



Риногенний головний біль: проблема та рішення



Ю.В. Дєєва

19-20 березня в онлайн-форматі відбувся освітній захід «Академія сімейного лікаря», в рамках якого доцент кафедри отоларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), лікар-отоларинголог вищої категорії, доктор медичних наук, професор Юлія Валеріївна Дєєва представила до уваги слухачів доповідь, де розглянула особливості ведення хворих із риногенним головним болем.

Головний біль та риносинусит (РС) – поширені причини звернення пацієнтів до лікарів, причому в ≈2 із 10 пацієнтів ці стани спостерігаються одночасно. Коли вони поєднуються, допомогти таким хворим досить складно. РС – розповсюджене захворювання в більшості країн світу, на яке щороку хворіють 6-15% населення, що зумовлює значне навантаження на суспільство щодо потреби в медичній допомозі та зниження продуктивності праці. У США щороку фіксують ≈20 млн випадків рецидивувального гострого РС.

Риногенний головний біль є важливою причиною вторинного головного болю (частіше при РС). Як діагностичну групу включають головний біль, спричинений гострим РС, хронічним або рецидивувальним РС або іншою синоназальною патологією, яка зумовлює головний біль (наприклад, точки контакту слизової оболонки). Діагноз «синоназальний головний біль» часто використовують лікарі загальної практики, оториноларингологи та неврологи, коли головний біль має риногенне походження.

Найпоширеніші стани, які супроводжуються головним болем, що може мати клінічну картину, схожу на таку за риногенного головного болю:

- мігрень, що має клінічну картину сильного пульсувального болю в одній ділянці голови;
- артеріальна гіпертензія, яка супроводжується тяжким пульсувальним болем (зазвичай у ділянці потилиці);
- стрес, під час якого спостерігають тривалий біль, котрий «стискає» голову;
- грип, гостра респіраторна вірусна інфекція – можуть супроводжуватися локальним болем у ділянці надбрівних дуг, скронь і чола;
- остеохондроз, за якого можливий різкий біль при русі в потиличній ділянці та біля скронь.

Риногенний головний біль – досить «молодий» щодо вивчення стан. Так, у 1988 р. H. Stammberger і G. Wolf припустили, що головний біль може мати риногенне походження, спричинений ірадіацією болю через інтенсивний і постійний контакт між слизовою оболонкою носа або пов'язаний з гіпоксією приносних пазух через погану вентиляцію або її відсутність унаслідок обструкції (набряк при гострому РС, тиск, спричинений проліферацією носових поліпів чи наповнення ексудативним умістом пазухи). Крім того, з огляду на потенційний механізм виникнення головного болю в контактній точці слизової оболонки припускається, що імпульси аксональних рефлекторних дуг генеруються за стимуляції між двома поверхнями слизової оболонки всередині носа або приносних пазух. Цей рефлекс зумовлює вивільнення субстанції P, вазодилатативного нейропептиду, який міститься в немієлінізованих нервових волокнах групи C [1].

Діагностичні критерії риногенного головного болю згідно з Міжнародною класифікацією головного болю (ICHD-3, 2018):

А. Будь-який головний біль, що відповідає критерію С.

В. Клінічні, назальні ендоскопічні та/або візуалізаційні докази поточної чи минулої інфекції або іншого запального процесу в порожнині носа чи приносних пазух.

С. Докази причинно-наслідкового зв'язку, підтвержені щонайменше 2 з такого:

- 1 Головний біль розвинувся в часовій залежності від початку РС.
- 2 Головний біль посилюється і слабшає паралельно зі ступенем закладеності носа або іншими симптомами хронічного РС.
- 3 Головний біль посилюється при натисканні на зони проєкції приносних синусів.
- 4 За однобічного РС головний біль локалізується іпсилатерально від ураженого синуса.

D. Не пояснюється іншим діагнозом ICHD-3 [2].

Клінічне визначення РС

РС (гострий, хронічний, включаючи поліпозний) – запалення порожнини носа, приносних пазух із появою ≥2 симптомів, один з яких закладеність, виділення з носа, постназальне затікання ± зниження або втрата відчуття нюху чи смаку/кашель, біль / тиск в обличчі.

Ендоскопічні ознаки:

- поліпи;
- слизово-гнійні виділення із середнього носового ходу;
- набряк (насамперед середнього носового ходу).

КТ-ознаки:

- зміни слизової оболонки остеомаєтального комплексу та/або приносних пазух.

Етіологія

В етіології РС переважно наявні вірусні респіраторні інфекції (риновірус). Бактеріальні інфекції виникають вторинно на тлі вірусної інфекції; найчастішими збудниками є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. Бактеріальні РС становлять лише 2%. Обструкція приносних пазух виникає за усіх станів; якщо вона нетривала та дренаж співусть відновлюється протягом 3-5 днів, бактеріальна флора не встигає розвинути в такій кількості, яка зумовлюватиме бактеріальний характер запалення при РС, тому, якщо пацієнт хворіє протягом 3-5 днів, призначати йому антибіотик не слід. Донедавна *Haemophilus influenzae* типу В був найчастішим бактеріальним збудником, що спричиняв РС. Проте з появою відповідної вакцини загалом зменшилася захворюваність на інфекції, спричинені *Haemophilus influenzae* типу В; наразі інші типи *Haemophilus influenzae* спостерігають частіше. Серед причин захворювання можуть бути й інші патогени, включаючи анаероби (при хронічному синуситі) та гриби [3].

Патогенез

Обструкція приносних пазух зумовлює застійні явища, що, своєю чергою, спричиняє запалення (гостре або хронічне) приносних пазух і біль над ураженою ділянкою. Найчастіше уражається верхньощелепна пазуха, яка дренується проти сили тяжіння в співусть, розташоване супрамедіально.

- Верхній носовий хід – дренуються основна пазуха та задні комірочки решітчастого лабіринту (саме тому за синуситу є нежить);

- Середній носовий хід – дренується лобна пазуха, верхньощелепна та передні комірочки решітчастого лабіринту.
- Нижній носовий хід – місце виходу носослізного каналу (тому при сльозотечі часто є нежить).

Класифікація

Класифікація РС згідно з Європейським погоджувальним документом щодо лікування РС і поліпів носа (EPOS) 2020 р. представлена в таблиці 1 [4].

Таблиця 1. Класифікація РС згідно з EPOS 2020		
Гострий вірусний РС	Гострий поствірусний РС	Гострий бактеріальний РС
Тривалість симптомів <10 днів	Посилення симптомів із 5-го дня, тривалість захворювання >10 днів, але <12 тиж	Наявність ≥3 із таких симптомів: <ul style="list-style-type: none"> • виділення з носа; • біль у проєкції приносних пазух; • температура тіла >38 °C; • підвищення рівня С-реактивного білка, швидкості осідання еритроцитів; • друга хвиля захворювання

Ознаки бактеріального РС – виділення з носа, які можуть бути різного забарвлення (наявність нейтрофілів), густі, а також містити гній або кров. Спостерігають біль або підвищену чутливість при перкусії над ураженим синусом, при цьому біль посилюється за зміни положення голови. За потреби диференціювати зубний біль від болю при верхньощелепному синуситі слід пам'ятати, що біль у разі верхньощелепного синуситу посилюється під час нахилу голови вперед і виконання проби Вальсальви.

Ускладнення РС, зумовлені поширенням інфекції:

- синусит → слухова труба → середнє вухо → гострий середній отит;
- синусит → тромбоз етмоїдальних вен → орбіта → флегмона орбіти → втрата зору;
- синусит → кістки черепа → остеомиєліт (пухлина Потта);
- бактеріальне запалення передніх чи задніх комірочків решітчастої пазухи → кавернозний синус → синдром кавернозного синусу;
- фронтит або сфеноїдит → мозок чи мозкові оболонки → менінгіт, субдуральна емпієма, абсцес головного мозку.

Діагностичні критерії головного болю, зумовленого контактом слизової оболонки, згідно з ICHD-2 (2004):

А. Періодичний біль, що локалізується в періорбітальних та медіальних ділянках носа чи скроневої ділянки, а також відповідає критеріям С і D.

В. Клінічні, назальні ендоскопічні та/або комп'ютерно-томографічні підтвердження контактних точок слизової оболонки без гострого РС.

С. Докази того, що біль можна віднести до контакту зі слизовою оболонкою на основі щонайменше 1 з такого:

- 1 біль відповідає гравітаційним коливанням набряку слизової оболонки, коли пацієнт переміщується між вертикальними положеннями і положеннями лежачи;

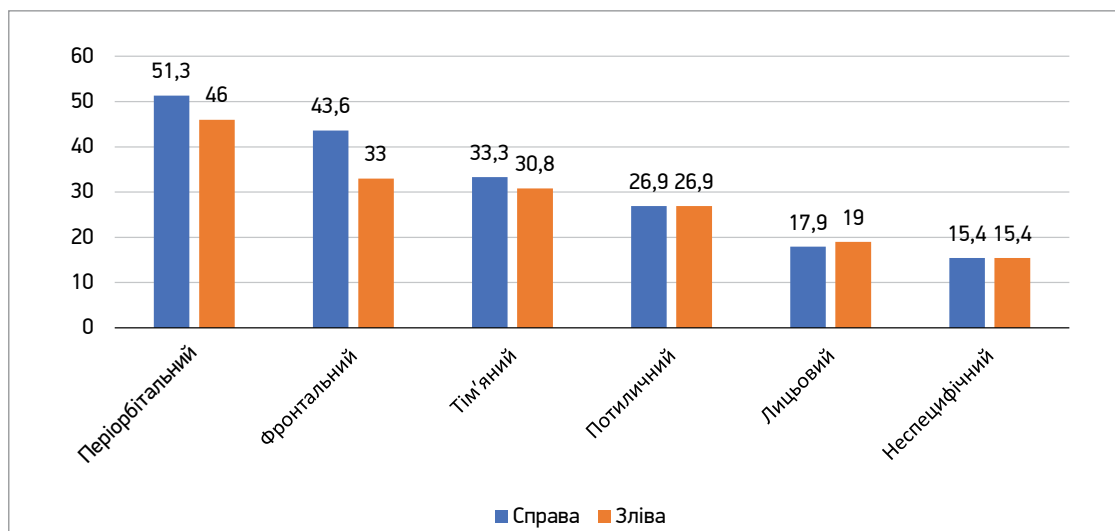


Рис. 1. Локалізація болю в пацієнтів із хронічним РС

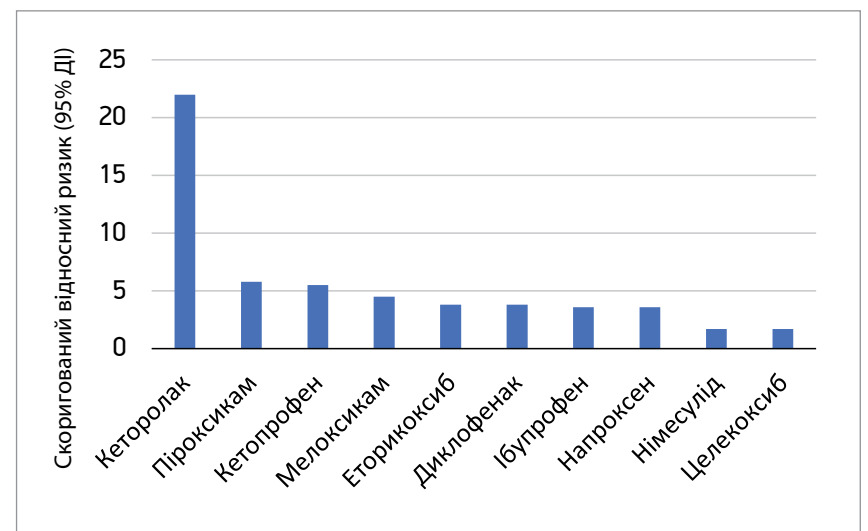


Рис. 2. Ризик розвитку ускладнень з боку верхніх відділів ШКТ за прийому НПЗП



2 зникнення болю протягом 5 хв після діагностичного місцевого застосування анестетика на середню нову раковину, використовуючи плацебо.

D. Біль зникає протягом 7 днів і не повторюється після хірургічного усунення контактних точок слизової оболонки [5].

Хронічний РС

Хронічний РС – запалення слизової оболонки носа та приносних пазух тривалістю >12 тиж. Захворювання чинить значний вплив на якість життя порівняно із хронічними серцевими та легневими захворюваннями, при цьому симптомами, на які пацієнти звертають увагу більше, ніж на закладеність носа, є біль / тиск у проєкціях приносних пазух, головний біль.

У дослідженні N.-K. Yeo та співавт. (2017) було обстежено 295 пацієнтів із хронічним РС, наявність якого підтверджено даними КТ, ендоскопії. Виявлено, що лише 38,4% хворих спостерігали персистувальні больові відчуття в обличчі та голові. В цих осіб частіше спостерігали больові відчуття в періорбітальній ділянці та лобі. Також виявлено асоціацію больових відчуттів зі статтю – частіше риногенний головний біль спостерігали в жінок. Зазначено, що кореляція між ураженням синусом і проєкцією больової ділянки в дослідженні була відсутня (рис. 1) [6].

➔ З огляду на невисоку частоту риногенного болю при хронічному РС у таких пацієнтів завжди необхідно виключати інші екстраназальні причини:

- пароксизмальна гемікранія;
- мігрень;
- кластерний головний біль;
- головний біль напруги;
- невралгія трійчастого нерва;
- передозування лікарськими засобами;
- гіпертонічна хвороба;
- дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба;
- інші вторинні причини [7].

Лікування гострого вірусного РС

Лікування гострого вірусного РС із позицій доказової медицини представлено в таблиці 2.

Група	Доказовість
Антибіотики	1A (застосування недоцільне)
Топічні кортикостероїди	1A (застосування недоцільне)
Антигістамінні препарати	1A (застосування недоцільне)
Деконгестанти	1A (мають позитивний ефект)
Парацетамол	1A (зменшує назальну обструкцію та ринорею, проте не впливає на інші симптоми)
Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)	1A (не впливають на тривалість захворювання, але зменшують симптоми)
Комбінація антигістамінного препарату / деконгестанту / НПЗП	1A (зменшують загалом тривалість та ризик захворювання)
Іпратропію бромід	1A (застосування обмежене; лише в разі ринореї, що не коригується іншими засобами)
Іригаційна терапія сольовими розчинами	1B (зменшує вираженість симптомів, переважно в дитей)
Пар / тепле зволоження повітря	1A (недоцільно)
Пробіотики	1A (мають перевагу над плацебо, проте низький рівень проаналізованих досліджень)
Ехінацея	1A (недоцільно)
Цинк	1A (зменшує тривалість захворювання)
Фітотерапія (крім ехінацеї)	1B (деякі препарати чинять значний вплив на зменшення тривалості захворювання та його симптомів за відсутності серйозних побічних ефектів)

Призначення НПЗП допомагає розірвати патогенетичний ланцюг і зменшити вираженість симптомів захворювання, а основні механізми багатофакторної дії німесуліді надають можливість це зробити.

➔ Так, препарат:

- інгібує синтез і вивільнення субстанції P;
- нейтралізує токсичні вільні радикали;
- інгібує синтез металопроїєїназу;
- інгібує агрегацію та міграцію нейтрофілів;
- інгібує вироблення гістаміну;
- пригнічує вироблення медіаторів запалення (інтерлейкінів-6, фактор некрозу пухлини-α);
- чинить потужний протизапальний та знеболювальний вплив;
- не спричиняє утворення виразок шлунково-кишкового тракту (ШКТ), адже не містить фрагментів карбонової кислоти;
- має максимальну концентрацію в крові через 20 хв.

Ризик розвитку ускладнень з боку верхніх відділів ШКТ за прийому НПЗП показано на рисунку 2. Так, німесулід має

низький ризик розвитку кровотечі з верхніх відділів ШКТ, є утричі безпечнішим за мелоксикам, удвічі – за еторикоксиб. Імовірність побічних ефектів за прийому препарату фактично сягає нуля, становлячи 0,0001%. Отже, це дозволяє призначати препарат пацієнтам із захворюваннями ЛОР-органів і надає можливість використовувати хороші якості німесуліду для добробуту пацієнтів.

Показаннями для призначення НПЗП у ЛОР-хворих є гострі запальні захворювання, які супроводжуються болем; РС; гострий тонзиліт (у поєднанні з антибіотиками); післяопераційний набряк; риногенний головний біль.

Німесил® – німесулід № 1 в Україні

Молекула німесуліді (Німесил®) має лужні властивості, що ускладнює її проникнення до слизової оболонки верхніх відділів ШКТ, знижуючи до мінімуму ризик контактного ушкодження. Пік концентрації німесуліді (Німесил®), отже, й максимальна анальгезивна дія досягаються через 1-3 год.

Спосіб застосування та дози: дорослим – по 100 мг німесуліді (1 саше) 2 р/добу. Тривалість лікування становить ≤15 днів.

Висновки

- 1 РС не є типовою причиною головного болю.
- 2 Більшість пацієнтів із головним болем у ділянках проєкції основної та решітчастих пазух, за даними досліджень, мають мігрень, при цьому РС і первинний головний біль (мігрень) можуть виникати одночасно.
- 3 Головний біль за РС частіше має двобічний і напружений характер, однак інколи характер больових відчуттів може варіюватися, що залежить від індивідуальних порогів чутливості пацієнта.
- 4 Для достовірного визначення риногенного походження болю доцільно керуватися критеріями ICHD-3.
- 5 Більшість випадків гострого РС мають вірусне походження і не потребують застосування антибіотиків.
- 6 У разі виникнення риногенного головного болю доцільно призначати НПЗП (Німесил®), які можуть швидко усунути цей симптом і покращити якість життя пацієнта. Проте у випадках, коли симптом не зникає, хворого необхідно дообстежити щодо наявності екстраназальних причин головного болю.

Список літератури знаходиться в редакції.

Підготувала Віталіна Хмельницька

Німесил®
німесулід

БАГАТОФАКТОРНИЙ МЕХАНІЗМ ДІЇ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ РІЗНИХ ТИПІВ БОЛЮ^{2*}

НІМЕСУЛІД №1 В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЄЮ ЛІКАРІВ³

Апельсиновий СМАК

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакологічна група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17. **Склад:** 1 одозовий пакет по 2 г гранулі німесуліді 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліді повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліді (1 одозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів. З метою зменшення частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекомендується застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до німесуліді, до будь-якого іншого НПЗС або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Важке порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, набілість артеріального тиску, диспепсія, піротермія та ін. Виробник: Лібораторіос Менаріні С.А./Laboratorios Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс УБ 587, Бадальона, Барселона, 08918 Іспанія. **Перед застосуванням.** Будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування лікарського засобу Німесил®. За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Німесил®, затвердженої наказом МОЗ України № 539 від 23.03.2023, РП. №ЦА/9855/01/01. **За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:** Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна Глобл» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88. Код UA-НМ-03-2023-V1-реп. Дата затвердження 29.05.2023.