

## КАВЕРНОЗНАЯ ГЕАНГИОМА ОРБИТЫ КАК ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ РЕТРОБУЛЬБАРНОЙ ГЕМАТОМЫ

УДК 617.7  
ГРНТИ 76.29.56  
БАК 14.00.08

© О. А. Марченко<sup>1</sup>, В. В. Потемкин<sup>2</sup>, И. В. Ширяев<sup>2</sup>, В. П. Николаенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург

✦ **Ключевые слова:** орбитальная кавернозная гемангиома; орбитальная гематома; хроническая, травматическая интракониальная гематическая киста; орбитальные опухоли.

Пожалуй, каждый офтальмохирург в своей практике сталкивался с ретробульбарной гематомой, являвшейся, как правило, следствием травмы [3, 6, 8], реже — осложнением анестезии или пластических операций, в казуистических случаях — манифестным проявлением сосудистой мальформации или новообразования глазницы [1, 7]. В подавляющем большинстве случаев речь идет об острой патологии. Сообщения о хронических гематомах орбиты носят единичный характер [5], поэтому изложенный ниже клинический случай представляет, на наш взгляд, несомненный интерес.

Пациент П., 31 год, 24.03.08 поступил на стационарное лечение в офтальмологический центр Городской многопрофильной больницы № 2 с диагнозом «новообразование левой орбиты».

При поступлении пациент предъявил жалобы на незначительное снижение остроты зрения, выстояние и смещение левого глаза вниз и к носу, ограничение подвижности глазного яблока кнаружи и кверху, сопровождающееся двоением.

Из анамнеза известно, что в июне 2006 года пациент получил закрытую черепно-мозговую травму, в симптомокомплекс которой входила и гематома левой орбиты (рис. 1, а), верифицированная с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). Консервативное лечение привело к регрессу офтальмологической симптоматики. Однако по прошествии двухлетнего периода пациент стал предъявлять перечисленные выше жалобы, что вынудило его обратиться за медицинской помощью.

При поступлении в стационар острота зрения левого глаза равна 0,8, правого — 1,0. Периферические границы полей зрения в норме. Внутриглазное давление обоих глаз по Маклакову составило 19 мм рт. ст.

Объективное обследование выявило протрузию левого глаза, равную 7 мм, затрудненную репозицию глазного яблока и ограничение его подвижности кверху и кнутри, расширение глазной щели на 2 мм. При офтальмоскопии обнаружены складки хориоидеи в папилломакулярной зоне, а также признаки венозного стаза в виде извитости и полнокровия венул.

На прицельных МР-томограммах интракониально в верхнемедиальном отделе левой орбиты определялось образование, состоящее из двух частей, с четкими неровными контурами, неоднородным гиперинтенсивным сигналом на T2-взвешенных

изображениях (ВИ) и гиперинтенсивным сигналом на T1-ВИ, размерами 2,7 × 2,4 × 3,3 см (рис. 2, б, в).

На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного и дополнительных методов исследования был поставлен клинический диагноз «новообразование левой орбиты», и 27.03.08 г. пациенту выполнена нижнемедиальная трансконъюнктивная наднадкостничная орбитотомия.

В ходе операции интракониально обнаружено новообразование мягкоэластической консистенции темно-красного цвета округлой формы, размерами 20 × 15 мм, с бугристой поверхностью. При выделении опухоли произошло вскрытие капсулы, в результате чего излилось около 1 мл гемолизированной крови. Оболочка новообразования (расцененного как хроническая посттравматическая инкапсулированная ретробульбарная гематома орбиты) была иссечена и отправлена на гистологическое исследование. При дальнейшей ревизии в заднемедиальных отделах внутреннего хирургического пространства обнаружены уплотненные богато васкуляризованные мягкие ткани, которые после иссечения также были отправлены на морфологическое исследование.

В послеоперационном периоде пациент получал стандартную антибактериальную и противовоспалительную терапию. При выписке острота зрения левого глаза возросла до 1,0, глазное яблоко заняло правильное положение в орбите, исчезли офтальмоскопические признаки ретробульбарного новообразования.

Микроскопическое исследование от 27.03.08 № 64372-64391 выявило в образцах гистологические признаки кавернозной гемангиомы и псевдокапсулы хронической гематомы (рис. 2).

### ОБСУЖДЕНИЕ

Орбитальная кавернозная гемангиома составляет около 70 % всех сосудистых новообразований орбиты [2]. Отличительными особенностями роста кавернозной гемангиомы можно считать ее ограниченность, наличие капсулы, отсутствие непосредственного перехода сосудов опухоли в сосуды окружающих орбитальных тканей. Кровоток внутри новообразования направлен по ограниченному руслу, в то время как основная масса полостей является лишь резервуарами, кровоток в которых замедлен. Это лежит в основе стационарного экзозофтальма, не увеличивающегося при физической

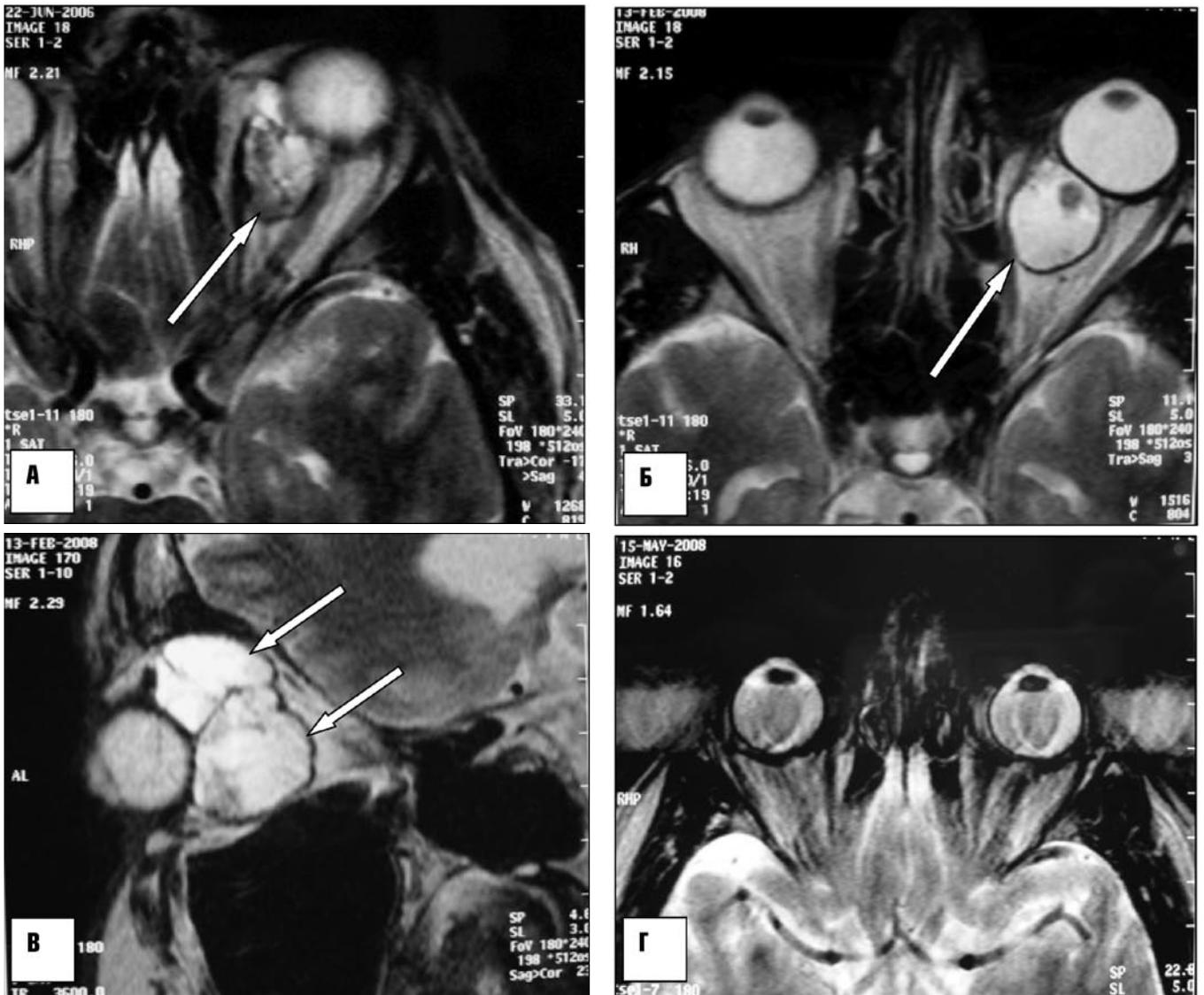


Рис. 1. Результаты МРТ левой орбиты пациента П.: А — МР-картина, полученная в остром периоде черепно-мозговой травмы и орбитальной травмы (22.06.2006 г.) и расцененная как «подострая ретробульбарная гематома»; Б — Т2-ВИ томограмма в аксиальной проекции от 13.02.2008 г.; В — Т2-ВИ в сагиттальной проекции четко визуализирует два образования в орбите (отмечены стрелками). Переднее, менее интенсивное и не столь гомогенное, заднее — более однородное и гиперинтенсивное. Оба образования имеют свою капсулу; Г — контрольная МРТ, выполненная через 1,5 месяца

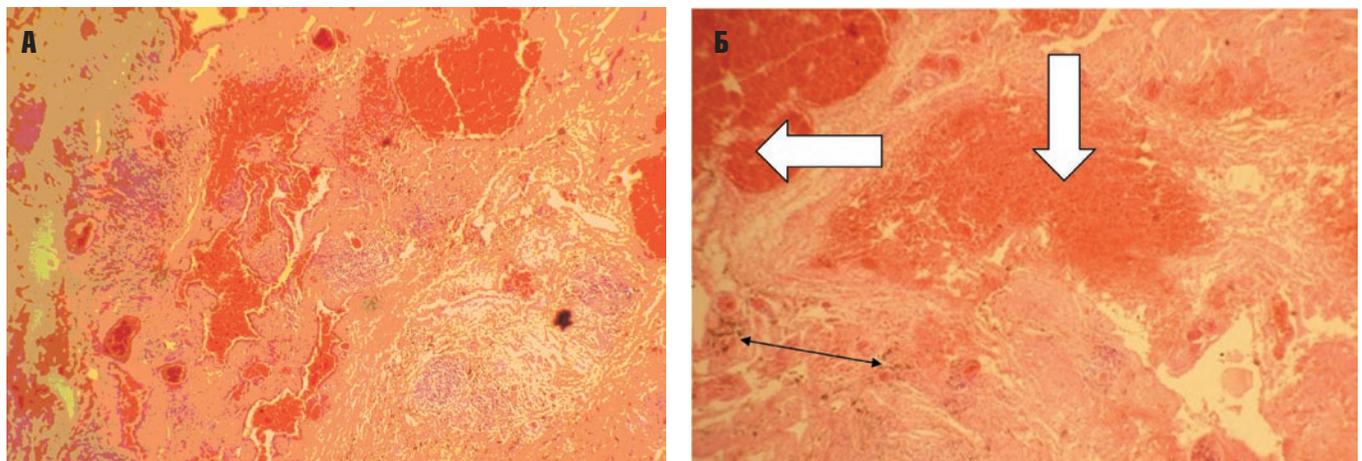


Рис. 2. Микропрепараты пациента П.  
А — На снимке множественные расширенные сосуды (лакуны), заполненные кровью. Окраска — гематоксилин-эозин  $\times 500$ .  
Б — В левом верхнем углу видна расширенная заполненная кровью лакуна, что характерно для гемангиомы. Стрелка вниз показывает гематому. Черной стрелкой показаны скопления гемосидерина. Окраска — гематоксилин-эозин  $\times 500$

нагрузке. Однако в ряде случаев возможно быстрое увеличение протрузии с прогрессированием других симптомов, свойственных новообразованиям орбиты [4]. На наш взгляд, закрытая черепно-мозговая травма с контузией глазного яблока и орбиты привели к повреждению капсулы гемангиомы, скоплению и инкапсуляции излившейся во внутреннее хирургическое пространство крови. Итогом явилась достаточно редкая клиническая картина сосуществования двух содержащих кровь образований глазницы.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бровкина А. Ф. Болезни орбиты. — М.: Медицина, 1993. — 240 с.
2. Бровкина А. Ф. Опухоли орбиты / Бровкина А. Ф. Вальский В. В., Гусев Г. А. и др. // Офтальмоонкология: Руководство для врачей / Под редакцией Бровкиной А. Ф. — М.: Медицина, 2002. — Гл. 8. — С. 331–342.
3. Гундорова Р. А. Травмы глаза / Гундорова Р. А., Малаев А. А., Южаков А. М.. — М.: Медицина, 1986. — 368 с.
4. Пачес А. И. Клиническая онкология органа зрения / Пачес А. И., Бровкина А. Ф., Зиангирова Г. Г. — М.: Медицина, 1980. — 328 с.

5. Chronic, traumatic intraconal hematic cyst of the orbit removed through the fronto-orbital approach / Akira I., lwata A., Matsumoto T. et al. // Neurologia medico-chirurgica — 2000 — Vol. 40, N 2. — P. 106–109.
6. Gerbino G. Diagnosis and treatment of retrobulbar hematomas following blunt orbital trauma: a description of eight cases / Gerbino G., Ramieri G. A., Nasi A. // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. — 2005. — Vol. 34, N 2. — P. 127–131.
7. Orbital hematomas / Schick B., Weber R., Keerl R. et al. // Laryngorhinootologie. — 1996. — Bd 75, N 6. — P. 363–367.
8. Sullivan W. G. Displaced orbital roof fractures: presentation and treatment / Sullivan W. G. // Plast. Reconst. Surg. — 1991. — Vol. 87, N 4. — P. 657–661.

### ORBITAL CAVERNOUS HEMANGIOMA AS A CAUSE OF CHRONIC RETROBULBAR HEMATOMA

*Marchenko O. A., Potemkin V. V.,  
Shiriaev I. V., Nikolaenko V. P.*

✧ **Key words:** orbital cavernous hemangioma; orbital hematoma; chronic; traumatic intraconal hematic cyst; orbital tumors.

#### Сведения об авторах:

**Марченко Ольга Анатольевна**, врач-офтальмолог, 5-е офтальмологическое отделение, Городская многопрофильная больница № 2, 194017, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5.

**Потемкин Виталий Витальевич**, очный аспирант, кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6, корпус 16, e-mail: potem@inbox.ru.

**Ширяев Игорь Владимирович**, клинический ординатор, кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6, корпус 16.

**Николаенко Вадим Петрович**, д. м. н., заведующий, офтальмологическое отделение, Городская многопрофильная больница № 2, 194017, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5, e-mail: dr.nikolaenko@mail.ru.