

ФИБРОМИАЛГИЯ, АЛЛОДИНИЯ И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ЖЕНЩИН ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

В.В. Маркова, О.В. Соловьёва*, Ю.С. Шамуров
ЧелГМА; *ГМЛПУЗ ОКБ, г. Челябинск

Выявлено клиническое сочетание аллодинии, фибромиалгии и определенной клинической формы головной боли при системной красной волчанке.

Ключевые слова: системная красная волчанка, фибромиалгия, аллодиния, мигрень, головная боль напряжения.

Актуальность. Наличие головной боли при системной красной волчанке (СКВ) часто воспринимается как естественное клиническое проявление васкулита, а внимание терапевта, ревматолога направлено на другие тяжелые проявления болезни – нефрит, артрит и др. Кроме того, как показала практика, не все болевые синдромы при СКВ являются по патогенезу ноцицептивными. Поэтому объектом изучения стали фибромиалгия (ФМ) и аллодиния, а также их сочетания с головной болью. Нозологическая самостоятельность ФМ в настоящее время дискуссионна, принятым определением является следующее: фибромиалгия – клинический синдром, характеризующийся диффузной мышечной болью, определенными чувствительными точками в мягких тканях, нарушением сна и изменением настроения. Кожная аллодиния – это болевые ощущения, полученные при небольшом раздражении неповрежденной кожи. Острой считается аллодиния, если во время головной боли возникают болезненность или дискомфорт при прикосновении к коже головы, прикосновении к волосам или волосистой части головы, причесывании, закалывании волос или использовании эластичных аксессуаров для фиксации волос, ношении очков, при лежании на этой стороне головы. Хронической называется аллодиния, если все те же ощущения возникают вне приступа головной боли.

Попытка найти клиническое сочетание аллодинии, фибромиалгии и определенной клинической формы головной боли при СКВ основывается на данных об их патогенетической близости. Аллодиния встречается у 2/3 пациентов при мигрени без системного заболевания соединительной ткани. Наличие аллодинии всегда говорит о наличии центральной сенситизации. Феномен фибромиалгии также рассматривается как одно из проявлений центральной сенситизации. Данный термин используется в качестве следующей ступени эволюции таких терминов, как «функциональные соматические нарушения», «соматизированное расстройство», «психосоматический синдром», «идиопатическое болевое расстройство». Фибромиалгия может сочетаться с такими состояниями, как синдром хронической усталости, синдром раздраженного

кишечника, головная боль напряжения и др. В настоящее время продолжается поиск термина, который бы создавал правильные терапевтические предпосылки. Сочетание таких болевых синдромов, как головная боль, фибромиалгия и аллодиния, может говорить о том, что данные состояния являются следствием центральной сенситизации у больных СКВ.

Материалы и методы. Нами было обследовано 98 женщин с достоверным диагнозом СКВ (критерии АРА, 1982 г.), находящихся на госпитализации в отделении ревматологии ГМЛПУЗ ЧОКБ в течение последних двух лет. Все пациентки были осмотрены неврологом. Для дефиниции головной боли использовалась международная классификация головной боли. Диагноз аллодинии был установлен, исходя из типичных жалоб. Диагноз ФМ опирался на характерные жалобы больных и регистрацию количества болезненных тендерных точек. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от длительности заболевания. В первую группу вошли больные с длительностью заболевания до 2 лет, во вторую – с длительностью СКВ от 2 до 6 лет, в третью группу – более 6 лет. Наши клинические наблюдения позволили предположить, что частота головной боли зависит не от активности СКВ, а от длительности заболевания.

Результаты исследования. Структура головной боли у обследованных больных приведена в таблице.

Первая группа включала 21 пациента. Из них у 5 человек (23,8 %) жалобы на головную боль отсутствовали, цефалгия не возникала и при обострении СКВ. У 10 (47,6 %) человек головная боль соответствовала критериям эпизодической головной боли напряжения (ЭГБН): более 10 эпизодов приступов головной боли с частотой менее 15 дней в месяц, с продолжительностью приступа от 30 мин до 7 дней, с локализацией боли с двух сторон, сжимающего или давящего характера, легкой или умеренной интенсивности, не усиливающейся при физической нагрузке, с отсутствием тошноты и рвоты. Иногда у пациентов наблюдались фото- и фонофобия. Диагноз первичной головной боли

Структура головной боли у женщин с системной красной волчанкой

Наличие и клиническая форма головной боли	Первая группа, %*	Вторая группа, %**	Третья группа, %***
Нет головной боли	23,8	21,2	0
ЭГБН	47,6	33,3	0
ХГБН	0	3,3	36,4
М (МБА и МсА), %	28,6(23,8 и 4,7)	27,6 (21 и 6,6)	31,7 (22,7 и 9)
Вторичные	0	6,6	38,6

*продолжительность СКВ до 2 лет, **продолжительность СКВ от 2 до 6 лет, ***продолжительность СКВ более 6 лет.

(в данном случае – ЭГБН) основывался на том, что боль возникла до появления СКВ и не было параллелизма в течение этих заболеваний. Никто из пациентов с ЭГБН не имел ФМ и аллодинии.

У 6 человек выявлена головная боль, клинически соответствующая мигрени, причем у 5 человек мигрень протекала без ауры (МБА) и у 1 – с аурой (МсА). Диагноз основывался на следующих критериях: головная боль односторонняя или двусторонняя, интенсивная, пульсирующая, сопровождалась тошнотой или рвотой, фото- и фонофобией, длительность приступа составляла 4–72 часа. Появление мигрени до СКВ, отсутствие связи усиления головной боли с обострениями СКВ позволили расценить эти случаи как первичную головную боль. Следует отметить, что все пациенты с МБА предъявляли жалобы на боли в теле, соответствующие ФМ, и имели достаточное количество болезненных тендерных точек. У большинства пациентов приступы были достаточно частыми (более 1 раза в месяц), тяжелыми и длительными, имелась связь с менструацией, приступ имел яркое вегетативное сопровождение (кардиалгия, гипервентиляция, полиурия). У 2 пациентов после приступа мигрени возникала аллодиния, что позволяет отнести ее к хронической форме.

У одной женщины, страдавшей мигренью с аурой с подросткового возраста, в начале приступа выпадали поля зрения, затем появлялось онемение правой руки и языка. Сторона онемения оставалась постоянной, имелись «обезглавленные приступы» мигрени, ФМ отсутствовала. Вторичная головная боль в данной группе отсутствовала.

Вторую группу составили 33 женщины с длительностью заболевания от 2 до 6 лет. У 7 (21,2 %) из них головная боль отсутствовала. Четкая связь между возникновением головной боли и обострениями СКВ выявлена у 2 человек, аллодинией и ФМ она не сопровождалась. В таких случаях головная боль расценивалась как вторичная, то есть являющаяся проявлением СКВ. Цефалгия соответствовала следующим критериям: головная боль появилась после возникновения СКВ, имелась тесная временная связь между усилением головной боли и обострениями СКВ и уменьшение или исчезновение головной боли во время ремиссии основного заболевания.

Эпизодическая головная боль напряжения во

второй группе встречалась у 10 человек (33,3 %). Наличие и выраженность головной боли не зависели от обострений СКВ, отмечалась связь с эмоциональной нагрузкой и изменением погоды. Жалоб, характерных для фибромиалгии и аллодинии, пациенты не предъявляли. У одной пациентки была диагностирована хроническая головная боль напряжения (ХГБН) в сочетании с аллодинией и фибромиалгией.

Мигрень была диагностирована у 9 человек, у всех заболевание возникло до СКВ, у двух человек – в подростковом возрасте. МсА была отмечена у 2 человек, у одного из них сопровождалась аллодинией и фибромиалгией. МБА была зарегистрирована у 7 пациенток, при этом они отмечали редкую смену сторон боли, аллодиния выявлялась у 4 из 7 пациенток, фибромиалгия – у одной пациентки (12 точек), также у одной пациентки было отмечено сочетание МБА с ЭГБН.

Наиболее сложным было уточнить характер головных болей у 2 пациентов, которые связывали развитие головных болей с повышением артериального давления. Мы использовали критерии головной боли, связанной с артериальной гипертензией без гипертонической энцефалопатии, так как характер головной боли (двусторонняя, пульсирующая, усиливающаяся при физической нагрузке) соответствовал ее критериям, но повышенное артериальное давление регистрировалось постоянно, а не по типу криза, и с трудом поддавалось коррекции. Кроме того, как правило, в этот период возникало обострение СКВ, часто сопровождавшееся поражением почек. Учитывая отмеченное обстоятельство, головная боль у этих пациентов отнесена к вторичным цефалгиям.

В третью группу вошли 44 пациентки с диагнозом СКВ и длительностью заболевания более 6 лет. Все больные предъявляли жалобы на головную боль. ХГБН выявлена у 16 пациентов (36,6 %). У 11 (25,0 %) из них также имелись симптомы, которые позволили установить диагнозы ФМ и аллодинии. В группе больных с ФМ и аллодинией чаще выявлялся абзусный фактор и связь головной боли с болью в шее.

Мигрень выявлена у 14 (31,7 %) человек, при этом МБА – у 10, МсА – у 4 пациенток. Следует отметить, что, несмотря на соответствие приступов критериям первичной мигрени и возникнове-

нию их задолго до появления СКВ, в трех наблюдениях отмечено учащение и утяжеление мигренозных приступов при обострении СКВ. У трех (6,8 %) пациенток имелось сочетание МБА с ХГБН. При МБА аллодиния выявлена у 4 больных, она сочеталась с более тяжелым течением мигрени и наличием менструально-ассоциированной мигрени. ФМ диагностирована у 7 из 10 пациенток с МБА. При МсА в одном случае в качестве ауры отмечалось головокружение системного характера, в трех наблюдениях имела место чувствительная аура. У двух пациенток группы имелись аллодиния и ФМ.

Вторичная головная боль диагностирована у 17 человек, при этом у 7 человек клинически она более всего напоминала ЭГБН. Вторичный характер был установлен вследствие как совпадения во времени начала обострения СКВ и усиления головной боли, так и одновременной ремиссии этих состояний. При этом у трех пациентов боли имели вторичный характер, клинически напоминали ЭГБН и сочетались с наличием типичных мигренозных приступов. Связывали головную боль с повышением артериального давления 10 человек. Данная ситуация клинически соответствовала описанной выше у пациентов 2-й группы.

Следует отметить, что пациенты с течением заболевания более 6 лет часто имели несколько видов головной боли. У 3 (6,8 %) пациентов выявлена невралгия затылочного нерва, которая характеризовалась колющей болью, болезненностью кожи и мышц в зоне иннервации затылочного нерва и временным прекращением боли после местной анестезии. У 4 (9,0 %) пациенток головная боль имела четкие гипертензионные черты (диффузная, распирающая, максимально выраженная в утренние часы, сопровождающаяся тошнотой или рвотой). При осмотре глазного дна не было выявлено отека зрительного нерва. По данным МРТ были исключены другие патологические состояния, которые могли бы привести к внутричерепной гипертензии. В то же время регистрировалось расширение желудочков имело место. Верификация диагноза была невозможна, так как не измерялось ликворное давление (отказ пациентов от люмбальной пункции). У нескольких пациентов выявлены более редкие первичные головные боли: первичная колющая головная боль, кратковременная односторонняя невралгическая головная боль с инъектированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС), пароксизмальная гемикрания. Головная боль, клинически соответствующая первичной колющей головной боли, была выявлена у одного пациента (ощущение уколов в области глаза и виска в течение нескольких секунд несколько раз в течение дня). В международной классификации головной боли имеется следующая градация тригеминальных вегетативных цефалгий: 1) пароксизмальная гемикрания, 2) кратковременная односторонняя невралгическая головная боль с инъектированием

конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing SUNCT). Серьезные затруднения вызывает трактовка этиологии этих состояний. Никто из пациентов с тригеминальной вегетативной цефалгией не мог с уверенностью сказать, что она возникла до появления СКВ, так как были больны длительное время СКВ уже и за медицинской помощью по поводу головной боли не обращались. Пароксизмальная гемикрания выявлена у одной пациентки. Для постановки диагноза использовались следующие критерии: кратковременность приступов – 2–30 мин, частота до 5 раз в сутки. У больной с КОНКС отмечено возникновение данной головной боли через несколько лет после заболевания волчанкой, чаще приступ возникал в правой половине лица. Приступ односторонней пульсирующей височной головной боли сопровождался отеком лица, слезотечением, зябкостью. Головная боль была расценена как первичная, так как не было параллелизма в течении цефалгии и СКВ.

В заключение следует отметить, что выявленные нами результаты соответствуют данным, полученным у больных с первичными головными болями, в частности, аллодиния встречается не только при мигрени, но и при других видах первичных головных болей [7]. Раннее начало головных болей, их трансформация, наличие абзуса являются факторами риска аллодинии [5]. Использование функциональной магнитно-резонансной томографии позволило установить, что боль при фибромиалгии значительно связана с процессами активации боли от давления в некоторых зонах мозга: клауструм, поясная извилина и префронтальная кора [8]. Это явление и названо центральной сенситизацией. Именно участие данных структур в регуляции эмоций, поведения, вегетативного обеспечения позволяет обосновать развитие расстройств настроения, первичных головных болей у больных ФМ. Аллодиния часто связана с усталостью, фибромиалгией, депрессией, тревогой [3]. Отмечено, что чем больше у человека различных болей, тем чаще встречается аллодиния [4]. В клинике ревматических болезней боли встречаются часто, следовательно, можно предположить наличие центральной сенситизации как проявления основного заболевания и как конкурирующего состояния. Учащение головных болей, ФМ и аллодинии в группе с наибольшей длительностью заболевания в нашем исследовании подтверждают это положение. Объяснение различий болевого синдрома, имеющего место при СКВ с позиций центральной сенситизации имеет практическое значение, так как предполагает включение в терапию болевых синдромов при СКВ антидепрессантов и других препаратов, оказывающих влияние на развитие нейропатических болей. Изучение природы различных болевых синдромов при СКВ позволит расширить возможности лечения больных.

Выводы

1. По мере увеличения длительности заболевания системной красной волчанкой у женщин частота головной боли увеличивается. Это происходит за счет нарастания доли как первичных, так и вторичных головных болей.

2. Фибромиалгия и аллодиния встечаются при мигрени и хронической головной боли напряжения у женщин, страдающих системной красной волчанкой.

3. Фибромиалгия и аллодиния не характерны для пациентов с системной красной волчанкой при отсутствии синдрома головной боли, при эпизодической головной боли напряжения и при вторичной головной боли.

4. Вторичные головные боли у женщин с системной красной волчанкой, имеют клиническое сходство с эпизодическими головными болями напряжения и головными болями, связанными с артериальной гипертензией.

Литература

1. Сигидин, Я.А. Диффузные болезни соединительной ткани / Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева. – М.: Медицина, 2004.

2. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2005. – С. 141–167.

3. Randomized A. The Health Effects of At-Home Written Emotional Disclosure in Fibromyalgia / A. Randomized et al. // *Ford Health Systems*. – Michigan, 2008.

4. *Central Sensitivity Syndromes: A New Paradigm and Group Nosology for Fibromyalgia and Overlapping Conditions, and the Related Issue of Disease versus Illness* / B. Muhammad Yunus, MD 2008 Elsevier Inc. All rights reserved. *Semin Arthritis Rheum* 37:339-352.

5. Allodynia in migraine: association with comorbid pain conditions.

6. Tietjen GE; Brandes JL; Peterlin BL; Eloff A; Dafer RM; Stein MR; Drexler E; Martin VT; Hutchinson S; Aurora SK; Recober A; Herial NA; Utey C; White L; Khuder SA Headache [Headache] 2009 Oct; Vol. 49 (9). – P. 1333–1344.

7. Psychopathological symptoms in patients suffering from chronic cephalaea with or without fibromyalgia Sala I; Roig C; Amador-Campos JA; García-Sánchez C; Rodríguez A; Díaz C; Gich I *Revista De Neurologia [Rev Neurol]* 2009 Sep 16-30; Vol. 49 (6). – P. 281–287.

8. *Acute and Interictal Allodynia in Patients With Different Headache Forms: An Italian Pilot Study* Carlo Lovati, MD; Domenico D'Amico, MD; Pierluigi Bertora, MD; Silvia Rosa, MD; Massimo Suardelli, MD; Enrico Mailland, MD; Claudio Mariani, MD; Genaro Bussone, MD Headache 2008; 48:272-277.

9. Psychophysical and Neurochemical Abnormalities of Pain Processing.

10. In Fibromyalgia By Roland Staud, MD, and Michael Spaeth, MD *CNS Spectr* 13:3 [Suppl 5] March 2008.

Поступила в редакцию 21 февраля 2010 г.