический анализ, качество жизни, коморбидность, терапевтические подходы», Москва, 2003
- Латышева Н.В.: «Женская мигрень», Русский Медицинский Журнал
- О. Хабиб: «Генетический фактор и повышенный риск заболеваемости мигрени в семье», Русский Медицинский Журнал
- Richard B. Lipton, MD, and Lawrence C. Newman, MD: «Migraine»
- Амелин А.В.: «Сорок пять актуальных вопросов о мигрени», Санкт-Петербург-Москва, 2009
- raininfo.ru: Данилов А.Б.: «Эпидемиология мигрени»