



## ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ОРБИТЫ

© **В.В. Потёмкин<sup>1,2</sup>, Е.В. Агеева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Санкт-Петербург

Для цитирования: Потёмкин В.В., Агеева Е.В. Варикозное расширение вен орбиты // Офтальмологические ведомости. — 2017. — Т. 10. — № 4. — С. 61–63. doi: 10.17816/OV10461-63

Поступила в редакцию: 14.07.2017

Принята к печати: 26.09.2017

✧ В статье описаны патогенез, клинические проявления, а также методы диагностики и лечения варикозного расширения вен орбиты.

✧ **Ключевые слова:** варикозное расширение вен орбиты.

## ORBITAL VARIX

© **V.V. Potemkin<sup>1,2</sup>, E.V. Ageeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia;

<sup>2</sup>City Ophthalmologic Center of City Hospital No 2, Saint Petersburg, Russia

For citation: Potemkin VV, Ageeva EV. Orbital varix. *Ophthalmology Journal*. 2017;10(4):61-63. doi: 10.17816/OV10461-63

Received: 14.07.2017

Accepted: 26.09.2017

✧ In the article, we report on pathogenesis, clinical features, and methods of diagnosis and treatment of orbital varix.

✧ **Keywords:** orbital varix.

Варикозное расширение вен орбиты, будучи венозной мальформацией, относится к группе сосудистых гамартом. Составляет менее 1,3 % от всех новообразований орбиты [6, 8–10]. Патогенез заболевания до конца не изучен. Основой развития заболевания предположительно становится ослабление стенки вены. Это приводит к застою кровотока. Отсутствие клапанов в венах орбиты способствует увеличению объема крови и замедленному кровотоку. Таким образом, основными механизмами развития варикозного расширения вен орбиты представляются как ослабление стенки вены, так и замедление кровотока [1, 4].

Диагностируется данное заболевание в большинстве случаев в возрасте 10–30 лет. Чаше остальных поражается *v. orbitalis superior*, однако могут быть вовлечены и другие вены орбиты. Основным клиническим проявлением варикозно-

го расширения вен орбиты выступает позиционный экзофтальм. Экзофтальм усиливается, когда пациент лежит, наклоняется или выполняет прием Вальсальвы [5]. В некоторых случаях начало заболевания может быть острым и проявляться болезненным экзофтальмом и снижением зрения вследствие компрессионной нейрооптикопатии [1, 12]. Однако такое начало более характерно для лимфангиом орбиты [2].

Варикозное расширение вен орбиты может быть как первичным, так и вторичным. Первичное поражение ограничено орбитой и не связано с внутричерепными артериовенозными мальформациями. Вторичное поражение связано с внутричерепными артериовенозными мальформациями, которые шунтируют кровь в орбитальную венозную систему и приводят к вторичному расширению вен орбиты [3].

Для постановки диагноза требуется один из следующих дополнительных методов исследования: компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография, цветная доплерография, ультразвуковое исследование (УЗИ) или рентгенологическое исследование. Во время исследований необходимо применить приём Вальсальвы [1, 7, 11, 13].

Единого подхода к лечению данного заболевания нет. В большинстве случаев пациенты требуют лишь наблюдения. Показаниями к лечению



Рис. 1. В-сканирование правой орбиты

Fig. 1. Ultrasound examination of the right orbit

являются: снижение зрения, болевой синдром, наличие высокого риска осложнений, а также косметический дефект. К основным методам лечения варикозного расширения вен орбиты относят склеротерапию, эмболизацию и лигирование [4, 6].

В рамках данной статьи представлен клинический случай варикозного расширения вен орбиты.

В мае 2017 г. на V микрохирургическое отделение СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» обратилась пациентка 59 лет с жалобами на периодически появляющееся образование овальной формы в средней трети верхнего века преимущественно при наклонах вниз головы, выраженный отёк верхнего века. Продолжительность заболевания, со слов пациентки, приблизительно 7 лет. Амбулаторно было выполнено В-сканирование орбиты. Согласно заключению в средней трети верхнего века обнаружено объемное образование размером  $2,06 \times 1,61 \times 0,94$  см, с неоднородной эхогенностью и включениями средней эхогенности. Прорастания вглубь орбиты не выявлено (рис. 1).



Рис. 2. Внешний вид пациентки при поступлении: *a* — при положении головы прямо, *b* — при наклоне головы, *c* — после наклона головы

Fig. 2. Appearance of a patient on admission: *a* — head is straight, *b* — head is tilted, *c* — after tilting the head

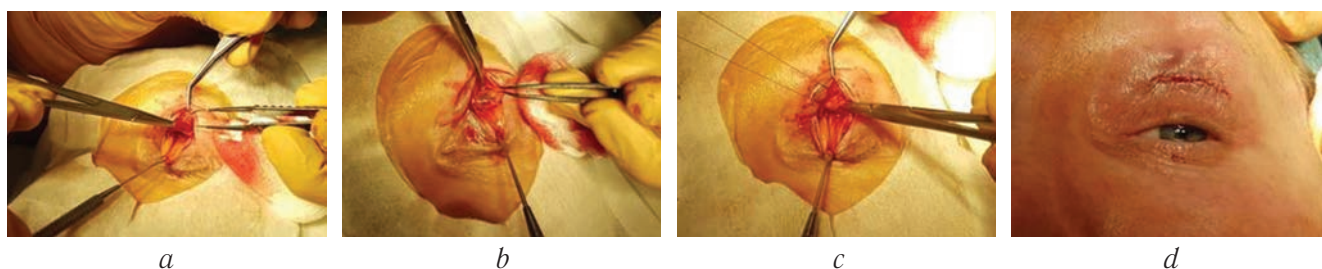


Рис. 3. Ход операции (описание в тексте)

Fig. 3. Surgical procedure (description in the text)



Рис. 4. Внешний вид пациентки на 7-е сутки после операции

Fig. 4. Appearance of a patient in 7 days after surgical procedure

Рис. 5. Внешний вид пациентки через 2 мес. после операции

Fig. 5. Appearance of a patient in 2 months after surgical procedure

Также была выполнена КТ орбит в двух проекциях в стандартном положении лёжа без применения приёма Вальсальвы, по данным которой патологии не обнаружено.

При объективном обследовании было выявлено мягкотканное образование округлой формы в наружных отделах орбиты, в проекции средней трети верхнего века, увеличивающееся при наклоне головы (рис. 2).

Расположение варикозного узла в передних отделах орбиты позволило произвести его лигирование. Пациентке была выполнена транспальпебральная наднадкостничная орбитотомия. Через доступ по складке верхнего века непосредственно под преапоневротическим (центральный) жировым пакетом была выделена варикозно расширенная вена (рис. 3, *a, b*), фиксирована зажимом, прошита П-образным швом (Vicryl 4/00) и коагулирована (рис. 3, *c*). Дефект кожи ушит узловыми швами (Vicryl 6/00) (рис. 3, *d*).

Течение послеоперационного периода проходит без особенностей (рис. 4, 5, *a, b*).

Единого подхода к лечению варикозно расширенных вен орбиты нет ввиду высокого риска осложнений в интра- и послеоперационном периоде. Расположение варикозного узла в передних отделах орбиты позволяет хорошо его визуализировать во время операции и безопасно провести лигирование.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бровкина А.Ф. Болезни орбиты. — М., 2008. — С. 127–129. [Brovkina AF. *Bolezni orbity*. Moscow; 2008. P. 127-129. (In Russ.)]
2. Потёмкин В.В., Марченко О.А., Агеева Е.В., Малахова Ю.И. Лимфангиома орбиты // Офтальмологические ведомости. — 2017. — Т. 10. — № 1. — С. 93–96. [Potemkin VV,
3. Marchenko OA, Ageeva EV, Malakhova YuI. Orbital lymphangioma. *Ophthalmology journal*. 2017;10(1):93-96. (In Russ.). doi: 10.17816/OV1093-96.
4. Blaniuk LT. Orbital vascular lesions. Role of imaging. *Radiol Clin North Am*. 1999;37:169-183. doi: org/10.1016/S0033-8389(05)70085-3.
5. Bullock JD, Goldberg SH, Connelly PJ. Orbital varix thrombosis. *Ophthalmology*. 1990;97:251-256. doi: org/10.1016/S0161-6420(90)32615-5.
6. Foroozan R, Shields CL, Shields JA, et al. Congenital orbital varices causing extreme neonatal proptosis. *Am J Ophthalmol*. 2000;129:693-694. doi: org/10.1016/S0002-9394(00)00417-7.
7. Henderson JW, Campbell RJ, Farrow GM, Garrity JA. Orbital Tumors. New York: Raven Press; 1994:43-52.
8. Lieb WE, Merton DA, Shields JA. Color Doppler imaging in the demonstration of an orbital varix. *Br J Ophthalmol*. 1990;74:305-8. doi: org/10.1136/bjo.74.5.305.
9. Shields JA, Bakewell B, Augsburger JJ, Flanagan JC. Classification and incidence of space-occupying lesions of the orbit. *Arch Ophthalmol*. 1984;102:1606-1611. doi: org/10.1001/archophth.1984.01040031296011.
10. Seregard S, Sahlin S. Panorama of orbital space-occupying lesions. The 24-year experience of a referral center. *Acta Ophthalmol Scand*. 1999;77:91-98. doi: org/10.1034/j.1600-0420.1999.770121.x.
11. Sen DK. Aetiological pattern of orbital tumors in India and their clinical presentations. A 20-year retrospective study. *Orbit*. 1990;9:299-302. doi: org/10.3109/01676839009019301.
12. Shields JA, Dolinskas C, Augsburger JJ, et al. Demonstration of orbital varix with computed tomography and Valsalva maneuver. *Am J Ophthalmol*. 1984;97:108-10. doi: org/10.1016/0002-9394(84)90460-4.
13. Shimura M, Kiyosawa M, Aikawa H, et al. Spontaneous orbital hemorrhage in adult females. *Ophthalmologica*. 1992; 205:149-57. doi: org/10.1159/000310332
14. Vignaud J, Clay C, Bilaniuk LT. Venography of the orbit. *Radio-logy*. 1974;110:373-382. doi: org/10.1148/110.2.373.

## Сведения об авторах

**Виталий Витальевич Потёмкин** — канд. мед. наук, доцент кафедры офтальмологии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России; врач-офтальмолог. СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Санкт-Петербург. E-mail: potem@inbox.ru.

**Елена Владимировна Агеева** — врач-офтальмолог. СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Санкт-Петербург. E-mail: ageeva\_elena@inbox.ru.

## Information about the authors

**Vitaly V. Potyomkin** — PhD, assistant professor. Department of Ophthalmology. Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University; ophthalmologist. City hospital No 2, Saint Petersburg, Russia. E-mail: potem@inbox.ru.

**Elena V. Ageeva** — ophthalmologist. City Hospital No 2, Saint Petersburg, Russia. E-mail: ageeva\_elena@inbox.ru.