

Кабашикова Ю.В.

МОНОКЛОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МИГРЕНИ

Научные руководители: ассист. Пиллюцкая А.А.,

преп. Степанова Е.В.

Кафедра фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Мигрень – одно из наиболее распространенных заболеваний в мире. Согласно статистике, около 18% населения Беларуси страдает мигренью. Заболевание характеризуется эпизодическими приступами боли различной интенсивности, которые сопровождаются тошнотой, повышенной чувствительностью к звуку и свету, а также снижением работоспособности при частых приступах. Поэтому усовершенствование старых и открытие новых методов лечения мигрени является одной из наиболее актуальных задач современной медицины. На данный момент самым перспективным способом профилактики мигрени является терапия моноклональными антителами.

Кальцитонин-ген родственный пептид (CGRP) – это медиатор боли, который выделяется в системе тройничного нерва и связывается с соответствующим рецептором, вызывая приступ мигрени. Моноклональная терапия подразумевает под собой введение антител, которые связывают либо сам CGRP, либо его рецептор в зависимости от препарата. Таким образом прерывается сигнальный путь мигрени.

На сегодняшний день существует 4 препарата, использующиеся в моноклональной терапии мигрени: эренумаб, фриманезумаб, галканезумаб и эптинезумаб. Действие эренумаба основано на блокировании рецептора к CGRP, а фриманезумаба, галканезумаба и эптинезумаба на блокирование самого CGRP. Препараты вводятся подкожно (кроме эптинезумаба – внутривенно) ежемесячно либо раз в три месяца в течении 6-12 месяцев.

С целью определения эффективности эренумаба, фриманезумаба, галканезумаба и эптинезумаба был проведен мета-анализ 10 рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований для эпизодической мигрени и 5 – для хронической мигрени у взрослых пациентов. Размеры выборки варьировались от 174 до 1130 пациентов. В исследованиях измерялось уменьшение количества дней мигрени в месяц по сравнению с плацебо при введении различных дозировок 4 исследуемых препаратов.

В испытаниях при эпизодической мигрени было выявлено снижение количества дней по сравнению с плацебо: для эптинезумаба 100 мг – 0,7 дней, для эптинезумаба 300 мг – 1,1 день, для эренумаба 70 мг – 1,1 дня, для эренумаба 140 мг – 1,9 дня, для фриманезумаба 225 мг – 1,5 дней, для фриманезумаба 675 мг – 1,2 дня, для галканезумаба 120 мг – 2,0 дня, для галканезумаба 240 мг – 1,9 дня.

В испытаниях при хронической мигрени было выявлено снижение количества дней по сравнению с плацебо: для эптинезумаба 100 мг и эптинезумаба 300 мг 31% и 33% пациентов соответственно добились снижения количества дней мигрени на 75% и более, для эренумаба 70 мг – 2,5 дня, для эренумаба 140 мг – 2,5 дня, для фриманезумаба с начальной дозой 675 мг и дальнейшей дозой 225 мг – 2,1 дня, для фриманезумаба с разовой дозой 675 мг – 1,8 дней, для галканезумаба 120 мг – 2,1 дня, для галканезумаба 240 мг – 1,9 дня.

Согласно последним данным, клинические испытания всех 4 препаратов не выявили осложнений со стороны сердечно-сосудистой и иммунной систем. Препараты характеризуются хорошей переносимостью, безопасностью и эффективностью. Также исследуемые препараты эффективны у пациентов с депрессией, тревожными расстройствами и лекарственными зависимостями.

Таким образом, моноклональная терапия мигрени с использованием эптинезумаба, эренумаба, фриманезумаба и галканезумаба является наиболее эффективным и перспективным современным методом профилактики мигрени, способным принести значительную пользу пациентам.