
Galvos skausmas ir akys

U. Jurkunas*

J. Fišas**

**Department of cornea and external disease, Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Boston, Massachusetts*

***Vilniaus universitetinė Slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninė*

Santrauka. Šios glaustos apžvalgos tikslas yra panagrinėti pačius dažniausius neurooftalmologinius sindromus, su kuriais susiduria tiek ambulatorinį darbą dirbantis, tiek stacionaro neurologas ir okulistas. Tai migrena, įvairios genezės veido skausmai, persiduodantys į regos organą, kranialinių nervų neuropatijos, orbitos ir akių ligos, pasireiškiančios paraorbitaliniais, galvos ir veido skausmais. Kai kurie iš šių sindromų priskiriami neatidėliotoms būklėms, kai būtina nedelsiant nustatyti diagnozę ir laiku pradėti atitinkamą gydymą.

Raktažodžiai: veido skausmas, temporalinis arteritas, galvos skausmas, *herpes zoster ophthalmicus*, Hornerio sindromas, migrena.

Neurologijos seminarai 2005; 9(23): 18–24

Akiduobės struktūrų ir galvos skausmas yra dažnas nusi-skundimas neurologo ir oftalmologo praktikoje. Kliniškai cefalginis, prozopalginis sindromas bei oftalmalgija pasireiškia panašiai, tad tikslią diagnozę nustatyti nėra lengva. Šioje apžvalgoje mes skirstome skausminius sindromus į migreną, veido skausmus su ir be Hornerio sindromo ir cefalgiją, susijusią su kitų cerebrolbulbarinių nervų patologija. Intraokuliniai radiniai gali byloti tiek apie oftalmologinę, tiek apie neurologinę arba apie sisteminę patologiją. Mūsų tikslas yra panagrinėti dažniausias ir labiausiai grėsmingas galvos skausmų, susijusių su akimis, priežastis.

Dažniausiai galvos skausmą sukelia migrena, kuri plačiai (5–25%) paplitusi populiacijoje, moterys serga gerokai dažniau. Tarptautinės galvos skausmo draugijos klasifikacijos komitetas 2004 m. migreninius sindromus suskirstė į dvi pagrindines grupes: migrena su ir be auros [1].

Migrena be auros stebima daugiau nei pusėje migreninių galvos skausmų. Galvos skausmas yra vienpusis, priepuolių dažnumas nereguliarus, priepuolis trunka mažiau- siai 4 valandas [1–3]. Vaikams vienpusiškumas mažiau būdingas (vidutiniškai 20%). Cefalgija tvinkčiojanti ar pulsuojanči, skausmo intensyvumas svyruoja nuo vidutinio iki labai stipraus. Skausmą sustiprina fizinis aktyvu- mas, ryški šviesa, triukšmas. Nustatytas akivaizdus ryšys tarp migrenos ir menstruacinio ciklo [1]. Lydintys simpto- mai – pykinimas, vėmimas, anoreksija, fotofobija, kuri greičiausiai susijusi su trišakio nervo iritacija. Trigemina- linio autonominio reflekso lanko aktyvacija sukelia simpa- tinę disfunkciją, kaip antai lėtesnį vyzdžio išsiplėtimą tam- soje galvos skausmo pusėje [2, 4, 5]. Pacientams, kuriems priepuolio metu pasireiškia vegetaciniai simptomai: vokų paburkimas, paraudimas, ašarojimas, nosies užsikimši- mas, padeda selektyvus serotonino 5-HT₁ receptorių ago- nistas sumatriptanas [6]. Svarus argumentas, padedantis

diagnozuoti migreną be auros, yra stabilus neurologinio defekto nebuvimas.

Migrena su aura, pagal ankstesnes klasifikacijas vadin- ta klasikine migrena, pasitaiko 10–35% atvejų ir susideda iš auros, galvos skausmo ir pocefalginio periodo. Aura yra praeinanti žievės ar kamieno disfunkcija su laipsniška pradžia, simptomai trunka mažiau nei 60 minučių. Įrodyta, kad galvos smegenų kraujotaka sumažėja iki išeminio slenkščio [1]. Atliekant paraklinikinius tyrimus organinių pokyčių nerandama, neurologinis statusas taip pat norma- lus [2, 7].

Auros skirstomos į vizualines ir neurologines, 88% at- vejų tuo pačiu metu būna abiejų rūšių auros [2, 7]. Neuro- loginės auros pasireiškia parestezijomis, galūnių nejautru- mu, nusilpimu, galvos svaigimu, afazija, aleksija, hemip- legija [2, 7]. Parestezijas galūnėse dažniausiai lydi vizuali- nės auros, paprastai bet kuri simptomatika galūnėse yra ly- dima vizualinės auros [1]. Vizualinės auros pasirodo kaip mirgančios dėmės arba išsivysto homoniminė hemianop- sija. Šie fenomenai kildinami iš okcipitalinės žievės. Sko- tomos gali būti pozityvios ar negatyvios. Šviečiantys mir- guliuojančių skotomų kraštai būna įvairių spalvų ir kartais išsidėsto, sudarydami kampuotas figūras, primenančias tvirtovių viršutinius kraštus (fortifikacijos), šios figūros juda iš centrinio regos lauko į periferiją [2]. Tai, kad vizua- linės auros kyla abiejose akyse ir slankioja po abiejų akių regos laukus, įrodo, jog šie fenomenai kyla smegenyse, o ne akyse. Stebimas jaunų pacientų be galvos skausmo pra- einantis apakimas viena akimi, kuris visiškai atsistato, traktuojamas kaip migrenos forma, nors jis greičiausiai ky- la iš tinklainės ir optinio nervo [2, 7].

Po auros kitoje galvos pusėje dažniausiai išsivysto gal- vos skausmas, kuris trunka kelias valandas. Kiti oftalmolo- giniai migrenos simptomai – mikropsija, makropsija, di- plopija, poliopijs, aureolė aplink matomus objektus, stabi- lių objektų judėjimas, spalvų pasikeitimai ir netgi regos ha- liucinacijos [2]. Migrena su aura yra išeminio insulto rizi- kos faktorius [9, 10].

Unikalių migrenos simptomų paaiškinimui bei priežas- tiniam gydymui pagrįsti pasiūlyta daug patogenezinių

Adresas:

Jokūbas Fišas

Vilniaus universitetinė Slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninė,
Tyzenhauzų g. 18/4, Vilnius, el.paštas: fisjok@takas.lt

teorijų. Priepuolių intensyvumą įvairiose stadijose sušvelnina nesteroidiniai antinfektikai, kofeinas, kalcio kanalų blokatoriai, tačiau jau yra pranešimų, kad veiksmingai migreną galima gydyti botulino toksino injekcijomis, lidokaino ir adrenalino blokadomis į regos nervą, kas verčia iš naujo panagrinėti migrenos etiopatogenezę [10–13].

Jei neurologiniai simptomai (tarp jų ir regos laukų defektai) neišnyksta po migrenos priepuolio, būtina ligonį tirti moderniaisiais paraklinikiniais nervų sistemos tyrimo metodais [2, 8, 9]. Ypatingą klinicistų susidomėjimą kelia nauji pranešimai, kuriuose nurodoma, kad ligoniams, sergantiems migrena ir glaukoma, regos laukai sumažėja kur kas labiau [7, 14].

PROZOPALGIJOS, SIMPATINĖ AKIES INERVACIJA IR TRIŠAKIS NERVAS

Galvos skausmas gali būti susijęs su tos pačios pusės akies simpatinės inervacijos sutrikimu – Hornerio sindromu (HS), kuris apibūdinamas ptoze, mioze ir anhidroze. Anizokorija labiau pastebima blausioje šviesoje. Galvos skausmo pusės vyzdys yra mažesnis, reakcijos į šviesą išlikusios. Įprastiniai vyzdžio farmakologiniai testai su kokainu ir hidroksiamfetaminu sunkiai įvykdomi ir dar sunkiau interpretuojami [15–17]. Yra naujų pranešimų, kad HS galima verifikuoti, pritaikius alfa-adrenerginius agonistus [18]. Jei šie duomenys pasitvirtintų, tai HS diagnostika gerokai palengvėtų. Galvos skausmo ir pogauglijinio HS priežastys yra išdėstytos pirmoje lentelėje (1 lentelė) (HS kilmė gali būti trejopa, nagrinėjant šią temą mus domina tik pogauglijiniai pažeidimai). Kadangi HS kai kada stebimas insulto, karotidžių disekacijos – atsisluoksniavimo atvejais, HS simptomatikos atsiradimas turi kelti maksimalų susidomėjimą [19–21]. 10% atvejų karotidžių atsisluoksniavimas iš pradžių pasireiškia tik HS [22, 26]. Kiti karotidžių disekacijos simptomai: kaklo ar veido skausmas, atsiduodantis į akį toje pačioje pusėje, kur yra HS, galvos svai-gimas, ūžesys ausyje, sinkopė, *amaurosis fugax*, skonio praradimas, kiti VI, IX, XI, XII nervų pakenkimo simptomai [23]. Vidinės miego arterijos atsisluoksniavimas spontaniškai išsivysto Marfano sindromo bei fibromuskulinės displazijos atvejais, taip pat neretai gali būti dėl tiesioginės traumos arba hiperekstenzinės autotraumos. Kartais šią patologiją sukelia chiropraktinės manipuliacijos (Lietuvoje daugiau vadinama manualine terapija) kaklo stuburo lygyje [24, 25]. Karotidžių atsisluoksniavimas yra urgentinė būklė, kuriai diagnozuoti būtinas neatidėliotinas magnetinio rezonanso ir magnetinio rezonanso angiografijos atlikimas. Karotidžių disekacija laikoma gerybine patologija, bet ji neretai yra lydima tromboembolinių komplikacijų, todėl būtinas tikslus tyrimas, siekiant laiku skirti antikoagulantus [23–25]. HS gali išlikti netgi po to, kai pakartotinis magnetinio rezonanso tyrimas rodo, kad morfologiniai disekacijos požymiai išnyko [22].

Klasterinis galvos skausmas yra kita cefalgijos forma su HS. Tai staigus, labai stiprus, duriantis skausmas, kuris neretai pažadina ligonį naktį. Būdinga tai, kad klasterinis

1 lentelė. Galvos skausmo ir pogauglijinio Hornerio sindromo priežastys

Miego arterijos atsisluoksniavimas
Klasterinis galvos skausmas
Raederio paratrigeminalinis sindromas
Karotidinė-kavernozinė fistulė
Akytojo ančio ar viršutinio orbitos plyšio pažeidimas
Nazofaringinė karcinoma

2 lentelė. Klasterinio galvos skausmo kriterijai [1]

A. Mažiausiai 5 priepuoliai, atitinką B-D punktus.
B. Stiprus, vienpusis orbitos, supraorbitalinės srities arba temporalinės srities skausmas, kuris negydomas trunka nuo 15 min. iki 3 val.
C. Galvos skausmą lydi bent vienas iš šių simptomų: konjunktyvos paraudimas ašarojimas nosies užsikimšimas rinorėja kaktos ir veido prakaitavimas miozė ptozė vokų edema
D. Dažnumas: nuo vieno priepuolio kas antrą dieną iki aštuonių priepuolių per dieną.

skausmas dažniau pasireiškia vyrams tarp 20 ir 40 metų, skausmas vienpusis ir 85% atvejų pasikartoja toje pat galvos pusėje (2 lentelė) [1]. Klasterinį galvos skausmą būtina atskirti nuo orbitos miozito, akytojo ančio pakenkimo, arterinės-veninės malformacijos. Diferenciacija įmanoma pasitelkiant moderniausius tyrimus [28–30]. Priepuoliui gydyti naudojami kortikosteroidai, metisergidas, sumatriptanas arba dihidroergotaminas. Priepuolių profilaktikai naudojami kalcio kanalų blokatoriai, rekomenduojama vengti konkrečių provokatorių – alkoholio bei vazodilatatorių. Lėtinė paroksizminė hemikranija greičiausiai yra klasterinių skausmų variantas, kuris pasižymi tuo, kad ypatingą gydymą vaidmenį vaidina indometacinas [31]. Be minėtų skausmo sindromų, yra nemažai veido skausmų, nesusijusių su HS. Tai trigeminalinė neuralgija, atipinis veido skausmo sindromas, temporomandibuliarinio sąnario sindromas (3 lentelė) [32–34].

Trumpalaikis idiopatinis vienpusis duriantis galvos skausmas, primenąs trigeminalinę neuralgiją, jaučiamas smilkinyje arba orbitoje ir gali būti susijęs su migrena, klasteriniu arba įtampos galvos skausmu. Priepuolio skausmas apibūdinamas kaip dūris peiliu ir trunka apie minutę, skausmą lydi junginės paraudimas ir ašarojimas. Jokių struktūrinių pakitimų nustatyti nepavyksta.

VEIDO SKAUSMAI SU DERMATOLOGINIAIS POKYČIAIS

Operacinis plokščialąstelinio odos vėžio, bazalinių ląstelių odos vėžio, nazofaringinio vėžio gydymas dažnai kompli-

3 lentelė. Veido skausmai, nesusiję su Hornerio sindromu [32–34]

	Trišakio nervo neuralgija	Atipiniai veido skausmai	Temporomandibulinio sąnario sindromas
Lokalizacija	Vienpusis, pagal nervo šakas	Sunkiai lokalizuojamas, nėra anatominių orientyrų	Vienpusis, nuo sąnario persiduoda į žandikaulį
Demografija	Apie 50-uosius gyvenimo metus Moterys/vyrai – 3/2	Moterys serga dažniau	20–40-ieji gyvenimo metai Moterys/vyrai – 4/1
Pobūdis	Ūmūs, stiprūs paroksizmai Skausmas duriantis Skausmas negilus	Pastovus maudžiantis, gilus skausmas	Stiprus, pastovus skausmas Sąnario trakstelėjimai
Provokaciniai faktoriai	Prisilietimas Vibraciniai stimulai: skutimasis, prausimasis, kalbėjimas, rūkymas	Neaišku	Kramtymas Žiovavimas
Trukmė	Sekundės–minutės	Ilgalaikis	Pastovus
Sąsajos	Jei ligonis jaunesnis nei 40 metų, įtariama išsėtinė sklerozė Aneurizmos	Nėra	Bruksizmas miegant Depresija Nemiga
Diagnostinės priemonės	Branduolinis magnetinis rezonansas (jei klinika atipiška)	Branduolinis magnetinis rezonansas	Klinikinis tyrimas
Gydymas	Karbamazepinas, antikonvulsantai, nervinių struktūrų suardymas	Tricikliai antidepresantai Chirurginis gydymas kontraindikuotinas	Šiluma Analgetikai Relaksantai Chirurginis gydymas Dantų sukandimo korekcija

kuojasi trigeminalinio nervo inervuojamų zonų skausmais su užtūpimu arba hiperestezija. Skausmo priežastis gali būti vėžio plitimas šalia veidinio ir trišakio nervo. Tokia pat skausmų genezė būdinga sinusų bei seilių liaukų maligniniams tumorams [35–38]. Skausmai gali atsirasti praėjus metams po chirurginio vėžio gydymo. Vizualizaciniai nervų sistemos tyrimai patologijos dažnai neatskleidžia [35]. Neoperuoti ar radikaliai neišoperuoti tumorai palei nervus keliauja į akytąjį antį ar trišakio mazgo ertmę [38].

Oftalminės *herpes zoster* infekcijos atveju trigeminalinis skausmas atsiranda keliomis dienomis anksčiau nei pasirodo pūslelės. Paūmėjus latentiniam *herpes zoster* neuroganglionitui ligoniai gali sukarščiuoti [39]. Dauguma ligonių yra vyresnio amžiaus, jų imunitetas nusilpęs, kartais nuodugniai juos ištyrus randamas tumoras arba hematologinė patologija. Virusas plinta per trišakio nervo jungtąsias skaidulas ir pasiekia frontalinį ir nazociliarinį nervą. Skausmas labai sustiprėja, kuomet įtraukiama ragena, atsiranda iridociklitas, skleritas, priekinio akies segmento išemija su 360 perilimbiniu vaskulitu. Žymus intraokulinio spaudimo padidėjimas 10% ligonių būna sukeltas trabekulito ir endotelio [39–41].

Herpes zoster sukeltas okliuzyvnis vaskulitas gali pasiekti orbitalinį ir akytąjį sinusą. Užpakalinių akies struktūrų pakenkimas dažnai lydimas kranialinių nervų patologijos, dažniausiai III. Stiprūs ir ūmūs galvos skausmai neišsėdėto pagal dermatomus, taip pat nėra koreliacijos su neurologiniais radiniais, kas netiesiogiai nurodo, kad yra intrakranijinis vaskulitas, kuris, beje, gali pasireikšti net praėjus keliems mėnesiams po ūmios *herpes zoster* infekcijos [39, 41–43]. Jei oftalmine *herpes zoster* infekcija su-

serga jaunas žmogus, arba pakenkimas yra abipusis, būtina pagalvoti apie ŽIV infekciją [44, 45]. Poherpetinė neuralgija – nuolatinis, lėtinis skausmo sindromas, dažnesnis vyresniems pacientams ir sutinkamas 50% ligonių šeštame ir septintame gyvenimo dešimtmetyje [46, 47].

KITI KRANIALINIAI NERVAI

Galvos skausmas ir ptozė dažniausiai būna kartu, kai dėl mikrocirkuliacijos ar aneurizmos pažeidžiamas III nervas. Kraujagyslinių ligų rizikos faktoriai, tokie kaip cukrinis diabetas ir hipertenzija predisponuoja vaskulinę patologiją. Vyzdys yra įtraukiamas tik apie 10% atvejų [39, 48]. Jei patologija neregresuoja per 12 savaičių, būtina ligonį tirti įtariant onkologinį procesą arba *myasthenia gravis* [39, 49, 50]. Staigos pradžios ir skausmingas III nervo paralyžius su vyzdžio įtraukimu rodo, kad yra užpakalinės susisiekiančios arterijos aneurizma. Vyzdys išsiplečia iš pat pradžių arba per pirmąsias 24 valandas. Atsiradusi klinika reikalauja neatidėliotinai atlikti magnetinį rezonansą arba magnetinio rezonanso angiografiją [39].

Izoliuotas, skausmingas IV ar VI nervo pakenkimas taip pat gali būti kraujagyslinės etiologijos. Reumatoidinis artritas ar kiti sisteminiai uždegiminiai sutrikimai sukelia trochleitą [51]. Ligonis jaučia dvejinimąsi, žiūrėdamas žemyn, yra konverguojantis strabizmas, negali pažiūrėti į lateralinę pusę pakenktosios akies kryptimi, arba yra konverguojantis strabizmas ir diplopija horizontalioje plokštumoje. Aptinkamas skausmingumas viršutinėje-medialinėje orbitos dalyje, kurį sumažina lokali kortikosteroidų

injekcijos [51]. Staigus, skausmingas VI nervo pakenkimas suaugusiems dažniausiai būna kraujagyslinės etiologijos [52, 53]. Galvos kompiuterinė tomografija, magnetinio rezonanso tyrimas, lumbalinė punkcija yra indikuotina, kai pakenkimas abipusis, yra ligos progresavimo požymių, onkologinė anamnezė arba simptomai neišnyksta per 3 mėnesius. Kita nuodugnaus tyrimo indikacija yra jaunesnis nei 40 metų ligonio amžius [53, 54].

Atitraukiamojo nervo skausmingas pakenkimas su akies džiuvimu ir /arba trišakio nervo antros šakos įtraukimu gali būti sukeltas nazofaringinio vėžio arba metastazinės karcinomos sfenopalatininėje dauboje [39]. Akytaje antyje VI nervas lengvai pakenkiamas, kai yra arterinės-veninės fistulės, išsivysto kavernozinio sinuso trombozė, Tolosa-Hunt sindromas, aneurizma, paraselarinis tumoras, dėl arterinės hipertenzijos, cukraligės, temporalinio arteriito, sifilio, vilkligės, migrenos sutrinka mikrocirkuliacija.

VII NERVAS

Veidinio nervo neuropatija (Bello paralyžius) kartais yra lydima skausmo, kuris palaiptai išblęsta per kelias savaites. Stiprūs ir nuolatiniai skausmai ausies viduje, esant veidinio nervo pakenkimo klinikai, leidžia diagnozuoti Ramsay Hunt sindromą – *herpes zoster oticus*. Skausmai iš veido vidaus persiduoda į akį. Išorinio ausies kanalo ir odos už ausies apžiūra nesunkiai leidžia surasti pūsleles. Kiti požymiai yra klausos susilpnėjimas, vertigo, limfinių mazgų padidėjimas. Pasirinkimo vaistas yra acikloviras [55, 56].

KELIŲ KRANIALINIŲ NERVŲ PAKENKIMAS

Galvos skausmą, persiduodantį į akis, gali sukelti vieno ar kelių nervų pakenkimas. Akytojo sinuso veninio nutekėjimo blokavimas sukelia proptozę (egzoftalmą) ir chemozę. Skausmas atsiranda, kai yra įtraukiamas trišakis nervas. Neaiškiais atvejais kavernozinio sinuso pakenkimo diagnozę patvirtina simptomų dvipusiškumas.

Aukšta karotidinė-kavernozinė fistulė pasireiškia ūmiu egzozoftalmu, chemoze, oftalmoplegija, regos sutrikimu, ūžesiu auskultuojant miego arteriją. Duralinės arterinės-veninės fistulės su žemu užpakaliniu drenažu pasireiškia skausmingu *n. oculomotorius* pakenkimu be stazinių orbitalinių požymių [57]. Akytojo sinuso trombozė dažniausiai pasireiškia kaip sisteminė sepsio manifestacija. Ligonius būtina tirti dėl eventualios mukormikozės ir aspergiliozės [58].

Nespecifinis neinfekcinis granuliamatozinis akytojo ančio ir viršutinio akiduobės plyšio uždegimas – Tolosa-Hunt sindromas pasireiškia stipriais retroorbitaliniais skausmais su tos pačios pusės oftalmoplegija [59]. Vizualizaciniai tyrimai dažniausiai nieko neatskleidžia, tačiau kartais parodo ekstraokulinių raumenų ir regos nervo padidėjimą – tai leistų praveisti etiologinę paralelę su idiopatinio orbitos uždegimu, kitaip vadinamu orbitos pseudotumoru [60, 64]. Būdingas Tolosa-Hunt broožas yra tas, kad ligos požymiai greitai praeina nuo kortikosteroidų, kita vertus, steroidai veikia nespecifiškai, tad gali laikinai pagerinti ir įvairias kitas patologijos formas.

4 lentelė. Orbitos skausmingumo priežastys

Idiopatinis orbitos uždegimas	Dakrioadenitas Miozitas Sklerotenonitas
Orbitos venų tromboflebitas	Vokų venų varikozė Skausmas Junginės uždegimas
Vegenerio granuliamatozė	Sinusitas Episcleritas Glomerulonefritas
Orbitos hemoragijos	Sumažėjusi rega Orbitos veržimas Proptozė Vyzdžio inervacijos sutrikimas Skaidrios akies terpės
Metastazinė karcinoma	Skausmas Proptozė Kaulų destrukcija Oftalmoplegija
Orbitos kaulų lūžimai	Mėlynės Diplopija Emfizema Enoftalmas Hipestezija
Orbitos celiulitas	Karščiavimas Proptozė Skausmingi akių judesiai Sinusitas
Seilių liaukų adenokarcinoma	Skausmingi dariniai Greitas progresavimas Perineuralinis plitimas

Panašūs idiopatiniai orbitos uždegimai gali pasireikšti gana įvairiai, diagnozė nustatoma ekskliudavimo principu [61, 62]. Pacientai jaučia ūmų retroorbitalinį skausmą su proptoze ir minkštųjų bei kietųjų orbitos audinių uždegimu. Diagnozę padeda nustatyti radiologiniai radiniai ir klinikinė eiga [63]. Kartais dėl paraklinikinių radinių ir neįprastos ligos eigos reikia atlikti minkštųjų orbitos audinių biopsiją [61–63].

Panašūs idiopatiniai orbitos uždegimai gali pasireikšti gana įvairiai, diagnozė nustatoma ekskliudavimo principu [61, 62]. Pacientai jaučia ūmų retroorbitalinį skausmą su proptoze ir minkštųjų bei kietųjų orbitos audinių uždegimu. Diagnozę padeda nustatyti radiologiniai radiniai ir klinikinė eiga [63]. Kartais dėl paraklinikinių radinių ir neįprastos ligos eigos reikia atlikti minkštųjų orbitos audinių biopsiją [61–63].

Pediatrinėje klinikoje dažniau stebimas abipusis pakenkimas ir akių priekinių dalių uždegimas [63, 65]. Abipusis pakenkimas suaugusiems dažniausiai susijęs su sisteminiu vaskulitu. Kai pavyksta visiškai ekskliuduoti infekcinę ligos etiologiją, pasirinkimo gydymas yra prednizolonas per os [61, 64]. Kitos orbitalinių skausmų priežastys yra trauma, infekcija, vėžys arba vaskulitas (4 lentelė).

OFTALMOLOGINĖS GALVOS SKAUSMŲ PRIEŽASTYS

Akis yra permatomas paviršinis organas, tad rutininis okulisto apžiūrėjimas dažnai identifikuoja galvos skausmo priežastį. Nėra įrodyta, kad refrakcijos sutrikimai ar strabizmas tiesiogiai sukeltų galvos skausmą, tačiau tinkama regos korekcija palengvina neaiškios genezės galvos skausmą [66, 67]. Negydyta tolregystė pasireiškia nuolatinu akomodacijos įtempimu, akomodacijos atpalaidavimas, panaudojus optiką, sumažina diskomfortą akyje. Akomodacijos spazmas dažniausiai stebimas jauniems ligoniams, jį lydi akies skausmas, miopija ir miozė, kai žiūrима į artimą objektą. Būtina tiksliai nustatyti diagnozę ir pritaikyti bendras relaksacijos technikas.

Bet kokia akies paviršių patologija turi būti labai atidžiai gydoma. Uvealiniai ir skleros uždegimai gydomi priešuždegiminiais vaistais, tirinama, ar nėra giliai tūnantių sisteminių priežasčių [67].

Ūmus intraokulinio spaudimo padidėjimas paprastai sukelia skausmą, tuo tarpu lėtinis laipsniškas akies spaudimo padidėjimas gali būti asimptominis [67]. Uždaro akies kampo ūmi glaukoma yra labiausiai skausminga glaukoma, tačiau kai kurios antrinės atviro ir uždaro kampo glaukomos pasireiškia ūmiai spaudimo šuoliais ir skausmu.

Retrobulbarinis optinis neuritas pasireiškia poūmiu regos silpnėjimu, skausmu judinant akis. Pradžioje optinis nervas atrodo normaliai [68]. Papilto atveju yra disko edema. Serga dažniausiai 15–45 metų amžiaus moterys. Būtina atlikti magnetinio rezonanso tyrimą, kadangi yra didelė tikimybė aptikti išsėtinės sklerozės pradžią. Šiais atvejais būtina skirti dideles gliukokortikosteroidų dozes, kurios gali atidėti kliniškai išreikštos išsėtinės sklerozės pradžią. Imunomoduliacinis gydymas beta-interferonu, kaip skiriamas esant recidyvuojančiai-remituojančiai išsėtinei sklerozei, taip pat yra tinkamas ankstyvas gydymas ligoniams su optiniu neuritu bei galvos smegenų demielinizacijos požymiais (ypač tiems ligoniams, kuriems yra didesnė išsėtinės sklerozės išsivystymo rizika) [69, 70].

Vyresnių žmonių smilkininis galvos skausmas rodo, kad gali būti gigantiškųjų ląstelių arteritas-temporalinis artritas. Ši būklė yra urgentinė [71]. Įtarus gigantiškųjų ląstelių arteritą, būtina atlikti C reaktyvinio baltymo tyrimą ir patikrinti eritrocitų nusėdimo greitį, šių tyrimų rodikliai būna labai padidėję. Kai kliniškai atsiranda regos mažėjimas dėl regos nervo neuropatijos arba centrinės tinklainės arterijos okliuzijos, būtina nedelsiant skirti kortikosteroidus, siekiant sustabdyti proceso perėjimą į kitą akį. Indikuotina temporalinės arterijos biopsija.

GALVOS SKAUSMAS, SUSIJĘS SU INTRAKRANIJINIO IR KRAUJO SPAUDIMO POKYČIAIS

Abipusė regos diskų edema ligoniui su galvos skausmu įsakmiai nurodo, kad būtina atlikti vizualizacinius neuro-

loginius tyrimus, siekiant ekskliuduoti tumorą, hidrocefaliją arba kraujavimą. Kai ligonio intrakranijinis spaudimas padidėjęs, galvos skausmas nėra labai intensyvus, dažniausiai jaučiamas atsibundant ryte ir lydymas pykinimo bei vėmimo. Jei kompiuterinėje tomogramoje arba magnetinio rezonanso skenogramoje pokyčių nėra, kitas žingsnis yra lumbalinė punkcija likvoro spaudimui ir sudėčiai nustatyti. Galvos smegenų pseudotumoro ar idiopatinės intrakranijinės hipertenzijos diagnozė yra nustatoma, kai nervų sistemos vizualizacija ir likvoro sudėtis normali. Gydytoją neurologą ar oftalmologą neturi suklaidinti tariamas patologijos gerybiškumas, kadangi chroninė papildoma veda į aklumą. Gydymui padeda svorio mažinimas, diuretikai, šuntavimas ir optinio nervo dangalo fenestracija [72, 73]. Žemas intrakranijinis spaudimas, kuris atsiranda po lumbalinės punkcijos arba dėl spontaninio likvoro ištekėjimo, taip pat sukelia galvos skausmą [74]. Tyrimai atskleidžia sustorėjusius minkštuosius dangalus magnetinio branduolinio rezonanso T1 režimu su kontrastu.

Galvos skausmas dėl padidėjusio kraujo spaudimo gali būti lydymas abipusio regimojo nervo disko patinimo ir tokiu atveju nekontroliuojama arterinė hipertenzija veda į aklumą. Subarachnoidinė hemoragija pasireiškia ypač stipriu smūginiu galvos skausmu, prieš dramatišką ligos pradžią gali būti III ar VI nervo pažeidimo simptomų dėl neplyšusios aneurizmos spaudimo.

IŠVADA

Yra daugybė nozologinių vienetų, kurie pasireiškia galvos skausmais ir regos aparato pokyčiais bei kitais neurologiniais ir sisteminiais simptomais. Labai dažnai šios patologijos formos reikalauja neatidėliotinos diagnozės ir kuo skubiausių gydymo priemonių. Interdisciplinarinė diagnostika yra labai sudėtinga, ypač urgentiniais atvejais. Kuo glaudžiausias neurologo, okulisto, neurochirurgo, angiologo diagnostinis darbas, pasitelkiant šiuolaikiškiausius tyrimo metodus, yra tas senovės *ars curandi*, kuris ir šandien gelbsti žmonių sveikatą ir gyvybę.

Gauta:
2004 12 01

Priimta spaudai
2005 03 10

Literatūra

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Cephalgia 2004; 24 (Suppl. 1): 9-160.
2. Saunders LH. Migraine. In: Miller NR, Newman NJ, eds. Walsh & Hoyt's clinical neuro-ophthalmology. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1998; 3657-723.
3. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, et al. Migraine prevalence during menopausal transition. Headache 2003; 43: 470-8.
4. Drummond PD. Disturbances in ocular sympathetic function and facial blood flow in unilateral migraine headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1990; 53: 121-5.

5. Jänig W. Relationship between pain and autonomic phenomena in headache and other pain conditions. *Cephalalgia* 2003; 23 (Suppl. 1): 43–8.
6. Barbanti P, Fabbrini G, Vanacore N, et al. Sumatriptan in migraine with unilateral cranial autonomic symptoms: an open study. *Headache* 2003; 43: 400–3.
7. Olesen J. Migraine with aura and its subforms. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds. *The Headaches*. New York: Raven Press, 1993; 263–75.
8. Schwaag S, Nabavi DG, Frese A, et al. The association between migraine and juvenile stroke: a case-control study. *Headache* 2003; 43: 90–5.
9. Rosengarten B, Sperner J, Görgen-Pauly U, Kaps M. Cerebrovascular reactivity in adolescents with migraine and tension-type headache during headache-free interval and attack. *Headache* 2003; 43: 90–5.
10. Silberstein SD, McCrory DC. Ergotamine and dihydroergotamine: history, pharmacology, and efficacy. *Headache* 2003; 43: 144–66.
11. Blumenfeld AM, Binder W, Silberstein SD, Blitzer A. Procedures for administering botulinum toxin type A for migraine and tension-type headache. *Headache* 2003; 43: 884–91.
12. Silberstein SD, Aoki KR. Botulinum toxin type A: myths, facts, and current research. *Headache* 2003; 43 (Suppl. 1): S1.
13. Dimitriou V, Latrou C, Malefaki A, et al. Blockade of branches of the ophthalmic nerve in the management of acute attack of migraine. *Middle East J Anesthesiol* 2002; 16: 499–504.
14. Comođlu S, Yarangümeli A, Köz OG, et al. Glaucomatous visual field defects in patients with migraine. *J Neurol* 2003; 250: 201–6.
15. Ramsay DA. Dilute solutions of phenylephrine and pilocarpine in the diagnosis of disordered autonomic innervation of the iris. Observations in normal subjects, and in the syndromes of Horner and Holmes-Adie. *J Neurol Sci* 1986; 73: 125–34.
16. Van der Wiel HL, Van Gijn J. The diagnosis of Horner's syndrome. Use and limitations of the cocaine test. *J Neurol Sci* 1986; 73: 311–6.
17. Donahue SP, Lavin PJ, Digre K. False-negative hydroxyamphetamine (Paredrine) test in acute Horner's syndrome. *Am J Ophthalmol* 1996; 122: 900–1.
18. Brown SM, Aouchiche R, Freedman KA. The utility of 0.5% apraclonidine in the diagnosis of horner syndrome. *Arch Ophthalmol* 2003; 121: 1201–3.
19. Biouse V, Touboul PJ, D'Anglejan-Chatillon J, et al. Ophthalmologic manifestations of internal carotid artery dissection. *Am J Ophthalmol* 1998; 126: 565–77.
20. Chan CC, Paine M, O'Day J. Carotid dissection: a common cause of Horner's syndrome. *Clin Experiment Ophthalmol* 2001; 29: 411–5.
21. Kline LB, Vitek JJ, Raymon BC. Painful Horner's syndrome due to spontaneous carotid artery dissection. *Ophthalmology* 1987; 94: 226–30.
22. Bouisse V, Tehindrazanarivelo A, Bousser MG. Carotid and vertebral pain. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds. *The headaches*. New York: Raven Press, 1993; 663–9.
23. Bhatti MT, Schmalfuss I. Dysgeusia and painful Horner's syndrome from an internal carotid artery dissection: radiological-anatomical correlation. *Acta Ophthalmol Scand* 2002; 80: 562–4.
24. Parwar BL, Fawzi AA, Arnold AC, Schwartz SD. Horner's syndrome and dissection of the internal carotid artery after chiropractic manipulation of the neck. *Am J Ophthalmol* 2001; 131: 523–4.
25. Biousse V, D'Anglejan-Chatillon J, Massiou H, Bousser MG. Head pain in non-traumatic carotid artery dissection: a series of 65 patients. *Cephalalgia* 1994; 14: 33–6.
26. Biousse V, Woimant F, Amarenco P, et al. Pains as the only manifestation of internal carotid artery dissection. *Cephalalgia* 1992; 12: 314–7.
27. Curran RE. Ophthalmic presentations of cluster headache. *Ann Ophthalmol* 1975; 7: 1191–4.
28. Mannor GE, Rose GE, Moseley IF, Wright JE. Outcome of orbital myositis. Clinical features associated with recurrence. *Ophthalmology* 1997; 104: 409–14.
29. Mani S, Deeter J. Arteriovenous malformation of the brain presenting as a cluster headache – a case report. *Headache* 1982; 22: 184–5.
30. Koenigsberg AD, Solomon GD, Kosmorsky G. Pseudoaneurysm within the cavernous sinus presenting as cluster headache. *Headache* 1994; 34: 111–3.
31. Antonaci F, Costa A, Ghirmai S, et al. Parenteral indomethacin (the INDOTEST) in cluster headache. *Cephalalgia* 2003; 23: 193–6.
32. Olson WH, Brumback RA. *Handbook of symptom-oriented neurology*. St. Louis, 1994.
33. Terrence CF, Fromm GH. Trigeminal neuralgia and other facial neuralgias. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds. *The Headaches*. New York: Raven Press, 1993; 773–8.
34. Scrivani S, Mathews ES, Keith D, Slawsky E. Percutaneous differential radiofrequency thermal rhizotomy for the treatment of trigeminal neuralgia. *J Orofac Pain* 1995; 9: 1995.
35. Williams LS, Mancuso AA, Mendenhall WM. Perineural spread of cutaneous squamous and basal cell carcinoma: CT and MR detection and its impact on patient management and prognosis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 49: 1061–9.
36. Goepfert H, Dichtel WJ, Medina JE, et al. Perineural invasion in squamous cell skin carcinoma of the head and neck. *Am J Surg* 1984; 148: 542–7.
37. Eng CT, Vasconez LO. Facial pain due to perineural invasion by basal cell carcinoma. *Ann Plast Surg* 1984; 12: 374–7.
38. Catalano PJ, Sen C, Biller HF. Cranial neuropathy secondary to perineural spread of cutaneous malignancies. *Am J Otol* 1995; 16: 772–7.
39. Albert DM, Jacobiec FA. *Principles and practice of ophthalmology*. Philadelphia: WB Saunders, 1994; 136–47, 2449–63.
40. Al-Abdulla NA, Rismondo V, Minkowski JS, Miller NR. Herpes zoster vasculitis presenting as giant cell arteritis with bilateral internuclear ophthalmoplegia. *Am J Ophthalmol* 2002; 134: 912–4.
41. Womack LW, Liesegang TJ. Complications of herpes zoster ophthalmicus. *Arch Ophthalmol* 1983; 101: 42–5.
42. Hilt DC, Buchholz D, Krumholz A, et al. Herpes zoster ophthalmicus and delayed contralateral hemiparesis caused by cerebral angiitis: diagnosis and management approaches. *Ann Neurol* 1983; 14: 543–53.
43. Ahmad NM, Boruchoff SE. Multiple cerebral infarcts due to varicella-zoster virus large-vessel vasculopathy in an immunocompetent adult without skin involvement. *Clin Infect Dis* 2003; 37: e16–8.
44. Picard O, Brunereau L, Pelosse B, et al. Cerebral infarction associated with vasculitis due to varicella zoster virus in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Biomed Pharmacother* 1997; 51: 449–54.

45. Margolis TP, Milner MS, Shama A, et al. Herpes zoster ophthalmicus in patients infected with human immunodeficiency virus infection. *Am J Ophthalmol* 1998; 125: 285-91.
46. Watson CP. Postherpetic neuralgia. *Neurol Clin* 1989; 7: 231-48.
47. Ernst ME, Santee JA, Klepser TB. Oral corticosteroids for pain associated with herpes zoster. *Ann Pharmacother* 1998; 32: 1099-103.
48. Teuscher AU, Meienberg O. Ischaemic oculomotor nerve palsy. Clinical features and vascular risk factors in 23 patients. *J Neurol* 1985; 232: 144-9.
49. Höllinger P, Sturzenegger M. Painful oculomotor nerve palsy - A presenting sign of internal carotid artery stenosis. *Cerebrovasc Dis* 1999; 9: 178-81.
50. Cunningham ET, Good WV. Interior branch oculomotor nerve palsy. A case report. *J Neuroophthalmol* 1994; 14: 21-3.
51. Tychsen L, Tse DT, Ossoinig K, Anderson RL. Trochleitis with superior oblique myositis. *Ophthalmology* 1984; 91: 1075-9.
52. Lepore FE. False and non-localizing signs in neuro-ophthalmology. *Curr Opin Ophthalmol* 2002; 13: 371-4.
53. Peters GB, Bakri SJ, Krohel GB. Cause and prognosis of nontraumatic sixth nerve palsies in young adults. *Ophthalmology* 2002; 109: 1925-8.
54. Holmes JM, Leske DA. Long-term outcomes after surgical management of chronic sixth nerve palsy. *J AAPOS* 2002; 6: 283-8.
55. Kinishi M, Amatsu M, Mohri M, et al. Acyclovir improves recovery rate of facial nerve palsy in Ramsay Hunt syndrome. *Auris Nasus Larynx* 2001; 28: 223-6.
56. Steiner I, Mattan Y. Bell's palsy and herpes viruses: to (acyclo)vir or not to (acyclo)vir? *J Neurol Sci* 1999; 170: 19-23.
57. Acierno MD, Trobe JD, Cornblath WT, Gebarski SS. Painful oculomotor palsy caused by posterior-draining dural carotid cavernous fistulas. *Arch Ophthalmol* 1995; 113: 1045-9.
58. Quisling SV, Mawn LA, Larson TC. Blindness associated with enlarging mycotic aneurysm after cavernous sinus thrombosis. *Ophthalmology* 2003; 110: 2036-9.
59. Kline LB. The Tolosa-Hunt syndrome. *Surv Ophthalmol* 1982; 27: 79-95.
60. Wasmeier C, Pfadenhauer K, Rösler A. Idiopathic inflammatory pseudotumor of the orbit and Tolosa-Hunt syndrome - are they the same disease? *J Neurol* 2002; 249: 1237-41.
61. Jacobs D, Galetta S. Diagnosis and management of orbital pseudotumor. *Curr Opin Ophthalmol* 2002; 13: 347-51.
62. Mombaerts I, Goldschmeding R, Schlingemann RO, Koorneef L. What is orbital pseudotumor? *Surv Ophthalmol* 1996; 41: 66-78.
63. Weber AL, Jakobiec FA, Sabates NR. Pseudotumor of the orbit. *Neuroimaging Clin N Am* 1996; 6: 73-92.
64. Mombaerts I, Koorneef L. Current status in the treatment of orbital myositis. *Ophthalmology* 1997; 104: 402-8.
65. Hertle RW, Granet DB, Goyal AK, Schaffer DB. Orbital pseudotumor in the differential diagnosis of pediatric uveitis. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1993; 30: 61.
66. Gil-Gouveia R, Martins IP. Headaches associated with refractive errors: myths or reality? *Headache* 2002; 42: 256-62.
67. Martin TJ, Soyka D. Ocular causes of headaches. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds. *The headaches*. New York: Raven Press, 1993; 747-52.
68. Lepore FE. The origin of pain in optic neuritis. Determinants of pain in 101 eyes with optic neuritis. *Arch Neurol* 1991; 48: 748-9.
69. Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, et al. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. CHAMPS Study Group. *N Engl J Med* 2000; 343: 898-904.
70. Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis. I. Clinical results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. The IFNB Multiple Sclerosis Study Group. *Neurology* 1993; 43: 655-61.
71. Wall M, Corbett JJ. Arteritis. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds. *The headaches*. New York: Raven Press, 1993; 653-62.
72. Corbett JJ, Savino PJ, Thompson HS, et al. Visual loss in pseudotumor cerebri. Follow-up of 57 patients from five to 41 years and a profile of 14 patients with permanent severe visual loss. *Arch Neurol* 1982; 39: 461-74.
73. Johnson LN, Krohel GB, Madsen RW, March GA. The role of weight loss and acetazolamide in the treatment of idiopathic intracranial hyper-tension (pseudotumor cerebri).
74. Raskin NH. Lumbar puncture headache: a review. *Headache* 1990; 30: 197-200.

U. Jurkunas, J. Fišas

HEADACHE AND THE EYES

Summary

Headaches and ocular pain treated by neurologists and ophthalmologists include migraine, facial pain syndromes and pain associated with cranial neuropathies, orbital, and ocular disease. Some headaches are symptoms of medical emergencies, urging their immediate recognition and management by the neurologist and ophthalmologist.

Keywords: facial pain, giant cell arteriitis, headache, herpes zoster ophthalmicus, Horner's, syndrome, migraine.