THE PERSPECTIVE OF NEW ERA SCIENCES
INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL
www.global-science-review.com
editor@global-science-review.com

МИГРЕНЬ: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Адхамова Зайнаббегим Акромбек кизи
Ташкентский государственный медицинский университет
Студентка 4 курса
Научное направление: Неврология
Научный руководитель: Исмаилова Эльнара Надировна
Ассистент кафедры внутренних болезней, нефрологии и гемодиализа Ташкентского государственного медицинского университета

Аннотация

Мигрень представляет собой распространённое первичное заболевание головной боли, характеризующееся повторяющимися приступами головной боли и комплексом неврологических и вегетативных симптомов. Типичный приступ сопровождается односторонней пульсирующей болью средней или высокой интенсивности, тошнотой, фотофобией и фонофобией. У части пациентов наблюдается мигрень с аурой, проявляющейся преходящими зрительными, сенсорными или речевыми симптомами. Современные представления о патогенезе мигрени связаны с активацией тригеминоваскулярной системы, нарушением обработки сенсорной информации и важной ролью кальцитонин-ген-связанного пептида (CGRP). В статье рассматриваются патогенез, клинические особенности, диагностика и современные возможности профилактической терапии мигрени. Особое внимание уделено индивидуальному выбору профилактического лечения, моноклональным антителам к CGRP и его рецептору, а также профилактике лекарственно-индуцированной головной боли.

Ключевые слова: мигрень, головная боль, аура, тригеминоваскулярная система, CGRP, триптаны, гепанты, моноклональные антитела, профилактическая терапия, неврология.

Введение

Мигрень является одним из наиболее распространённых хронических неврологических заболеваний.

Она особенно часто встречается у лиц трудоспособного возраста и способна существенно ограничивать профессиональную, социальную и повседневную активность.

Мигрень не следует рассматривать как обычную периодическую головную боль.

Заболевание имеет сложные нейробиологические механизмы и может сопровождаться различными сенсорными, вегетативными и когнитивными проявлениями.

Частота приступов значительно различается: у одних пациентов они возникают эпизодически, тогда как у других заболевание приобретает хроническое течение.

Поэтому современная стратегия направлена на правильную диагностику, эффективное купирование приступов и профилактическое лечение пациентов с высокой частотой или значительной тяжестью мигрени.

Этиология и факторы риска

Мигрень относится к заболеваниям со значительным генетическим компонентом.

Наличие мигрени у близких родственников повышает вероятность развития заболевания, хотя механизм наследования большинства форм является сложным и полигенным.

В развитии отдельных редких форм, например семейной гемиплегической мигрени, установлена роль конкретных генетических вариантов.

На частоту приступов могут влиять нарушения сна, эмоциональный стресс, пропуск приёмов пищи и некоторые гормональные изменения.

У женщин мигрень встречается чаще, чем у мужчин, особенно после периода полового созревания.

Колебания уровня эстрогенов способны влиять на возникновение приступов у части пациенток.

При этом предполагаемые триггеры необходимо оценивать индивидуально, поскольку один и тот же фактор не вызывает приступы у всех пациентов.

Патогенез

Современная концепция рассматривает мигрень как сложное неврологическое заболевание с вовлечением центральных и периферических механизмов обработки боли.

Ключевое значение имеет активация тригеминоваскулярной системы.

При её активации из окончаний тройничного нерва выделяются нейропептиды, среди которых важную роль играет CGRP.

CGRP участвует в передаче болевых сигналов и поддержании патологической активности тригеминоваскулярных путей.

При мигрени с аурой важным механизмом считается корковая распространяющаяся деполяризация.

Она представляет собой медленно распространяющуюся волну изменений нейрональной и глиальной активности коры головного мозга.

При повторных приступах центральная сенситизация может способствовать повышенной чувствительности к болевым и неболевым раздражителям и формированию хронической мигрени.

Клинические проявления

Мигренозный приступ может включать продромальную фазу, ауру, головную боль и постдромальный период.

Продромальные симптомы иногда появляются за несколько часов до головной боли и включают усталость, изменение настроения, зевоту или нарушения концентрации внимания.

Аура наблюдается только у части пациентов.

Наиболее распространённой является зрительная аура, которая может проявляться мерцающими линиями, скотомами или другими временными зрительными феноменами.

Головная боль обычно имеет пульсирующий характер и часто локализуется с одной стороны.

Физическая активность может усиливать боль.

Типичными сопутствующими симптомами являются тошнота, рвота, повышенная чувствительность к свету и звуку.

После окончания приступа могут сохраняться усталость, снижение концентрации внимания и общее чувство истощения.

Современная диагностика

Диагноз мигрени преимущественно основывается на анамнезе и характерной клинической картине.

Важное значение имеют частота приступов, продолжительность головной боли, её локализация, характер и наличие сопутствующих симптомов.

Для стандартизации диагностики используются критерии Международной классификации головных болей.

Неврологическое обследование между типичными приступами мигрени обычно не выявляет значимых очаговых нарушений.

МРТ или КТ не являются обязательными исследованиями для каждого пациента с типичной мигренью и нормальным неврологическим статусом.

Нейровизуализация необходима при наличии признаков, указывающих на возможную вторичную головную боль: внезапной чрезвычайно интенсивной боли, прогрессирующего изменения характера симптомов, стойкого неврологического дефицита или других тревожных признаков.

Дневник головной боли помогает объективно оценивать частоту приступов, предполагаемые триггеры, использование препаратов и эффективность терапии.

Индивидуальная профилактическая терапия

Профилактическая терапия рассматривается при частых приступах, значительном нарушении повседневной активности, недостаточной эффективности терапии приступа или чрезмерном использовании симптоматических препаратов.

Выбор профилактического препарата должен учитывать частоту и тяжесть мигрени, сопутствующие заболевания, противопоказания и предпочтения пациента.

К традиционным профилактическим препаратам относятся некоторые бета-адреноблокаторы, топирамат и ряд других лекарственных средств.

Эффективность профилактики оценивается не после нескольких дней лечения, а после достаточного периода применения препарата в терапевтической дозе.

Значительным достижением последних лет стало появление лекарственных средств, непосредственно воздействующих на CGRP или его рецептор.

Моноклональные антитела к CGRP или его рецептору разработаны специально для профилактического лечения мигрени и позволяют снизить частоту приступов у части пациентов.

Гепанты — малые молекулы, блокирующие CGRP-рецепторы, — также расширили возможности как купирования приступов, так и профилактической терапии.

При хронической мигрени одним из доказанных вариантов профилактического лечения является ботулинический токсин типа А.

Необходимо контролировать частоту применения обезболивающих препаратов, поскольку их чрезмерное использование способно привести к лекарственно-индуцированной головной боли и хронизации заболевания.

Нормализация режима сна, регулярная физическая активность, стабильный режим питания и индивидуальная работа с подтверждёнными триггерами являются важными компонентами комплексного ведения пациента.

Заключение

Мигрень является сложным неврологическим заболеванием, способным существенно снижать качество жизни и функциональную активность пациента.

Диагноз в большинстве случаев устанавливается клинически на основании характерных особенностей приступов и международных диагностических критериев.

Нейровизуализация не должна автоматически назначаться каждому пациенту с головной болью. Её проведение определяется клиническими признаками и необходимостью исключения вторичных причин.

Современные данные о роли тригеминоваскулярной системы и CGRP существенно изменили представления о механизмах заболевания и привели к созданию новых таргетных методов лечения.

Профилактическая терапия особенно важна у пациентов с частыми или тяжёлыми приступами, существенно ограничивающими повседневную деятельность.

Выбор препарата должен быть индивидуальным, поскольку универсальной профилактической схемы для всех пациентов не существует.

Моноклональные антитела к CGRP и его рецептору, гепанты и ботулинический токсин типа А расширяют возможности лечения пациентов, которым традиционная профилактическая терапия недостаточно эффективна или плохо переносится.

Таким образом, современное ведение мигрени должно основываться на точной клинической диагностике, рациональной терапии острых приступов, своевременном назначении индивидуальной профилактики и предотвращении чрезмерного использования симптоматических лекарственных средств.

Использованная литература

1. Ashina M. Migraine // *New England Journal of Medicine*. – 2020. – Vol. 383. – P. 1866–1876.
2. Goadsby P.J., Holland P.R., Martins-Oliveira M. et al. Pathophysiology of Migraine: A Disorder of Sensory Processing // *Physiological Reviews*. – 2017. – Vol. 97. – P. 553–622.
3. Charles A. The Pathophysiology of Migraine: Implications for Clinical Management // *The Lancet Neurology*. – 2018. – Vol. 17. – P. 174–182.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition // *Cephalalgia*. – 2018. – Vol. 38. – P. 1–211.
5. Dodick D.W. Migraine // *The Lancet*. – 2018. – Vol. 391. – P. 1315–1330.
6. Ashina M., Katsarava Z., Do T.P. et al. Migraine: Epidemiology and Systems of Care // *The Lancet*. – 2021. – Vol. 397. – P. 1485–1495.
7. Ashina M., Buse D.C., Ashina H. et al. Migraine: Integrated Approaches to Clinical Management and Emerging Treatments // *The Lancet*. – 2021. – Vol. 397. – P. 1505–1518.

8. Edvinsson L., Haanes K.A., Warfvinge K., Krause D.N. CGRP as the Target of New Migraine Therapies // *Nature Reviews Neurology*. – 2018. – Vol. 14. – P. 338–350.
9. Silberstein S.D. Preventive Migraine Treatment // *Continuum*. – 2015. – Vol. 21. – P. 973–989.
10. Diener H.C., Holle D., Solbach K., Gaul C. Medication-Overuse Headache: Risk Factors, Pathophysiology and Management // *Nature Reviews Neurology*. – 2016. – Vol. 12. – P. 575–583.