

УДК 616.857:616-006.31
DOI: 10.36979/1694-500X-2024-24-1-118-122

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЛАСТЕРНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ КАВЕРНОЗНОЙ АНГИОМЫ ПРАВОЙ ОРБИТЫ

Б.А. Эрежепова, А.Т. Жусупова, К.З. Карбозова, Б.Н. Нурбекова

Аннотация. Представлен клинический случай пациента с симптоматической кластерной головной болью, вызванной кавернозной ангиомой правой орбиты. Кавернозные ангиомы могут иметь различные размеры и располагаться в любом отделе центральной нервной системы, вследствие чего могут протекать бессимптомно или иметь разнообразную клиническую картину, чаще всего проявляющуюся в виде судорог, внутричерепных кровоизлияний и головной боли. В статье подчеркивается, что несмотря на то, что кластерные головные боли обычно рассматриваются как первичное расстройство, необходимо учитывать возможные воспалительные, сосудистые или неопластические факторы, что говорит о рациональности проведения магнитно-резонансной томографии для дифференциации диагноза.

Ключевые слова: кластерная головная боль; кавернозная ангиома; симптоматическая головная боль.

ОҢ ОРБИТАДАГЫ КАВЕРНОЗДУК АНГИОМАНЫН КӨРҮНҮШҮ КАТАРЫ КЛАСТЕРДИК БАШ ООРУНУН КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

Б.А. Эрежепова, А.Т. Жусупова, К.З. Карбозова, Б.Н. Нурбекова

Аннотация. Макалада оң орбитадагы каверноздук ангиомадан улам симптоматикалык кластердик баш оору менен ооруган бейтаптын клиникалык учуру берилген. Каверноздук ангиомалар ар кандай өлчөмдө болушу мүмкүн жана борбордук нерв системасынын каалаган бөлүгүндө жайгашышы мүмкүн, анын натыйжасында симптомсуз болушу мүмкүн же ар кандай клиникалык көрүнүшкө ээ болушу мүмкүн, көбүнчө талма, интракраниалдык кан агуу жана баш оору түрүндө көрүнөт. Макалада кластердик баш оорулары, адатта, негизги оору деп эсептелгени менен, мүмкүн болгон сезгенүү, кан тамыр же неопластик факторлорду эске алуу керек, бул диагнозду айырмалоо үчүн магниттик-резонанстык томографиянын рационалдуулугу жөнүндө сөз болот.

Түйүндүү сөздөр: кластердик баш оору; каверноздук ангиома; симптоматикалык баш оору.

CLINICAL CASE OF CLUSTER HEADACHE AS A MANIFESTATION OF CAVERNOUS ANGIOMA OF THE RIGHT ORBIT

Б.А. Erezhepova, А.Т. Zhusupova, К.З. Karbozova, В.Н. Nurbekova

Abstract. The article presents a clinical case of a patient with symptomatic cluster headache caused by a cavernous angioma of the right orbit. Cavernous angiomas can vary in size and be located in any part of the central nervous system, and as a consequence can be asymptomatic or have a varied clinical presentation, most commonly manifesting as seizures, intracranial hemorrhage, and headache. The article emphasizes that although cluster headaches are usually considered a primary disorder, possible inflammatory, vascular, or neoplastic factors must be considered, suggesting the rationality of magnetic resonance imaging to differentiate the diagnosis.

Keywords: cluster headache; cavernous angioma; symptomatic headache.

Введение. Кластерные головные боли ха- перiorбитальными приступами, сопровож-
рактеризуются болезненными односторонними дающимися дизавтономными симптомами.

Хотя кластерные головные боли классифицируются как первичное расстройство головной боли, сообщалось о нескольких случаях воспалительных, сосудистых или неопластических заболеваний, вызывающих или имитирующих кластерные головные боли [1]. Решение о необходимости проведения магнитно-резонансной томографии в случаях типичной кластерной головной боли остается вопросом врачебного искусства [2]. Каверномы встречаются у 0,1–0,5 % населения в целом, с бимодальным проявлением в возрасте от 3-х до 11 лет (30 %) и от 30 до 40 лет (60 %) [3]. От 10 до 90 % каверном манифестируют клинически головной болью в различных ситуациях: от случайных диагнозов, когда она ассоциируется с обычной мигренью, до головной боли, вызванной внутричерепной гипертензией [4].

Клинический случай

Пациент поступил в госпиталь при МЗ КР с жалобами на приступы интенсивных головных болей колющего характера в правой височной области с иррадиацией в правый глаз, отечность и выбухание правого глаза с двоением и инъекцией сосудов склер. Во время приступа головных болей отмечал повышенную чувствительность к свету, звукам, тошноту, сонливость, раздражительность, слезотечение, ринорею справа.

Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена. Травмы головы, перенесенные инфекции отрицает.

Со слов пациента, первый эпизод вышеописанных приступов головных болей наблюдался в феврале 2018 г. продолжительностью до 2-х дней, купировался самостоятельно. Второй эпизод наблюдался в октябре 2018 г., также продолжительностью 2 дня. Никуда не обращался. Головные боли проходили самостоятельно, якобы помогали облегчить состояние во время приступа прием горячих напитков (чай) и согревание тела, так как каждый эпизод приступов головных болей наблюдался в холодное время года после переохлаждения. Во время приступа головных болей отмечались отечность и выбухание правого глаза с двоением, покраснением, сопровождалось раздражительностью, повышенной чувствительностью к свету, звукам, тошнотой, сонливостью, слезотечением, ринореей

справа. Следующий приступ повторился через 2 месяца 27 декабря после переохлаждения (мыл автомобиль холодной водой в мороз), который не купировался и становился интенсивнее.

Неврологический статус при поступлении. Сознание ясное, контактен. В окружающей обстановке, во времени и в собственной личности ориентирован верно. Выполняет предъявляемые команды правильно. Глазные щели $D > S$. Экзофтальм справа. Зрачки округлой формы $D = S$, реакция зрачков на свет: живые с двух сторон, инъекция сосудов склер справа. Движения глазных яблок в полном объеме. Слабость конвергенции с 2-х сторон. Лицо симметричное, болезненность верхних тригеминальных точек справа. Глотание сохранено, нёбный и глоточный рефлексы живые, $D = S$. Язык при высывании по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног средней живости $D = S$. Ладонно-подбородочный положительный рефлекс – с 2-х сторон. Чувствительность сохранена. Мышечный тонус сохранен. Мышечная сила в полном объеме. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга неустойчив, легкое пошатывание в стороны. Координаторные пробы выполняет с двух сторон удовлетворительно. На момент осмотра гиперестезия к свету, звуку, экзофтальм справа.

Общеклинические, биохимические анализы крови без особенностей. Кровь на ВИЧ, RW – отр. При проведении УЗИ щитовидной железы, внутренних органов, почек, рентгенограммы органов грудной клетки, электрокардиограммы, ЭхоКГ структурной патологии не выявлено. При УЗДГ брахиоцефальных артерий: непрямолинейный ход позвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков, что очевидно обусловлено наличием остеохондроза шейного отдела позвоночника. Отмечается снижение линейной скорости кровотока по позвоночной артерии справа с уменьшением общего объема крови в вертебро-базиллярной области.

УЗИ брахицефальных сосудов сосуды основания мозга: кровотоки по глазничной артерии, центральной артерии сетчатки, центральной вены сетчатки, задней короткой цилиарной артерии плохо видны на УЗИ справа, слева – хорошо. ЛСК – пик. Допплеровский спектр кровотока



Рисунок 1 – На серии аксиальных снимков, выполненных в режиме T2-ВИ, FLAIR в ретробульбарной клетчатке справа определяется образование неправильной конусообразной формы, с четкими бугристыми контурами до 25 мм в наибольшем измерении, муфтообразно охватывающее зрительный нерв и оказывающее масс-эффект на сопряженные структуры, обуславливающие экзофтальм. Глазное яблоко выступает за межскуловую линию до 3 мм. В латеральном отделе образования определяется усиление МР-сигнала на T1-ВИ до 10 мм

по ГА, ЦАС изменен справа (дезорганизованный), верхушка сглажены, «размыта». ЛСК – пик. Справа по ГА низкий до 14 см/с слева, в пределах нормы до 28 см/с, индексы резистивности RI до 0,87 справа, до 0,68 – слева. ЛСК – пик. По ВГВ до 10 см/с справа, до 19 см/с слева. Диаметр зрительного нерва слева: до 4,5 мм, справа до 5,4 мм (справа диаметр ЗН увеличен); ретробульбарная клетчатка справа отечна, уплотнена.

При проведении МР-ангиографии сосудов головного мозга: на серии аксиальных снимков выполненных в режиме T2-ВИ, FLAIR в ретробульбарной клетчатке справа определяется образование неправильной конусообразной формы, с четкими бугристыми контурами до 25 мм в наибольшем измерении, муфтообразно охватывающее зрительный нерв и оказывающее масс-эффект на сопряженные структуры,

обуславливающее экзофтальм. Глазное яблоко выступает за межскуловую линию до 3 мм. В латеральном отделе образования определяется усиление МР-сигнала на T1-ВИ до 10 мм.

Консультация офтальмолога: OD – экзофтальм. ГД-ДЗН бледно-розовые, границы четкие, сосуды чуть сдвинуты к носу, вены расширены, полнокровны. OS – глаз спокоен. ГД-ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сдвиг сосудов к носу, вены расширены. При повторной консультации офтальмолога был назначен Дипропан 1,0 парабульбарно, однократно; Апфек по 1 кап. × 1 раз в день.

В стационаре проведена терапия из нестероидных противовоспалительных, метаболических, антигистаминных и назначенных офтальмологом препаратами. На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика в виде регресса головных болей, однако экзофтальм слегка сохранялся. Был выписан домой на 9-й день госпитализации с рекомендациями о дальнейшем наблюдении состояния.

Однако с наступлением холодов, через 6 месяцев после выписки пациент снова обратился по причине аналогичных эпизодов головных болей, но без экзофтальма правого глаза. С контрольной целью динамики было проведено повторное МРТ-исследование головного мозга, где в проекции ниже-латерального отдела правой орбиты, ближе к вершине, определялось образование неправильной формы с довольно четкими неровными контурами с сигнальными характеристиками, схожими с солидной тканью, контурным и единичными линейными накоплениями КВ, с масс-эффектом на экстраокулярные мышцы – интимным прилеганием к нижней и наружной мышцам, с формированием экзофтальма, признаков инвазии зрительного нерва, глазного яблока не определяется. Заключение: данные за интраконусное дополнительное образование правой орбиты с умеренным масс-эффектом на сопряженные структуры (рисунок 1).

Обсуждение. По данным исследования Глобального бремени болезней (ГББ), головная боль стала одной из основных проблем общественного здравоохранения во всем мире [5]. Результаты неврологического опроса, проведенного среди лиц среднего и пожилого возраста,

проживающих в Кыргызской Республике, свидетельствуют о том, что 90,9 % опрошенных среднего возраста имели в своем анамнезе проявления головной боли [6].

Кластерная головная боль является первичной головной болью и для постановки диагноза не требуются дополнительные инструментальные исследования. Однако некоторые авторы считают, что всем пациентам с кластерной головной болью необходимо проводить нейровизуализацию [7–9]. Это объясняется тем, что крупные структурные поражения могут проявляться как типичная эпизодическая кластерная головная боль и при этом отвечать на проводимую терапию. При таком подходе врач, скорее всего, выявит значительное число случайных поражений, например случайные микроаденомы гипофиза, которые впоследствии могут быть ошибочно расценены как причина кластерной головной боли [10]. Учитывая распространенность 124 случая на 100 тыс., или примерно 0,1 % [11], число зарегистрированных случаев симптоматической кластерной головной боли в литературе невелико. Это говорит о том, что симптоматические кластерные головные боли встречаются редко.

Заключение. Кластерные головные боли относятся к первичным головным болям, иногда может быть обнаружено глубинное поражение, которое может играть определенную роль в возникновении этих головных болей. Это подтверждает необходимость проведения МРТ-скрининга, тем более что нейрохирургическое вмешательство может принести значительное облегчение симптомов и улучшить качество жизни таких пациентов.

Поступила: 29.11.23; рецензирована: 13.12.23;
принята: 15.12.23.

Литература

1. *Nathalie Gilis, Christophe Fricx, Valentina Lolli, Olivier De Witte.* An unusual diagnostic route: Pediatric case of a mesencephalic cavernoma presenting as cluster // *Interdisciplinary Neurosurgery* Volume 26, December 2021, 101306. URL: <https://doi.org/10.1016/j.inat.2021.101306>.
2. *Bengt Edvardsson.* Symptomatic cluster headache: a review of 63 cases. Published online 2014 Feb 3. DOI: 10.1186/2193-1801-3-64.

3. *Afridi S., Goadsby P.J.* New onset migraine with a brain stem cavernous angioma // *J NeurolNeurosurgPsychiatry*2003; 74:680-681. 10.1136/jnnp.74.5.680 (дата обращения: 01.11.2023).
4. *Gohary M., Tomita T., Gutierrez F.A., McLone D.G.* Angiographically occult vascular malformations in childhood // *Neurosurgery*. 1987; 20:759. URL:<https://doi.org/10.1227/00006123-198705000-00014> (дата обращения: 01.11.2023).
5. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. URL: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30322-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30322-3) (дата обращения: 11.12.2023).
6. *Мусабеева Т.О.* Клинико-физиологические и нейропсихологические особенности у лиц молодого, среднего и пожилого возраста в условиях Кыргызской Республики, г. Бишкек / Т.О. Мусабеева, Е.В. Андрианова, Н.Т. Рысалиева // *Вестник КРСУ*. 2018. Т. 18. № 6. С. 63–67. URL: <http://vestnik.krsu.edu.kg/archive/6/647> (дата обращения: 11.12.2023).
7. *Favier I., Haan J., van Duinen S.G. et al.* Typical cluster headache caused by granulomatous pituitary involvement // *Cephalalgia*. 2007a; 27:173–176. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2007.01268.x.
8. *Mainardi F., Trucco M., Maggioni F. et al.* Cluster-like headache. A comprehensive reappraisal // *Cephalalgia*. 2010;30:399–412.
9. *Wilbrink L.A., Ferrari M.D., Kruit M.C. et al.* Neuroimaging in trigeminal autonomic cephalgias: when, how, and of what? // *Curr Opin Neurol*. 2009; 22:247–253. DOI: 10.1097/WCO.0b013e32832b4bb3.
10. *Lambru G., Matharu M.S.* Trigeminal autonomic cephalalgias: a review of recent diagnostic, therapeutic and pathophysiological developments // *Ann Indian Acad Neurol*. 2012; 15: S51–S61. 10.4103/0972-2327.100007 (дата обращения: 06.11.2023).
11. *Азимова Ю.Э.* Кластерная головная боль: современное состояние проблемы / Ю.Э. Азимова, А.М. Ужахов, Н.В. Ващенко [и др.] // *Российский журнал боли*. 2021; 19 (3):3 944. URL: <https://doi.org/10.17116/pain20211903139>.