



СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ A CASE FROM CLINICAL PRACTICE



<https://doi.org/10.15507/3034-6231.001.202504.396-401>

EDN: <https://elibrary.ru/drseyj>

УДК / UDC 616-005.6:616-071.1

Клинический случай / *Clinical case report*

Клиническое наблюдение тромбоза кавернозного синуса с атипичным течением

Ю. А. Бодрова, М. В. Фокина , О. И. Игнатьева

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет,
Саранск, Российская Федерация
 tultaeva2001@mail.ru

Аннотация

Тромбоз кавернозного синуса – один из видов центральных венозных тромбозов, представляющий собой редкое и опасное для жизни состояние, не имеющее патогномоничных симптомов. Остро возникшая интенсивная головная боль – неспецифический симптом, характерный для данной патологии. Нередко он может быть единственным проявлением заболевания. Сложность диагностики, широкий дифференциально-диагностический ряд и необходимость незамедлительного начала лечения в кратчайшие сроки обуславливают актуальность этой нозологии. Авторы описывают клинический случай нетипичного течения тромбоза кавернозного синуса у мужчины 48 лет, не имевшего очевидных предрасполагающих факторов для развития заболевания. Клиническая картина характеризовалась сочетанием головной боли и лихорадки, при этом очаговых неврологических симптомов и офтальмологических проявлений заболевания не отмечалось. При проведении компьютерной томографии головного мозга выявлены радиологические признаки тромбоза кавернозного синуса справа. С целью реканализации синуса был назначен антикоагулянт прямого действия гепарин в лечебной дозе. По окончании острой фазы заболевания пациент переведен на пероральный прием риваксабана. При повторной визуализации сосудов головного мозга через один месяц признаков тромбоза не выявлено.

Ключевые слова: тромбоз, кавернозный синус, головная боль, антикоагулянты, компьютерная томография, клинический случай

Финансирование: исследование не имело внешнего финансирования.

© Бодрова Ю. А., Фокина М. В., Игнатьева О. И., 2025



Контент доступен по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 License.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Бодрова Ю.А., Фокина М.В., Игнатьева О.И. Клиническое наблюдение тромбоза кавернозного синуса с атипичным течением. *Медицина и биотехнологии*. 2025;1(4):396–401. <https://doi.org/10.15507/3034-6231.001.202504.396-401>

Clinical Case Report of Cavernous Sinus Thrombosis with an Atypical Presentation

J. A. Bodrova, M. V. Fokina , O. I. Ignatyeva

National Research Mordovia State University, Saransk, Russian Federation
 tultaeva2001@mail.ru

Abstract

Cavernous sinus thrombosis represents a form of cerebral venous thrombosis, constituting a rare and life-threatening condition that lacks pathognomonic features. An acute, severe headache is a non-specific symptom frequently associated with this pathology and may, in some instances, be its sole manifestation. The diagnostic challenges, extensive differential diagnoses, and the imperative for immediate therapeutic intervention underscore the clinical significance of this entity. This article details a clinical case of atypical cavernous sinus thrombosis in a 48-year-old male with no apparent predisposing risk factors. The clinical presentation was characterised by a combination of headache and fever, in the absence of focal neurological deficits or ophthalmological manifestations. Computed tomography of the brain revealed radiological evidence of right cavernous sinus thrombosis. Therapeutic-dose direct anticoagulation with heparin was initiated to achieve sinus recanalisation. Upon resolution of the acute phase, the patient was transitioned to a regimen of oral rivaroxaban. Follow-up neurovascular imaging at one month demonstrated no residual signs of thrombosis.

Keywords: thrombosis, cavernous sinus, headache, anticoagulants, computed tomography, clinical case report

Funding: the study received no external funding.

Conflict of interest: the authors declare no conflicts of interest.

For citation: Bodrova J.A., Fokina M.V., Ignatyeva O.I. Clinical Case Report of Cavernous Sinus Thrombosis with an Atypical Presentation. *Meditsina i Biotehnologii = Medicine and Biotechnology*. 2025;1(4):396–401. <https://doi.org/10.15507/3034-6231.001.202504.396-401>

ВВЕДЕНИЕ

Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ) – редкое жизнеугрожающее заболевание; распространенность в развитых странах составляет 1,3–1,6 случаев на 100 тыс. населения в год. ЦВТ служит причиной 0,5–1,0 %

поступлений в инсультный центр. Женщины в возрасте 31–50 лет характеризуются более высокой заболеваемостью – 2,8 на 100 тыс. населения в год. Средний возраст пациентов соответствует 33 годам [1]. Асептический



тромбоз кавернозного синуса (ТКС) может развиваться вследствие окклюзии кровяным сгустком пещеристого синуса, встречается наиболее редко из всех случаев ЦВТ [2]. Летальность при венозных тромбозах составляет от 2 до 38 %, поэтому чрезвычайно важно вовремя их диагностировать и начать лечение, которое включает в себя незамедлительное назначение нефракционированного или низкомолекулярного гепарина [3]. Сложность своевременной диагностики заключается в том, что патогномоничные для ЦВТ симптомы отсутствуют. Компьютерная томография (КТ) с венографией является чувствительным методом для верификации ЦВТ и целесообразна при недоступности магнитно-резонансной томографии (МРТ) или наличии противопоказаний к ее проведению. Использование МРТ в Т1- и Т2 режиме позволяет визуализировать тромб в виде гипоинтенсивной зоны, но может давать отрицательный результат в острой фазе (первые 5 дней) [1].

Клинические проявления вариабельны и зависят от локализации тромбоза и скорости его развития. Самый частый симптом – интенсивная головная боль, у 14–40 % больных она может быть единственным признаком тромбоза, что уводит диагностический поиск в сторону других патологий [4]. Головная боль при ЦВТ не имеет специфического фенотипа. У 32 % пациентов она носит громоподобный характер, у 26 % – подострый, у 42 % пациентов является острой [1]. Интенсивность болевого синдрома обычно умеренная или высокая. В большинстве случаев головная боль усиливается вочные и ранние утренние часы, сопровождается тошнотой, рвотой и фонофобией. Как правило, головная боль диффузная и плохо купируется анальгетиками. Затем возникают такие очаговые и общемозговые симптомы, как угнетение или спутанность сознания, эпилептические приступы (обычно парциальные с вторичной генерализацией и послеприступным параличом), гемипарез, глазодвигательные расстройства, афазия, застойные диски зрительных нервов, психические нарушения. Течение ЦВТ может быть острым (менее 48 ч), подострым (от 48 ч до 30 сут) и хроническим (более 30 сут) [5]. Авторы описали

случай асептического тромбоза кавернозного синуса с нетипичной клиникой: сочетание головной боли с длительной лихорадкой без офтальмологических и очаговых неврологических проявлений.

Цель исследования – продемонстрировать атипичное течение ТКС.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Информация о пациенте

От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на использование его медицинских данных (результатов обследования, лечения и наблюдения) в научных целях.

Мужчина 48 лет в сентябре 2025 г. поступил в неврологическое отделение Рузаевской центральной районной больницы по направлению амбулаторного врача-невролога с жалобами на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, повышение температуры тела, общую слабость.

Головная боль стала беспокоить около трех недель назад, постепенно трансформируясь в постоянную, распирающую, которая не купировалась приемом анальгетиков. В последние 1,5 недели присоединилась фебрильная лихорадка (до 38,5 °C) с ознобами в ночное время. На амбулаторном этапе наблюдался у терапевта с предварительным диагнозом «синусит», получал антибактериальную терапию (амоксициллин) без положительного эффекта. При рентгенографии придаточных пазух диагноз не верифицирован. Впоследствии направлен на консультацию к неврологу, в ходе которой заподозрен ЦВТ. Дано направление на экстренную госпитализацию в неврологическое отделение.

Больной отрицал перенесенные за последний месяц черепно-мозговые травмы, инфекции в области рото-, носоглотки, лица или головы, стоматологические заболевания. Нейрохирургические операции не проводились. В анамнезе гипертоническая болезнь (гипотензивные препараты принимает нерегулярно).

Результаты физикального осмотра

Проведена оценка соматического статуса: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы телесного цвета, обычной влажности, без патологических высыпаний,



отеков нет, видимые слизистые оболочки розовые, без патологических высыпаний. Лимфатические узлы не пальпируются, не увеличены; активные и пассивные движения в суставах конечностей в полном объеме. Дыхание проводится по всем отделам легких, хрипов нет, ЧД 18 в мин, сатурация 98 %. Перкуторно границы сердца не изменены; аускультативно тоны сердца приглушенны, ритмичные, ЧСС 76 уд/мин, патологические шумы не определяются. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Пальпация органов брюшной полости безболезненна, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется, симптомы раздражения брюшины не определяются. Нарушения функций тазовых органов не отмечает. Температура тела 37,6 °C. Антропометрические данные: рост 177 см, масса тела 98 кг.

Проведена оценка неврологического статуса: сознание ясное (по шкале Глазго 15 баллов). Функции черепно-мозговых нервов: обоняние сохранено, острота зрения сохранена, цветоощущение не изменено, зрачки D = S, реакция на свет прямая и содружественная живые, на конвергенцию и аккомодацию сохранены. Движения глазных яблок осуществляются в полном объеме, косоглазие и диплопия не наблюдаются. Болезненности при надавливании на точки выхода ветвей тройничного нерва (надглазничные, подглазничные, подбородочные) не наблюдается, пальпация глазных яблок болезненна. Чувствительность на лице не нарушена, выявляется гиперестезия кожи затылочной области слева, роговичный, конъюнктивальный рефлексы сохранены. Лицевая мускулатура симметричная, слезотечения и сухости глаз нет. Нистагм отсутствует, острота слуха на разговорную и шепотную речь не изменена. Небный и глоточный рефлексы в норме, при глотании не поперхивается, вкус не изменен. Парезов грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц нет. Девиации, фасцикуляции, гипотрофии при осмотре языка не отмечены. Патологии со стороны двигательной и чувствительной сфер не выявлено. Походка не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга слегка неустойчив. Менингеальные симптомы отрицательные.

По данным лабораторных исследований воспалительных изменений не выявлено,

общий и биохимический анализ крови, коагулограмма в пределах нормы.

Проведена КТ головного мозга: данных за очаговое поражение мозга не получено, отмечены косвенные признаки ТКС справа (повышение плотности синуса и сужение цистерн и желудочков). Ретроцеребеллярная киста слева. Атрофические изменения вещества мозга.

При КТ-венографии описаны признаки ТКС справа в виде расширения и утолщения стенки синуса до 8 мм, симптома «плотного треугольника»; кроме этого дифференцирована гипоплазия правой позвоночной артерии.

Пациент осмотрен смежными специалистами: офтальмологом, отоларингологом, стоматологом, первичные очаги инфекции не выявлены. Консультирован главным внештатным неврологом, исключена септическая форма ТКС, отменена антибактериальная терапия.

Клинический диагноз

На основе жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторно-инструментальных данных обоснован клинический диагноз: тромбоз кавернозного синуса справа, выраженный стойкий цефалгический синдром.

Назначено и проведено лечение: гепарин 5 000 ЕД подкожно (п/к) 4 раза в сутки (р/сут), пентоксифиллин 2 % 5,0 мл разведенный в растворе натрия хлорида 0,9 % 200,0 внутривенно (в/в) капельно 1 раз в день (р/д) № 10, диклофенак 75 мг внутримышечно (в/м) при повышении температуры, ацетилсалициловая кислота 125 мг 1 р/д вечером.

Результат лечения

За время стационарного лечения продолжительностью 14 дней у больного периодически отмечались вечерние подъемы температуры тела до субфебрильных цифр (37,8 °C). Головная боль постоянного характера имела непостоянную локализацию: сначала боль беспокоила в правой височной области, иррадиировала в теменную область, спустя неделю боль мигрировала в затылочную область, правый висок и окологлазничную область, усиливалась при физическом напряжении, кашле, поворотах головы. Анальгетические препараты незначительно уменьшали боль, но полностью ее не купировали. При наблюдении в динамике



прогрессирования заболевания и очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

К окончанию стационарного лечения вечерние подъемы температуры тела прекратились, сохранялась незначительная головная боль. На контрольной КТ головного мозга отмечалась положительная динамика, однако признаки ТКС сохранялись.

При выписке из стационара на амбулаторный этап лечения пациенту рекомендовано продолжать антикоагулянтную терапию препаратом ривароксабан 20 мг 1 р/д в течение месяца с последующей коррекцией дозы.

Спустя месяц проведена контрольная КТ головного мозга, где данных за ТКС не выявлено. Состояние пациента с положительной динамикой (цефалгический синдром полностью купирован), антикоагулянтная терапия отменена.

ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный обзор клинического случая ТКС позволяет выделить несколько ключевых аспектов:

1. Диагностическая ценность «красных флагов». Классические триады симптомов (такие как экзофталм, отек и покраснение периорбитальной области, век и конъюнктив, офтальмоплегия) не являются обязательными для ТКС. Их отсутствие не должно исключать данный диагноз. Основой для подозрений в подобных нетипичных случаях должны служить стойкая, резистентная к терапии

головная боль и неспецифические общемозговые симптомы. Головная боль имеет характерные черты «венозной» и обусловлена внутричерепной гипертензией, которая подтверждена данными КТ исследования.

2. Проблема идиопатических случаев. Отсутствие идентифицируемого первичного очага инфекции (отогенного, риногенного, одонтогенного, инфекции лица и орбиты) представляет собой отдельную диагностическую проблему и указывает на возможность криптогенного тромбоза, где на первый план выходят исследования на тромбофилию и другие протромботические состояния. Асептический тромбоз способен вызывать неинфекционное воспаление в стенке сосуда и вокруг него, которое в данном случае проявлялось субфебрильной и фебрильной лихорадкой.

3. Приоритет инструментальной диагностики. В условиях стертый клинической картины решающее значение для верификации диагноза приобретают методы нейровизуализации, в первую очередь, МРТ в режиме венографии или КТ-венография. Этот случай служит напоминанием о том, что «исключить тромбоз» можно только с помощью целенаправленного визуального исследования венозной системы мозга.

Таким образом, настороженность в отношении атипичных, «малосимптомных» форм ЦВТ является залогом своевременной диагностики и предотвращения тяжелых неврологических осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулеш А.А. Церебральный венозный тромбоз и его геморрагические осложнения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(2):10–18. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-10-18>
2. Берест И.Е., Миронец С.Н. Септический тромбоз кавернозного синуса. *Вестник оториноларингологии*. 2017;82(6):72–76. <https://doi.org/10.17116/otorino201782672-76>
3. Ferro J.M., Bousser M.G., Canhao P., Coutinho J.M., Crassard I., Dentali F., et al. European Stroke Organization Guideline for the Diagnosis and Treatment of Cerebral Venous Thrombosis – Endorsed by the European Academy of Neurology. *European Journal of Neurology*. 2017;24(10):1203–1213. <https://doi.org/10.1111/ene.13381>
4. Рамазанов Г.Р., Коригова Х.В., Петриков С.С. Диагностика и лечение церебрального венозного тромбоза. *Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2021;10(1):122–134. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-122-134>
5. Максимова М.Ю., Дубовицкая Ю.И., Шувахина Н.А. Клиника, диагностика и лечение тромбоза мозговых вен и венозных синусов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2018;3(2):3–8. <https://doi.org/10.17116/jnevro2018118323-8>

REFERENCES

1. Kulesh A.A. Cerebral Venous Thrombosis and its Hemorrhagic Complications. *Nevrologiya, Neiropsikhiatriya, Psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(2):10–18. (In Russ., abstract in Eng.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-10-18>

2. Berest I.E., Mironets S.N. Septic Thrombus of the Cavernous Sinus. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2017;82(6):72–76. (In Russ., abstract in Eng.). <https://doi.org/10.17116/otorino201782672-76>
3. Ferro J.M., Bousser M.G., Canhao P., Coutinho J.M., Crassard I., Dentali F., et al. European Stroke Organization Guideline for the Diagnosis and Treatment of Cerebral Venous Thrombosis – Endorsed by the European Academy of Neurology. *European Journal of Neurology*. 2017;24(10):1203–1213. <https://doi.org/10.1111/ene.13381>
4. Ramazanov G.R., Korigova Kh.V., Petrikov S.S. Diagnostics and Treatment of Cerebral Venous Thrombosis. *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*. 2021;10(1):122–134. (In Russ., abstract in Eng.). <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-122-134>
5. Maksimova M.Yu., Dubovitskaya Yu.I., Shuvakhina N.A. Clinical Presentations, Diagnosis and Treatment of Cerebral Vein and Sinus Thrombosis. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;3(2):3–8. (In Russ., abstract in Eng.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2018118323-8>

Поступила 31.10.2025 г.; одобрена после рецензирования 05.12.2025 г.; принята к публикации 10.12.2025 г.

Об авторах:

Бодрова Юлия Алексеевна, ординатор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института Национального исследовательского Мордовского государственного университета (430005, Российская Федерация, г. Саранск, ул. Большевистская, 68), ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3953-9953>, ulayu@yandex.ru

Фокина Мария Валерьевна, ординатор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института Национального исследовательского Мордовского государственного университета (430005, Российская Федерация, г. Саранск, ул. Большевистская, 68), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3503-0034>, tultaeva2001@mail.ru

Игнатьева Ольга Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института Национального исследовательского Мордовского государственного университета (430005, Российская Федерация, г. Саранск, ул. Большевистская, 68), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4058-291X>, Scopus ID: 57391135500, Researcher ID: IAR-5368-2023, SPIN-код: 3708-9210, ignat-oi@yandex.ru

Вклад авторов:

Ю. А. Бодрова – участие в исследовании, обработка материала; анализ и интерпретация данных, написание и редактирование текста.

М. В. Фокина – концепция и дизайн исследования; анализ и интерпретация данных; написание и редактирование текста.

О. И. Игнатьева – концепция и дизайн исследования; написание и редактирование текста.

Все авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Submitted 31.10.2025; revised 05.12.2025; accepted 10.12.2025.

About the authors:

Julia A. Bodrova, Resident, Department of Psychiatry, Narcology, and Neurology, Institute of Medicine, National Research Mordovia State University (68 Bolshevikskaya St., Saransk 430005, Russian Federation), ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3953-9953>, ulayu@yandex.ru

Maria V. Fokina, Resident, Department of Psychiatry, Narcology, and Neurology, Institute of Medicine, National Research Mordovia State University (68 Bolshevikskaya St., Saransk 430005, Russian Federation), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3503-0034>, tultaeva2001@mail.ru

Olga I. Ignatyeva, Cand.Sci. (Med.), Associate Professor, Departments of Psychiatry, Narcology, and Neurology, Institute of Medicine, National Research Mordovia State University (68 Bolshevikskaya St., Saransk 430005, Russian Federation), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4058-291X>, Scopus ID: 57391135500, Researcher ID: IAR-5368-2023, SPIN-code: 3708-9210, ignat-oi@yandex.ru

Authors' contribution:

J. A. Bodrova – study participation, data processing; data analysis and interpretation; writing and editing.

M. V. Fokina – study concept and design; data analysis and interpretation; writing and editing.

O. I. Ignatyeva – study concept and design; writing and editing.

All authors have read and approved the final manuscript.