

# Головний і лицевий біль при риносинуситі: диференційна діагностика та лікування

Запальні захворювання приносних пазух часто супроводжуються больовими відчуттями – головним і лицевим болем [1]. Неконтрольований гострий біль значно знижує якість життя пацієнтів із цими захворюваннями: спричиняє психоемоційні розлади, знижує працездатність і соціальну активність, сприяє хронізації больового синдрому і збільшує вартість лікування [2]. Призначаючи знеболювальний засіб пацієнту з риносинуситом (РС), варто враховувати не лише анагетичну ефективність препарату, а й швидкість початку дії, частоту побічних ефектів, вплив на основні ланки патогенезу захворювання тощо.

## Класифікація

В останню Міжнародну класифікацію головного болю включено категорію вторинного головного болю (ГБ), який, своєю чергою, містить пункт «ГБ при гострому риносинуситі» із застереженням, що інші симптоми РС також присутні [3]. У класифікації розглядається й хронічний РС як причина ГБ. У додатку до класифікації описані варіанти виникнення ГБ за патології слизової оболонки порожнини носа, раковин і перегородки носа.

Відповідно до вищезгаданої класифікації, риносинусогенний характер ГБ при гострому РС встановлюють на підставі клінічних, ендоскопічних та/або рентгенологічних ознак РС за наявності щонайменше двох критеріїв із таких:

- збіг виникнення ГБ з початком РС;
- значне посилення ГБ паралельно з наростанням тяжкості перебігу РС;
- значне ослаблення ГБ паралельно з одужанням від РС;
- посилення болю при тиску в області проєкції приносних пазух;
- локалізація ГБ на тій самій стороні при односторонньому РС.

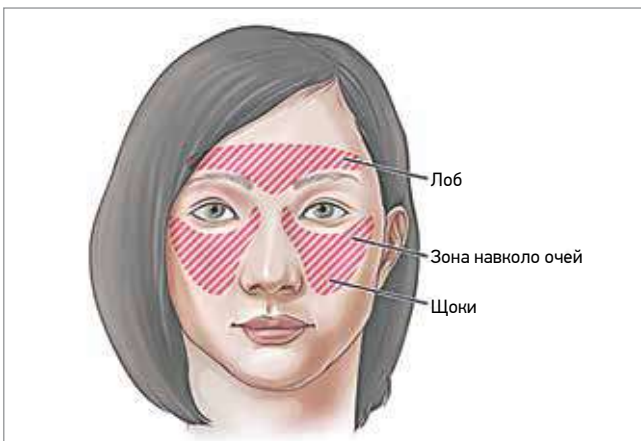


Рис. Типові локалізації головного та лицевого болю при РС

Ще одним проявом больового синдрому в разі РС є лицеві болі (прозопалгії). До цієї групи можна віднести невралгію трійчастого нерва, гангліоневрит крилопіднебінного вузла (синдром Sluder), невралгію назоциліарного нерва (синдром Charlin) [1].

## Природа больових відчуттів при РС

Больовий синдром у разі РС має складну природу і є наслідком подразнення закінчень трійчастого нерва в слизовій оболонці пазух продуктами метаболізму мікроорганізмів і медіаторами запалення, підвищення тиску ексудату в просвіті пазухи при утрудненні відтоку [1]. Лицевий біль може бути зумовлений порушенням вентиляційної функції співусть приносних пазух. Це так званий вакуумний, або «ранковий», біль, що виникає внаслідок зниження тиску через резорбцію повітря. У низці випадків біль у ділянці верхньощелепної пазухи може мати ідіопатичний характер [4].

## Особливості болю залежно від локалізації запалення

Локалізація, характер, місцева та віддалена іррадіація болю залежать від топіки ураження приносних пазух [1, 5]. Зазвичай біль локалізується навколо очей, в області лобної ділянки або щокви (рис.).

Для **гострого верхньощелепного синуситу** характерний біль у ділянці щокви, ясен і зубів верхньої щелепи.

При **гострому неускладненому фронтиті** спостерігається розпираючий біль у лобній ділянці, що посилюється при русі очних яблук, нахилах голови вперед із відчуттям «припливу» до пазухи [6]. Найбільшої інтенсивності біль досягає вранці, що пов'язано з погіршенням дренажу пазухи в горизонтальному положенні. Можлива іррадіація болю в скронево-тім'яну або скронево-ділянку на стороні ураження. Для **хронічного фронтиту** характерний тупий «давлячий» біль в області лоба, що посилюється у вечірній час, після фізичної напруги або тривалого нахилу голови. Біль у ділянці лоба також може спостерігатися при захворюваннях верхньощелепної пазухи: синуситах, кістах.

При **гострому етмоїдиті** «давлячий» біль локалізується в ділянці кореня носа, перенісся й внутрішнього кута ока. Біль іррадіює в зоні іннервації другої гілки трійчастого нерва, часто супроводжується сльозотечею, набряком повік, іноді – гіперемією кон'юнктиви; частіше такі симптоми спостерігаються у дитячому віці. Можлива поява болючості очного яблука.

Больовий синдром при сфеноїдитах спостерігається в 96% випадків і має різну локалізацію. Типова ознака ГБ при **сфеноїдиті** – це «проєкція постійного місця» внаслідок його іррадіації в те чи те місце голови. Така іррадіація болю пояснюється індивідуальними особливостями іннервації різних топографоанатомічних зон гілками трійчастого нерва та ступенем пневматизації клиноподібної кістки. За малої пневматизації біль зазвичай локалізується втім'ї, за великих пазух – у потилиці. Дуже характерною для сфеноїдиту є проєкція болю в ретроорбітальну ділянку, при цьому у хворого виникає відчуття «вдавлювання» ока.

## Диференційна діагностика

Загалом для РС характерні тупий, постійний розпираючий біль, частіше в проєкції ураженої пазухи, відчуття тяжкості, напруги. Іноді біль набуває пульсуючого характеру. Інтенсивність болю змінюється протягом доби, що пов'язано зі зміною умов відтоку з пазух залежно від положення голови. Диференційно-діагностичним тестом може бути ослаблення больового синдрому після анемізації слизової оболонки порожнини носа в результаті поліпшення відтоку ексудату з пазухи [1].

ГБ при РС слід відрізняти від ГБ іншої етіології, що часто має схожу симптоматику, – мігрень, ГБ напруги, кластерного ГБ [7-9].

Мігрень – це рецидивуючий ГБ з епізодами від 4 до 72 год. Біль зазвичай є однічним, пульсуючим, помірним або сильним за інтенсивністю, посилюється під час фізичної активності та пов'язаний із чутливістю до світла чи звуку.

До типових ознак ГБ напруги належать двобічний біль, рідкісні епізоди ГБ і тривалість ГБ від декількох хвилин до днів. Інтенсивність болю часто є легкою/помірною. Біль має стискальний характер, суттєво не посилюється при фізичному навантаженні.

Кластерний ГБ характеризується повторюваним, сильним болем з одного боку голови, зазвичай навколо ока, часто супроводжується сльозотечею, закладеністю носа або набряком навколо очей на боці ураження. Ці симптоми, як правило, тривають від 15 хв до 3 год. Напади відбуваються в кластерах, які тривають зазвичай тижнями або місяцями, а іноді довше року.

## Лікування болю при синуситах

Полегшення болю при РС – це найперше завдання лікаря. Відповідно до європейських настанов EPOS (2020), у дорослих пацієнтів із вірусним та поствірусним гострим



Ю.В. Дєєва

РС, тобто в переважній більшості випадків РС, для зменшення інтенсивності ГБ і дискомфорту рекомендовані анагетика й нестероїдні протизапальні препарати – НПЗП (клас рекомендації А, рівень доказів Ib) [10].

В оториноларингологічній практиці золотим стандартом НПЗП вважають німесулід, який вибірково пригнічує циклооксигеназу-2 і має оптимальний профіль ефективності та безпеки [11, 21].

Фармакокінетичні особливості німесуліду, швидка абсорбція та накопичення в тканинах відповідають головній місії цього лікарського засобу – швидкому полегшенню болю. Початок знеболювального ефекту після прийому німесуліду в дозі 100 мг спостерігається вже через 15 хв.

**Адекватна знеболювальна та протизапальна дія німесуліду при РС дає можливість запобігти необгрунтованому і безконтрольному призначенню антибактеріальних препаратів, адже відомо, що переважна більшість випадків гострого РС зумовлена вірусами [10].**

Поряд із потужною анагетичною дією клінічно значимими перевагами німесуліду при РС є його здатність пригнічувати вивільнення з мастоцитів медіаторів запалення – гістаміну і лейкотрієну С4 [12], що, своєю чергою, зменшує ексудацію та набряк. Отже, забезпечується не лише симптоматична, а й патогенетична дія.

У клінічній практиці часто буває складно відрізнити ГБ, пов'язаний із запаленням приносних пазух, від ГБ іншої етіології. У таких ситуаціях німесулід має перевагу, оскільки є ефективним при різних типах ГБ, зокрема при мігрені [13]. Виражена знеболювальна дія німесуліду в пацієнтів із мігренню, імовірно, пояснюється його пригнічувальним впливом на iNOS – індукцибельну синтазу оксиду азоту [14] (патогенетична роль NO в розвитку мігренозних нападів є добре описаною [15]). Велике дослідження, нещодавно проведене в Італії, засвідчило, що для лікування епізодичного ГБ різних типів – мігрені, ГБ напруги та ГБ змішаного типу – з-поміж досліджених НПЗП пацієнти найчастіше віддають перевагу саме німесуліду [16].

Хоча при прозопалгіях через їхню нейропатичну природу НПЗП зазвичай не призначають, застосування німесуліду може бути корисним завдяки його здатності інгібувати протеїназу С епсилон – фермент, залучений у розвиток таких нейропатичних феноменів, як алодинія (біль внаслідок впливу подразників, що зазвичай його не викликають) і гіпералгезія (аномально висока чутливість до больових стимулів) [17-19].

З огляду на патогенез і тривалість гострої стадії запалення при РС німесулід (як й інші НПЗП) варто застосовувати регулярно впродовж 5-10 днів. Коротший курс терапії або епізодичний прийом НПЗП (у режимі «за необхідності») не забезпечує адекватних протизапального і знеболювального ефектів, необхідних для успішного лікування [20].

## Висновки

- Головний і лицевий біль є частими супутниками РС.
- Больові відчуття при РС мають складну природу й зумовлені порушенням відтоку з приносних пазух і подразненням нервових закінчень. Локалізація та характер болю залежать від того, яка пазуха має більш виражене ураження.
- Для полегшення болю, пов'язаного з РС, рекомендовані НПЗП.
- Золотим стандартом НПЗП в оториноларингології, зокрема при РС, є німесулід. Перевагами препарату є патогенетична дія, швидке полегшення больових відчуттів та ефективність при болю різних типів.
- Призначення німесуліду пацієнтам із РС дозволяє запобігти необгрунтованому застосуванню антибіотиків.



німесулід  
**Німесил**®

**НІМЕСУЛІД №1  
В УКРАЇНІ**  
**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ  
ГОСТРОГО БОЛЮ<sup>2\*</sup>**



**Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група:** неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ М01А Х17. **Склад:** 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліду 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 німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди.

Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом - 15 днів. З метою зниження частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекомендується застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відома підвищена чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НПЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Тяжке порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, лабільність артеріального тиску, диспнея, гіпотермія та ін. **Виробник.** Лабораторіос Менаріні С.А./Laboratories Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс XII, 587, Бадапона, Барселона, 08918 Іспанія.

1. За результатами роздрібного продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі М01А Х17 «Німесулід» за січень 2021 - серпень 2022, за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Інструкція для медичного застосування препарату Німесил® №1625 від 17.07.2019. \* Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

Код UA-NIM-01-2022-V1-press. Дату затвердження 14.10.2022.

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®, затверджена наказом МОЗ України № 1625 від 17.07.2019, Р.П. №UA/9855/01/01.**

**За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:** Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098,

м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**