



И.В. Стагниева, Н.В. Бойко

ГОЛОВНАЯ И ЛИЦЕВАЯ БОЛЬ ПРИ РИНОСИНУСИТЕ

*Ростовский государственный медицинский университет
кафедра болезней уха, горла, носа,*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: irinastagnieva@yandex.ru

Риногенная головная боль – неоднозначный термин, употребляемый в медицинской литературе. Последние исследования показали, что головная боль у больных с риносинуситом чаще является проявлением мигрени, чем воспалительных процессов в пазухах. В Международной классификации головной боли включена категория «вторичная головная боль», в которую, в свою очередь, входит головная боль при остром риносинусите с оговоркой, что другие признаки и симптомы острого синусита также присутствуют. Хронический синусит также рассматривается как причина головной боли. Контактная головная боль остается дискуссионной. Наиболее постоянным признаком риносинусита является лицевая боль.

Ключевые слова: головная боль, лицевая боль, риносинусит, контактная головная боль.

I.V. Stagnieva, N.V. Boyko

HEADACHE AND FACIAL PAIN IN RHINOSINUSITIS

*Rostov State Medical University,
ENT department*

29 Nakhichevansky st, Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: irinastagnieva@yandex.ru

Rhinogenic headache is a term that has been used in a variety of ways in the medical literature. The recent studies showed that sinus headache complaints are likely to represent migraine and seldom represent a sinus infection. The International Classification of Headache Disorders (2013) by the International Headache Society includes a category of secondary headaches, which, in turn, includes headache attributed to acute rhinosinusitis, with the stipulation that other signs and symptoms of acute sinusitis are present. Chronic rhinosinusitis is also supported as a cause of headache. Mucosal contact point as a source of headache remains contentious. The most constant symptom of rhinosinusitis is facial pain.

Keywords: headache, facial pain, rhinosinusitis, contact point headache.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух нередко сопровождаются болевыми ощущениями – головной и лицевой болью.

Вопреки распространенным представлениям, головная боль (ГБ) при синуситах встречается нечасто. У большинства больных с симметричной двусторонней болью в лобной, височной, а иногда и с вовлечением затылочной области, при прицельном обследовании выявляется тензионная ГБ (ГБ напряжения) [1, 2], а при односторонней боли тех же локализаций - мигрень [3, 4].

В последнюю Международную классификацию ГБ [5] включена категория вторичной ГБ, которая, в свою очередь, содержит пункт «головная боль при остром синусите» с оговоркой, что другие симптомы острого синусита также присутствуют. В классификации рассматривается и хронический синусит как возможная причина ГБ. В приложении к классификации описаны варианты возникновения ГБ при патологии слизистой оболочки полости носа, раковин и перегородки носа, хотя отмечено, что обоснованность таких связей остается сомнительной. Этот пункт введен взамен так

называемых «контактных головных болей», которые были описаны в приложении ко второй редакции классификации 2004 года.

Согласно вышеупомянутой классификации, риносинусогенный характер ГБ при остром риносинусите устанавливается на основании клинических, эндоскопических и/или рентгенологических признаков риносинусита при наличии как минимум двух критериев из числа нижеприведенных:

1. совпадение возникновения ГБ с началом риносинусита;
2. значительное усиление ГБ параллельно с нарастанием тяжести течения риносинусита;
3. значительное ослабление ГБ параллельно с улучшением или разрешением риносинусита;
4. усиление боли при давлении в области проекции околоносовых пазух;
5. ипсилатеральная локализация ГБ при односторонних синуситах.

Вопрос о существовании так называемой контактной риногенной ГБ остается открытым ввиду отсут-



ствия контролируемых исследований этой патологии. Тем не менее, в литературе распространено мнение, что гребни перегородки носа, контактирующие с латеральной стенкой носа и, особенно, *concha bullosa* средней носовой раковины могут стать причиной эпизодической или постоянной головной боли [6]. В этих случаях диагноз может быть подтвержден внутриносовой блокадой или аппликационной анестезией раствором лидокаина. В таких случаях хирургическое устранение контакта приводит к исчезновению головной боли [7].

Еще одним проявлением болевого синдрома при синуситах являются лицевые боли (прозопалгии).

Прозопалгии могут быть вызваны самыми разнообразными патологическими процессами. Боли в области лица наблюдаются при невритах и невралгиях чувствительных нервов, при ганглионевритах, при заболеваниях зубов, глаза, ЛОР органов, в ряде случаев возникают боли сосудистого происхождения, артрогенные, вертеброгенные, психогенные и отраженные.

Первым шагом в дифференциальной диагностике прозопалгий является решение вопроса о характере боли. С позиции патофизиологии принято различать ноцицептивную, нейропатическую и смешанную боль [8].

Ноцицептивная боль возникает при раздражении болевых рецепторов (ноцицепторов), расположенных в коже, слизистых оболочках, мышцах, суставах и пр. Раздражителями ноцицепторов могут быть как экзогенные механические, термические факторы, так и эндогенные процессы (воспаление, мышечный спазм). Характерным для этого типа боли является ее быстрый регресс после прекращения действия повреждающего фактора и после применения болеутоляющих средств.

Нейропатическая боль возникает при поражении различных отделов нервной системы, ответственных за контроль и проведение боли, причем возможно повреждение афферентной соматосенсорной системы на любом уровне, от периферических чувствительных нервов до коры больших полушарий.

Заболевания носа и околоносовых пазух, особенно воспалительного характера, сопровождаются многообразными болевыми ощущениями как в проекции пазух, так и в зонах иррадиации.

Болевой синдром при синуситах имеет сложную природу и является следствием раздражения окончаний тройничного нерва в слизистой оболочке пазух продуктами метаболизма микроорганизмов и медиаторами воспаления, повышения давления экссудата в просвете пазухи при затруднении оттока, болезненной пульсации в результате избыточного пульсового растяжения артерий. Лицевая боль может быть вызвана нарушением вентиляционной функции соустьев околоносовых пазух - это так называемая вакуумная или «утренняя» боль, возникающая вследствие понижения давления из-за резорбции воздуха. В ряде случаев боль в области верхнечелюстной пазухи может носить идиопатический характер [9].

Для синусита характерна тупая, постоянная распирающая боль, чаще в проекции пораженной пазухи, ощущение тяжести, напряжения. Иногда боль принимает пульсирующий характер. Интенсивность боли меняется в течение суток, что связано с изменением условий оттока из пазух в зависимости от положения головы. Дифференциально-диагностическим тестом может служить ослабление болевого синдрома после анемизации слизистой оболочки полости носа в результате улучшения оттока экссудата из пазухи.

Локализация, характер, местная и отдаленная иррадиация боли зависят от топике поражения околоносовых пазух [1].

Для острого максиллярного синусита характерна боль в области щеки, десен и зубов верхней челюсти.

При остром неосложненном фронтите наблюдается распирающая боль в лобной области, усиливающаяся при движении глазных яблок, при наклонах головы вперед с ощущением «прилива» к пазухе [10]. Наибольшей интенсивности боль достигает по утрам, что связано с ухудшением дренажа пазухи в горизонтальном положении. Возможна иррадиация боли в височно-теменную или височную область на стороне поражения. Для хронического фронтита характерна тупая давящая боль в области лба, усиливающаяся в вечернее время, после физического напряжения или длительного наклона головы. Боль в области лба может наблюдаться не только при фронтите, но и при заболеваниях верхнечелюстной пазухи: синуситах, кистах.

При остром этмоидите давящая боль локализуется в области корня носа, переносится и внутреннего угла глаза. Боль иррадирует в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва, часто сопровождается слезотечением, отеком век, иногда - гиперемией конъюнктивы. Возможно появление болезненности глазного яблока.

Болевой синдром при сфеноидитах наблюдается в 96% случаев и имеет различную локализацию. Типичный признак головной боли при сфеноидите - это «проекция постоянного места» в результате ее иррадиации в то или иное место головы. Такая иррадиация болей объясняется индивидуальными особенностями иннервации различных топографоанатомических зон ветвями тройничного нерва и степенью пневматизации клиновидной кости. При малой пневматизации клиновидной пазухи боль обычно локализуется в области темени, при больших пазухах - в затылке. Очень характерна для сфеноидита проекция боли в заглазничную и лобную область. При этом у больного возникает ощущение «вдавливания» глаза. Еще одна особенность боли при сфеноидите - ее появление или усиление на солнце и в жарком помещении, а также в ночное время. В первом случае усиление боли связано с повышением вязкости экссудата и насыщением его в области выводного отверстия, во втором - с ухудшением оттока из пазухи в горизонтальном положении.

Заболевания ЛОР органов могут стать причиной возникновения невrogenных прозопалгий. К этой группе можно отнести невралгию тройничного нерва, ганглионеврит крылонебного узла (синдром Sluder), невралгию носоресничного нерва (синдром Charlin), глоссофарингеальную форму глоссодинии (синдром Sicard).

Нередко больные с прозопалгиями оказываются предметом диагностических дискуссий ЛОР врачей и неврологов, причем зачастую складывается ситуация, когда оториноларинголог выставляет диагноз «невралгия тройничного нерва», а невролог настаивает на наличии у больного хронического синусита. Действительно, установить причину возникновения лицевых болей или их связь с заболеваниями ЛОР органов бывает сложно [11]. С одной стороны, лицевые боли могут быть единственным клиническим признаком параназального синусита, а другие проявления (затрудненное носовое дыхание, выделения из носа) могут отсутствовать. В этих случаях и рентгенологическое исследование больного не всегда



может помочь диагностике, поскольку возможна клинко-рентгенологическая диссоциация, при которой даже при наличии гнойного экссудата в пазухе она выглядит на рентгенограмме интактной [12].

С другой стороны, при невралгии тройничного нерва (НТН) возможно появление постоянных «фоновых» тупых болей между приступами, что может привести к ошибочному заключению о наличии у больного синусита. Вероятность диагностической ошибки такого плана увеличивается при выраженности вегетативных нарушений, характерных для НТН: слезотечения, ринореи, гиперемии кожи и конъюнктивы, отека слизистой оболочки соответствующей половины носа и околоносовых пазух, что вызывает снижение их рентгенологической прозрачности.

Отек слизистой оболочки полости носа и пазух и увеличение ее секреции при НТН могут быть объяснены с точки зрения теории «нейрогенного воспаления» [13, 14]. Асептическое нейрогенное периваскулярное воспаление как результат процесса локального высвобождения нейропептидов из периферических нервных окончаний является значимым для сенситизации нервных окончаний при ответе на нормальные физиологические стимулы, а также для продолжения боли после уже завершившегося раздражения. В экспериментах было показано, что стимуляция чувствительных нейронов тройничного нерва вызывает экстравазацию белков плазмы, агрегацию тромбоцитов, активацию эндотелия и приводит к воспалению мягких тканей, сохраняющемуся от нескольких минут до нескольких часов [15].

По современным представлениям невралгия тройничного нерва имеет первично периферический генез. Наиболее частой причиной (80-90% случаев) НТН считается компрессия корешка тройничного нерва в полости черепа аномальной сосудистой петлей, гораздо реже встречаются одонтогенная НТН, постгерпетическая невралгия, оториногенные невралгии.

НТН зачастую имеет туннельное, компрессионное происхождение с ранним развитием структурных изменений в нерве в виде дегенерации осевых цилиндров. Компрессия различных отделов тройничного нерва поддерживает длительную патологическую импульсацию, под влиянием которой в центральных структурах создается аллогенная система, обладающая высокой возбудимостью и отвечающая на любые афферентные посылки возбуждением пароксизмального типа. Факторами, вызывающими длительную подпороговую импульсацию с периферии, может быть сдавливание веточек тройничного нерва в толще отечной слизистой оболочки околоносовых пазух при хронических синуситах, при наличии объемных процессов в пазухах – кист и опухолей верхнечелюстных пазух, остеом лобной пазухи, мукоцеле клиновидной пазухи. Мы наблюдали двух больных с невралгией второй ветви тройничного нерва, возникшей после вскрытия верхнечелюстной пазухи по Калдвелл-Люку. Причиной возникновения невралгии в этих случаях был рубцовый процесс в области подглазничного канала, вызванный высокой отслойкой мягких тканей щеки во время операции.

Основными диагностическими критериями тригеминальной невралгии являются пароксизмальный характер боли, длительность атаки не более 3 минут, наличие «курковых» или триггерных зон, абсолютного рефрактерного

периода и эффекта от терапии финлепсином [16].

В клинике НТН в периоды обострения наблюдаются кратковременные пароксизмы болей: колющих, стреляющих, кинжальных, жгучих, по типу ударов электрическим током. Боли возникают в определенной точке с типичной иррадиацией, при этом область распространения болей совпадает с зоной иннервации весьма условно и обычно выходит за границы той или иной ветви. Боли провоцируются мышечными движениями (при жевании, глотании, разговоре, туалете лица), прикосновением к «курковым» зонам, сопровождаются вегетативно-эффекторными и трофическими нарушениями, всегда носят односторонний характер. В периоде ремиссии по мере стихания болей наблюдается исчезновение «курковых» зон.

В ряде случаев при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух появляются клинические проявления поражения нервных ганглиев, расположенных в области носа и околоносовых пазух.

Ганглионеврит крылонебного узла (ГКУ), впервые описанный канадским отоларингологом Sluder, является относительно редким заболеванием, достаточно четко очерченным как в клиническом, так и в анатомофизиологическом плане. Крылонебный узел расположен в одноименной ямке. Крылонебная ямка спереди граничит с верхнечелюстной пазухой, сзади отделяется тонкой костной пластинкой от клиновидной пазухи. Эти топографо-анатомические взаимоотношения определяют возможность воспалительных изменений в крылонебном узле при сфеноидите или максиллярном синусите. Через крылонебный узел проходят чувствительные и сосудодвигательные волокна, иннервирующие сосуды и железы слизистой оболочки полости носа, рта, глотки, пульпу верхних зубов, слезную железу и другие образования. Крылонебный узел связан с другими вегетативными ганглиями: с цилиарным, ушным, верхним шейным симпатическим, а также с тройничным и лицевым черепными нервами, - и, как недавно установлено, имеет орбитальную ветвь смешанной парасимпатической и чувствительной природы [17]. Обилие связей крылонебного узла обуславливает развитие болевых, вазомоторных и секреторных проявлений при его патологии, а также широкую иррадиацию болей.

Синдром Sluder'a клинически проявляется тремя группами симптомов: чувствительными, вегетативно-сосудистыми и эмоциональными нарушениями.

Основными проявлениями ГКУ являются сильные приступообразные боли в области лица с закладыванием одной половины носа и наличием в ней отделяемого, слезотечением. Больные описывают боли как ломящие, рвущие, жгучие, сравнивают их с ощущением «соприкосновения с расплавленным металлическим шаром», воткнутом в тело ножом.

В зависимости от иррадиации боли выделяют локальную, распространенную, двустороннюю и сочетанную формы заболевания. При локальной форме боли локализируются только в глазничной, носовой или подглазничной областях лица. При распространенной форме они иррадируют в одноименную половину лица, головы, шеи, нижние зубы, глаз, висок, ухо, твердое небо, глотку, затылок, лопатку, плечо, нередко переходя на предплечье, кисть, а иногда и туловище одноименной стороны. Во время приступа может появиться шум и звон в ухе в связи с нарушением иннервации и васкуляризации слуховой трубы. Продолжительность приступа варьирует от нескольких



минут (крайне редко) до нескольких часов, а иногда и суток. У большинства больных боль бывает очень интенсивной, особенно мучительные боли отмечаются в ночное время. У 70% больных с ГКУ в межприступном периоде сохраняются тупые боли в области корня носа и в глубине глаза.

Вегетативно-сосудистые нарушения при ГКУ весьма многообразны. Во время приступа появляются краснота и припухлость кожи лица на соответствующей стороне, покраснение глаза со слезотечением и светобоязнью, ощущение зуда в носу, сопровождающееся чиханием и обильным прозрачным слизистым отделяемым, преимущественно из одной половины носа.

Изменения в нервно-психической сфере выражаются в появлении фобической реакции и страха смерти «от разрыва сосудов и удушья» вследствие необычного протопатического оттенка болевых ощущений и интенсивности последних.

В межприступном периоде выявляются негрубые чувствительные и вегетативно-сосудистые нарушения. В первую очередь это постоянные локализованные боли тянущего, ноющего, давящего характера на фоне некоторого отека слизистой оболочки носа, мягких тканей щеки, инъекции сосудов конъюнктивы.

В клинике ганглионеврита крылонебного узла могут преобладать либо невралгические, либо секреторные (симпатические) нарушения.

Невралгическую форму ганглионеврита крылонебного узла приходится дифференцировать в основном с НТН. При ГКУ боли имеют большую продолжительность приступа, более широкую иррадиацию, провоцируются не только движением мышц, могут быть двусторонними. Помимо этого, ГКУ следует дифференцировать с пучковой головной болью, для которой типичны внезапное начало и конец приступов, их серийность, длительность обострения от 2 недель до 2 месяцев, рецидивы через 1-2 года. Боли при данной форме заболевания возникают в области виска и глазного яблока (появляется ощущение его выдавливания), носят пульсирующий, распирающий характер.

Симпатическую форму ГКУ при преобладании вазомоторных и секреторных нарушений или при моносимптомном течении заболевания необходимо дифференцировать с вазомоторным и аллергическим ринитом, а также с назальной ликвореей. От вазомоторного и аллергического ринита ГКУ отличается тем, что для него характерна гиперсекреция одной половины носа. Чтобы исключить назальную ликворею, необходимо провести анализ отделяемого из носа на содержание глюкозы. Обнаружение последней характерно для ликвора, в экссудате из носа сахар отсутствует.

Большое значение в диагностике ганглионеврита крылонебного узла имеет проба с анестезией задних отделов полости носа. Крылонебный узел располагается неглубоко (2-3 мм) под слизистой оболочкой латеральной стенки носа позади заднего конца средней носовой раковины. Если после смазывания этой области 3% раствором дикаина клинические проявления болезни исчезают или значительно ослабевают, то можно считать, что заболевание связано с поражением именно крылонебного узла.

Невралгия носо-ресничного узла описана Charlin в 1931 году. Автор выделил характерные признаки этой формы прозопалгии: односторонняя ринорея, окулоорбитальная невралгия чрезвычайной интенсивности со слезотечением, покраснением конъюнктивы и трофическими нарушениями на роговице, немедленное купирование боли при аппликационной анестезии места выхода этого нерва над верхней носовой раковиной.

Невралгия носо-ресничного узла может возникнуть при гипертрофии носовых раковин, сдавлении его длительно существующим отеком слизистой оболочки носа или искривленной перегородкой носа. Возможно развитие этой формы прозопалгии и при отсутствии каких-либо изменений в полости носа.

Болевой приступ при невралгии носо-ресничного узла проявляется следующим образом: возникают режущие боли в области крыла носа, молниеносно иррадиирующие в область внутреннего угла глаза, надбровье, периорбитальную и лобно-височную область. Приступы длятся от 15-20 минут до 1-2 часов и более, провоцируются усиленным носовым дыханием, дотрагиванием до крыла носа, сопровождаются слезотечением, гиперемией век и склеры, светобоязнью и ощущением «песка в глазах», нередко – набуханием слизистой оболочки носа и ринореей. Для носо-ресничной невралгии типично развитие приступа ночью или под утро. Приступы могут быть односторонними или двусторонними. Заболевание склонно к рецидивирующему течению с обострениями и ремиссиями. Периоды ремиссии обычно наступают летом, особенно если оно сухое и теплое.

Основными средствами лечения невралгии тройничного нерва являются карбамазепин (финлепсин, тегретол), трициклические антидепрессанты (амитриптилин, нортриптилин), анальгетики (опиоиды, трамадол, пластыри, содержащие лидокаин). При лечении постгерпетической невралгии хороший эффект дает применение прегабалина и габапентина. Нестероидные противовоспалительные средства для лечения НТН не эффективны.

Таким образом, каждая форма прозопалгии имеет четкие очерченные клинические характеристики. Для дифференциальной диагностики различных форм прозопалгий может быть использован следующий алгоритм:

1. Анализ характера боли (связь боли с появлением симптомов риносинусита, изменения ее интенсивности в зависимости от динамики воспалительного процесса в пазухах, исходная локализация, зона иррадиации и «рисунок» боли, характер боли, ее интенсивность, продолжительность и особенности приступа, провоцирующие факторы, наличие «курковых» зон, вегетативно-эффекторные нарушения, эффективность болеутоляющих, противосудорожных средств) для выявления признаков ноцицептивной или нейропатической боли.

2. Тщательный осмотр ЛОР органов с анемизацией слизистой оболочки слизистой носа и при необходимости - анестезией контактных точек и зон проекции крылонебного и носо-ресничного узлов (результаты этой пробы следует трактовать с учетом клинических данных).

3. Компьютерная томография околоносовых пазух.