



Горджян Т.А.¹ ✉, Ситник Г.Д.¹, Котов Ю.А.¹, Ткаченко Е.М.², Лисай М.С.³

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Клиническая поликлиника № 39 г. Минска, Минск, Беларусь

³ Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, Минск, Беларусь

Сложности диагностики редкого коморбидного состояния в медицинской практике

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: все авторы внесли существенный вклад в создание статьи.

Подана: 05.12.2025

Принята: 09.02.2026

Контакты: tag2547@mail.ru

Резюме

Наиболее тесные анатомо-топографические связи орбита имеет с придаточными пазухами носа, а также с полостью черепа. Отток венозной крови и лимфы из орбиты прежде всего зависит от состояния (проходимости) кавернозного синуса, поэтому изменения в этой области не могут не отражаться на функции черепно-мозговых нервов, а именно III, IV и VI пары, состояние которых влияет на подвижность глазного яблока и положение век.

Офтальмологические симптомы всегда заметнее и наиболее выражены, поэтому пациенты обращаются чаще всего к офтальмологам. Этиология и патогенез при одной и той же клинической картине могут быть разными.

Ключевые слова: тромбоз кавернозного синуса, синдром Толоса – Ханта, офтальмологические осложнения, диагностика и лечение



Gyurdzhyan T.¹ ✉, Sitnik G.¹, Kotov Yu.¹, Tkachenko E.², Lisay M.³

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² Clinical Polyclinic No. 39 of Minsk, Minsk, Belarus

³ Republican Center for Medical Rehabilitation and Balneotherapy, Minsk, Belarus

Difficulties in Diagnosing a Rare Comorbid Condition in Medical Practice

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: all authors made a significant contribution to the creation of the article.

Submitted: 05.12.2025

Accepted: 09.02.2026

Contacts: tag2547@mail.ru

Abstract

The outflow of venous blood and lymph from the orbit primarily depends on the condition (patency) of the cavernous sinus, therefore changes in this area cannot but affect the function of the cranial nerves, and these are primarily the III, IV and VI pairs, the condition of which impairs the mobility of the eyeball and the position of the eyelids.

Ophthalmological symptoms are always more noticeable and pronounced, so patients primarily consult ophthalmologists. The etiology and pathogenesis of the same clinical presentation can vary.

Keywords: cavernous sinus thrombosis, Tolosa – Hunt syndrome, ophthalmological complications, diagnosis and treatment

■ ВВЕДЕНИЕ

Экзофтальм представляет собой одно из наиболее частых офтальмологических проявлений заболеваний щитовидной железы, околоносовых пазух, но может быть и проявлением сосудистой патологии неспецифического процесса в виде гранулематозного воспаления в области кавернозного синуса, верхней глазничной щели, вершины орбиты, вен глазного яблока, орбиты и при этом иметь как двусторонний, так и односторонний характер [1–3, 7]. Это относится не только к офтальмологическим проявлениям эндокринных и воспалительных заболеваний (синдрома Толоса – Ханта), но и к сосудистой патологии. Как известно, затруднение венозного оттока вен ретробульбарного пространства сопровождается затруднением и лимфооттока в тканях, что приводит к отекам век, глазодвигательных мышц, ретробульбарной клетчатки. Клинически это проявляется ограничением подвижности и смещением глазного яблока, что вызывает двоение, экзофтальм и офтальмогипертензию [6, 7].

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Из анамнеза заболевания: в январе 2025 г. мужчина М. 1984 года рождения вместе со всей семьей перенес вирусную инфекцию с повышением температуры тела в течение 4 дней, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно. В начале февраля, когда появилось покраснение правого глаза, обратился

к офтальмологу КНОП 10-й ГКБ г. Минска, где был поставлен диагноз «острый конъюнктивит ОД», было назначено соответствующее лечение (антибиотики в инстилляциях), но эффекта не было. 16.02.25 обратился в МЦ ЛОДЭ, где был поставлен диагноз «эписклерит, конъюнктивит, транзиторная офтальмогипертензия ОД» и был назначен дополнительно тимолол 1% 2 раза в день.

21.02.25 пациент обратился к офтальмологу по месту жительства в 39-ю поликлинику г. Минска, так как не было эффекта от проводимого лечения.

При обследовании: отмечалась нормализация ВГД (18/19 мм рт. ст.), но на фоне покраснения ОД появился хемоз конъюнктивы ОД.

Было рекомендовано продолжить лечение и дополнительно назначено: валацикловир 500 мг 2 раза в день 7 дней; ибупрофен 200 мг 3 раза в день 5 дней, аскорутин 1 т. 3 раза в день; местно – дексаметазон по схеме в инстилляциях на 15 дней; индиклофенак 0,1% 3 раза в день и продолжить инстилляцию тимолола 2 раза в день.

Пациент был проконсультирован невропатологом поликлиники, который направил его на МРТ ГМ и бесконтактную МР-артериовенографию (МЦ ЛОДЭ 28.02.25).

Заключение: признаки правостороннего экзофтальма, расширение вен правой орбиты, небольшого отека жировой клетчатки, утолщения мышц правого глаза, слабого патологического расширения вен правого кавернозного синуса. Убедительных МР-признаков каротидно-кавернозного соустья не выявлено. Патологические изменения необходимо дифференцировать между последствиями тромбоза кавернозного синуса и воспалительным или опухолевым процессом. Рекомендовано дообследование МРТ с контрастным усилением по динамической программе и с отсроченным сканированием.

К этому времени у пациента появилась дополнительная жалоба на двоение в глазах, усиливающееся при взгляде вправо.

Офтальмологический статус: Vis OD/OS = 1,0/1,0; ПТМ = 36/25 мм рт. ст. Ограничение отведения обоих глаз кнаружи с усилением двоения. Отмечена застойная инъекция, усилился хемоз конъюнктивы ОД.

Был поставлен предположительный диагноз «тромбоз кавернозного синуса? Экзофтальм ОД, транзиторная офтальмогипертензия».

В тот же день (28.02.25) пациент был срочно направлен на стационарное обследование и лечение в нейрохирургическое отделение БСМП.

При первом осмотре врачом-офтальмологом БСМП отмечено: экзофтальм ОД, частичный птоз верхнего века, инъекция и хемоз конъюнктивы ОД.

Vis OD/OS = 1,0/1,0; поля зрения в норме; ВГД в норме. Зрачковые реакции сохранены. Ограничение движений ОД вверх и вправо (кнаружи). Офтальмоскопически: в ОД соотношение а:в = 2:4 вследствие полнокровия вен, в ОС соотношение а:в = 2:3.

Проведена рентгенография органов грудной клетки – инфильтративных теней не выявлено.

01.03.25 при КТ ГМ – патологии со стороны венозных синусов не выявлено; патологических объемных образований, геморрагического содержимого в полости черепа не выявлено. Очагов патологической плотности в веществе головного мозга не определяется. Базальные цистерны, желудочки мозга, кортикальные борозды не расширены. Срединные структуры не смещены. Костно-травматических и деструктивных изменений свода, основания черепа не выявлено. При проведении КТА: интракраниальные сосуды контрастированы полностью. Дефектов контрастирования



и аневризматических расширений интракраниальных сосудов не выявлено. Экзофтальм справа. Расширена верхняя глазничная вена справа. Несколько расширен правый кавернозный синус с неоднородным контрастированием.

Заключение: косвенные КТ-признаки тромбоза кавернозного синуса справа в стадии реканализации.

04.03.25 была проведена повторная МРТ головного мозга, МРТ лицевого черепа, МРТ диффузно-взвешенное исследование: МР-ангиография (венография). Контрастное усиление МРТ головного мозга с контрастным усилением МРТ лицевого черепа.

Описание: экзофтальм, небольшой отек ретробульбарной клетчатки и утолщение экстраокулярных мышц, патологическое расширение правого кавернозного синуса, расширение вен правой орбиты. Зрительные нервы дифференцируются, достоверно не изменены. Определяется утолщение в области правого пещеристого синуса, распространяющееся на правую глазничную щель и вершину орбиты общим размером до 15–30 мм, диффузно накапливающее контрастное вещество без явных признаков наличия дефектов наполнения. В субкортикальном веществе головного мозга визуализируются единичные мелкие очажки до 2–3 мм, гиперинтенсивные в режимах T2 FLAIR.

При бесконтрастной МР-флебографии – большая вена головного мозга и нижний сагиттальный синус не изменены. Верхний сагиттальный синус нормального диаметра с обычно расположенными впадающими в него поверхностными церебральными венами. Дефектов наполнения в синусах, визуализированных поверхностных и глубоких венах не определяется, интенсивность МР-сигнала от потока в сосудах сохранена.

Заключение: экзофтальм справа, отек ретробульбарной клетчатки и экстраокулярных мышц, расширение вен правой глазницы, утолщение правого пещеристого синуса с переходом на глазничную щель и вершину глазницы.

МР-картина может соответствовать синдрому Толоса – Ханта, нельзя исключить тромбоз кавернозного синуса. Единичные субкортикальные очаговые изменения в больших полушариях головного мозга, вероятно, сосудистого генеза.

Известно, что синдром Толоса – Ханта обычно является идиопатическим, и, как полагают, возникает из-за неспецифического воспаления в области пещеристого синуса и/или верхней глазничной щели. Однако травматическое повреждение, опухоли или аневризма могут быть потенциальными триггерами.

05.03.25 осмотрен невропатологом, заключение: больше данных за тромбоз кавернозного синуса (неуточненного срока давности) с синдромом Толоса – Ханта, ранний восстановительный период.

Были проведены следующие обследования: гемостазиограмма, биохимические анализы крови, аутоиммунная панель, кровь на ревмофактор, СРБ – патологии не выявлено. В ОАК повышен уровень эритроцитов (6,2), гемоглобина (178) и гематокрита (50,2); других изменений нет. ОАМ в норме.

Кровь и спинномозговая жидкость исследованы на вирусную инфекцию: цитомегаловирус, ВПГ-1, ВПГ-2, ВИЧ, герпес Эпштейна – Барр – не обнаружены.

Неврологическая картина:

- HLA-B27: выявлен (анализ от 03.03.25), подтверждает предрасположенность к серонегативным спондилоартропатиям и может быть ассоциирован с неврологическими и офтальмологическими аутоиммунными проявлениями;

- дефицит витамина D и инсулинорезистентность, гиперурикемия, повышенная СОЭ;
- умеренно повышенный уровень ЛПНП – потенциальный сосудистый риск;
- нарушение движения глазного яблока вверх и кнаружи;
- частичный птоз правого века;
- двоение в глазах при взгляде в стороны, вниз;
- подтверждено поражение ЧН III, IV и VI пары с правой стороны (частичная наружная офтальмоплегия).

Анамнестическое примечание: примерно в 2020–2021 г. пациент отмечал шумы в ушах (тиннитус) перед сном в виде писков. Эпизоды продолжались около года и регрессировали. Это может расцениваться как ранний сосудистый или неврологический симптом, связанный с венозной дисфункцией.

Из семейного анамнеза – у сына пациента после перенесенного вирусного заболевания в январе 2025 г. выявлены лимфома и герпес Эпштейна – Барр, получил 4 курса химиотерапии, учился на дому, находился в состоянии ремиссии.

18.03.25 контрольный осмотр офтальмологами 10-й ГКБ: зрительные функции в норме (острота, поля зрения, ОКТ макул и зрительных нервов, ВГД). Остается двоение при взгляде вниз.

25.03.25 консультация лор-врача – подтвержден диагноз хронического ринита, искривление носовой перегородки, пазухи воздушны, подтверждено отсутствие синусита; консультация стоматолога – очаги хронической одонтогенной инфекции не обнаружены, полость рта санирована.

В апреле 2025 г. исчезло двоение в глазах, отменена терапия офтальмогипертензии.

Основной клинический диагноз – следствие тромбоза кавернозного синуса справа с синдромом Толоса – Ханта, симптоматической офтальмогипертензией.

В апреле 2025 г. повторно был консультирован в РНПЦ неврологии и нейрохирургии, был снят диагноз «синдром Толоса – Ханта», была назначена антикоагулянтная терапия препаратом ксарелто в течение 3 месяцев с последующим контролем МРТ головного мозга с контрастированием, коагулограмм и наблюдением врача-офтальмолога.

■ ВЫВОДЫ

1. Многие общие заболевания организма имеют офтальмологические проявления, наиболее ярко выраженные и заметные, поэтому пациенты обращаются прежде всего к офтальмологам.
2. Этиология и патогенез при одной и той же клинической картине могут быть разными. Так, симптом красного глаза имеет много других причин, кроме многочисленных воспалительных заболеваний органа зрения.
3. Офтальмологи должны не только проводить полное офтальмологическое обследование пациента, но обязательно в ряде случаев направлять к врачу общей практики для определения общего состояния организма, при необходимости и к другим специалистам (эндокринологу, невропатологу, лор-врачу, стоматологу, гастроэнтерологу, урологу, аллергологу и др.).
4. Главная задача первого врача, к которому обращается пациент, – собрать анамнез: заболевания, жизни, семейно-наследственный и аллергологический.



-
5. Описанный сложный случай тромбоза кавернозного синуса встречается редко, и на его примере хотелось показать современные возможности сложной этиологической диагностики некоторых коморбидных состояний.
-

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Egorov E.A., Stavitskaya T.V., Tutaeva E.S. (2009) *Ophthalmological manifestations of common diseases. Guidelines for doctors*. Moscow: GEOTAR-Media.
2. Kuznetsova O.Y. (ed.) Family medicine. Selected lectures. In: *Guidelines for doctors* (2017). St. Petersburg: ELBI-SPb.
3. Gyurdzhyan T.A., Brutskaya-Stempkovskaya Ye.V., Grishkevich A.N., et al. Ophthalmological manifestations in general diseases. *Semeynyy doktor*. 2022;2:39–46.
4. Abaev Yu.K. A good doctor. Part 11. Philosophy in medicine. *Journal of Public Health*. 2020;10:37–47.
5. Gyurdzhyan T.A., Vasilevich Ye.V., Lisay M.S. Combined comorbid conditions in ophthalmological practice. *Meditssinskiy vestnik*. 2024;28:17.
6. Mineeva L.A., Baranov A.A., Pavlyuchenkov A.P., et al. (2019) *Ophthalmology for general practitioners: methodological manual*. Moscow: GEOTAR-Media.
7. Gyurjyan T.A., Grishkevich A.N., Vasilevich E.V., et al. Orbital mucocele is a rare comorbid condition. *Healthcare*. 2024;4:66–69.