

# Мигрень в фокусе современной медицины



**МИГРЕНЬ** – распространенное хроническое неврологическое заболевание, характеризующееся многофазными приступами головной боли и множеством неврологических симптомов, наиболее яркими из которых являются вегетативные симптомы (тошнота, рвота), фото- и фонофобия. Среди взрослого населения женщины болеют в три раза чаще мужчин. [1]

**Р**аспространённость мигрени в мире в среднем составляет 14%, она обычно впервые проявляется в возрасте от 10 до 20 лет и после 55–60 лет у большинства пациентов прекращается. Поскольку заболевание имеет тенденцию к прекращению в пожилом возрасте, дебют после 50 лет должен вызывать подозрение о вторичном характере головной боли. [2]

В Международной классификации головной боли 3-го пересмотра (ICHD-3), опубликованной в журнале *Cephalalgia* в 2018 году, приводится следующая классификация мигрени: [3]

## 1. Мигрень

### 1.1 Мигрень без ауры

### 1.2 Мигрень с аурой

#### 1.2.1 Мигрень с типичной аурой

##### 1.2.1.1 Типичная аура с головной болью

##### 1.2.1.2 Типичная аура без головной боли

#### 1.2.2 Мигрень со стволовой аурой

### 1.2.3 Гемиплегическая мигрень

#### 1.2.3.1 Семейная гемиплегическая мигрень (FHM)

##### 1.2.3.1.1 Семейная гемиплегическая мигрень 1 типа (FHM1)

##### 1.2.3.1.2 Семейная гемиплегическая мигрень 2 типа (FHM2)

##### 1.2.3.1.3 Семейная гемиплегическая мигрень 3 типа (FHM3)

##### 1.2.3.1.4 Семейная гемиплегическая мигрень, другие локусы

#### 1.2.3.2 Спорадическая гемиплегическая мигрень

### 1.2.4 Ретинальная мигрень

## 1.3 Хроническая мигрень

### 1.4 Осложнения мигрени

#### 1.4.1 Мигренозный статус

#### 1.4.2 Персистирующая аура без инфаркта

#### 1.4.3 Мигренозный инфаркт

#### 1.4.4 Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой

## 1.5 Возможная мигрень

### 1.5.1 Возможная мигрень без ауры

### 1.5.2 Возможная мигрень с аурой

## 1.6 Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью

### 1.6.1 Рецидивирующие желудочно-кишечные расстройства

#### 1.6.1.1 Синдром циклической рвоты

#### 1.6.1.2 Абдоминальная мигрень

#### 1.6.2 Доброкачественное пароксизмальное головокружение

#### 1.6.3 Доброкачественный пароксизмальный тортиколис

ICHD-3 предлагает диагностические критерии для трех основных категорий мигрени: мигрень без ауры, мигрень с аурой и хроническая мигрень: [3]	
<b>Мигрень без ауры</b>	<b>Не менее пяти приступов, соответствующих следующим критериям:</b>
	Приступы головной боли длительностью 4-72 часа (при отсутствии или безуспешности лечения).
	Головная боль имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: <ul style="list-style-type: none"> <li>• односторонняя локализация;</li> <li>• пульсирующий характер боли;</li> <li>• умеренная или выраженная интенсивность боли;</li> <li>• сложность или отказ от обычной физической активности (например, ходьбы или подъемов по лестнице).</li> </ul>
	Во время приступа головной боли, по крайней мере, одно из следующего: <ul style="list-style-type: none"> <li>• тошнота и/или рвота;</li> <li>• фотофобия и фонофобия</li> </ul>
	Не соответствует в большей степени другому диагнозу из ICHD-3
<b>Мигрень с аурой</b>	<b>Не менее двух приступов, соответствующих следующим критериям:</b>
	Один или нескольких из следующих полностью обратимых признаков ауры: <ul style="list-style-type: none"> <li>• визуальная</li> <li>• сенсорная</li> <li>• речевая</li> <li>• двигательная</li> <li>• стволовая</li> <li>• ретинальная</li> </ul>
	По крайней мере, три из следующих характеристик: <ul style="list-style-type: none"> <li>• не менее одной ауры развивается постепенно, <math>\geq 5</math> минут</li> <li>• два или более симптома ауры возникают последовательно</li> <li>• каждый симптом ауры длится 5-60 минут</li> <li>• по крайней мере, один симптом ауры является односторонним</li> <li>• аура сопровождается в течение 60 минут головной болью.</li> </ul>
	Не соответствует в большей степени другому диагнозу из ICHD-3
<b>Хроническая мигрень</b>	Головная боль (мигреноподобная или по типу головной боли напряжения) $\geq 15$ дней в месяц в течение $> 3$ месяцев, соответствующая следующим критериям:
	Диагностируется у пациента, у которого хотя бы пять приступов соответствовали критериям мигрени без ауры или критериям мигрени с аурой.
	$\geq 8$ дней в месяц в течение $> 3$ месяцев симптомы соответствуют следующим критериям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• мигрень с аурой</li> <li>• мигрень без ауры</li> <li>• по мнению пациента, имелся приступ мигрени, прерванный или облегчаемый триптаном или препаратом эрготамина</li> </ul>
	Не соответствует в большей степени другому диагнозу из ICHD-3

## О патогенезе мигрени и новой терапевтической мишени

Впервые нейроваскулярную теорию мигрени высказал в 1979 году Moskowitz с соавторами. Он предположил, что сосуды твердой мозговой оболочки, иннервируемые системой тройничного нерва, могут быть причиной головных болей при мигрени. [4] Edvinsson впервые обнаружил в волокнах тройничного нерва кальцитонин-ген родственный пептид (CGRP – calcitonin gene-related peptide). CGRP представляет собой нейропептид из 37 аминокислот, который экспрессируется в нервных узлах тройничного нерва и является мощным вазодилататором сосудов головного мозга и твердой мозговой оболочки, обеспечивая болевую трансмиссию по канонической тригеминоваскулярной системе. Стимуляция ганглия тройничного нерва вызывает высвобождение CGRP, а инфузия CGRP может вызвать при-

ступ мигрени. [5] По данным исследования Goadsby соавторами, уровень CGRP оказался повышен в венозной крови наружной яремной вены во время приступов мигрени. [6]

В последние годы для лечения мигрени были разработаны лекарства, основной мишенью которых стал CGRP или его рецептор. Терапия, связанная с CGRP, разработана для воздействия на тригеминоваскулярную систему, является более специфичной и имеет незначительные побочные эффекты или не имеет их. Были разработаны и внедрены в клиническую практику новые препараты – моноклональные антитела к рецептору CGRP или к самому белку CGRP, антагонисты CGRP-рецепторов (джепанты). Таким образом, с разработкой лекарств с большим терапевтическим потенциалом и возможностями лечение мигрени переступило порог новой эры.

### Литература:

1. Dodick DW. Migraine. Lancet. 2018;391(10127):1315-1330. doi:10.1016/S0140-6736(18)30478-1
2. Ashina M. Migraine. N Engl J Med. 2020;383(19):1866-1876. doi:10.1056/NEJMra1915327
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018;38:1-211
4. Moskowitz MA, Reinhard JF Jr, Romero J, Melamed E, Pettibone DJ. Neurotransmitters and the fifth cranial nerve: is there a relation to the headache phase of migraine?. Lancet. 1979;2(8148):883-885. doi:10.1016/S0140-6736(79)92692-8
5. Lassen LH, Haderslev PA, Jacobsen VB, Iversen HK, Sperling B, Olesen J. CGRP may play a causative role in migraine. Cephalalgia. 2002;22(1):54-61. doi:10.1046/j.1468-2982.2002.00310.x

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.