

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра

СРС

Тема: «Флегмона орбиты, тромбофлебит
вен орбиты, периоститы»

Выполнил: Абу Е.М.

Группа: 308стом.

Астана, 2015 г.

<http://prezentacija.biz/>

1. Флегмона орбиты глаза — острое гнойное воспаление клетчатки глазницы с ее некрозом и гнойным расплавлением

Причины флегмоны глазницы:

- Причины возникновения.
- Общие инфекции ([грипп](#), [скарлатина](#), [тиф](#)); гнойный дакриоцистит, [флегмона век](#), гнойные синуситы; гнойные процессы на лице — [фурункулы](#), [рожистое воспаление](#), [ячмени](#); травмы орбиты с инфицированием тканей гноеродными микробами; внедрение в орбиту инфицированных инородных тел. Флегмона развивается как продолжение тромбофлебита вен глазницы или как результат распространения гнойного процесса из соседних очагов на клетчатку вокруг [глазного яблока](#)

•

Симптомы :

- Процесс обычно односторонний. Острое начало: воспалительный процесс развивается внезапно и быстро (в течение нескольких часов или 1-2 суток). Боли в области век и глазницы, головная боль. Боли усиливаются при пальпации и движениях глаза. Веки гиперемированы, отечны и напряжены, открыть их почти невозможно.
- **Общее состояние тяжелое:** высокая температура, слабость. Быстро развивается ограничение подвижности глазного яблока и экзофтальм. В случаях, когда развитию флегмоны предшествовал периостит или остит стенок орбиты, возможно смещение глазного яблока; направление смещения глаза может помочь выявлению патогенеза процесса. С развитием воспаления появляется хемоз конъюнктивы глазного яблока, отечная слизистая оболочка выпадает наружу, за веки, увеличивается экзофтальм, глазное яблоко становится почти неподвижным, зрение резко снижается. Между выступающим вперед глазом и краем орбиты можно прощупать набухшее содержимое глазницы.

- При вовлечении в воспалительный процесс зрительного нерва развивается его неврит с преобладанием застойных явлений и тромбозом вен сетчатки. В результате трофических нарушений, вызванных с давлением нервов, иногда развивается кератит и гнойная язва роговицы. Воспаление может перейти на сосудистую оболочку и сетчатку и вызвать гнойный хориоидит и панофтальмит с исходом в атрофию глаза.
- При отграничении процесса в глазнице образуется гнойник, который может самопроизвольно вскрыться через кожу или конъюнктиву. Воспалительный процесс может перейти на мозговые оболочки и венозные синусы (пещеристую пазуху) или может развиться сепсис. В таких случаях возможен летальный исход.



- **Диагностика Флегмоны глазницы:**

Диагноз ставят на основании характерной клинической картины.

Постановке диагноза флегмоны глазницы способствует анализ анамнестических данных: наличие предшествующих гнойных процессов челюстно-лицевой области, характерная клиническая картина, наружный осмотр глаза с помощью векоподъемника, пальпация.

- Необходимая инструментальная диагностика включает [УЗИ](#) и [рентгенографию орбиты](#), ультразвуковое и рентгеновское исследование придаточных пазух, [ортопантограмму](#). С уточняющей целью может применяться [диафаноскопия](#), [офтальмоскопия](#) для оценки состояния зрительного нерва, [экзофтальмометрия](#), [биомикроскопия](#) и др. Из лабораторных анализов при флегмоне глазницы первоочередное диагностическое значение имеют общеклинический анализ крови и [посев крови](#) на стерильность.
- Флегмону глазницы следует дифференцировать от флегмоны века, острого дакриоцистита, тенонита, [периостита](#) орбитальной стенки, инородного тела глазницы, ретробульбарного кровоизлияния, [глиомы](#), саркомы, [нейрофиброматоза](#), [отека Квинке](#).

Лечение.

Неотложная доврачебная помощь при флегмоне орбиты - в/м введение антибиотика широкого спектра действия 500000 ЕД и 1 г сульфаниламида, срочно направляют в глазное отделение.

- В качестве профилактических мер возникновения флегмоны служит своевременное лечение заболеваний глаза и окологлазных областей (ячмень, гнойный дакриоцистит, флегмона века), проведение правильной и своевременной обработки придатков глаза при ранениях. Первая помощь при подозрении на флегмону орбиты может заключаться в верной постановке диагноза и направлением в глазной стационар. При этом могут быть назначены большие дозы антибиотиков, отличающихся широким спектром действия. В стационаре проводится консервативное комбинированное лечение в виде антибиотиковой терапии – как внутримышечно, так и внутривенно и внутрь.
- Кроме антибиотиков, вводят сульфаниламиды. Проводится внутривенное введение 40-процентного раствора уротропина, 40-процентного раствора глюкозы и аскорбиновой кислоты. При наличии участков размягчения делают разрезы тканей для проникновения в глазничную область, проводят дренирование, закладывают турунды, пропитанные гипертоническим раствором 10-процентного хлорида натрия.
- Успешное лечение флегмоны орбиты может происходить только при установлении причины ее возникновения. Если обнаружится воспалительный процесс в околоносовых синусах, необходимо будет провести санацию очагов инфекции.

2. Тромбофлебит вен орбиты.

Тромбофлебит глазницы - острый воспалительный процесс в венах глазницы, вызываемый в основном кокковой флорой и некоторыми патогенными микроорганизмами (кишечная, синегнойная палочка и др.), проникающими по венам в глазницу из гнойных воспалительных очагов век, области слезного мешка, кожи лица, полости рта, околоносовых пазух.

Причины :

- Тромбофлебит глазницы возникает иногда после инфекционных заболеваний.

Патогенез:

- Чаще процесс распространяется по ходу ангулярной вены, затем воспаление переходит на мелкие орбитальные вены, образуя множество мелких гнойников. Эти гнойники затем сливаются в несколько крупных абсцессов. Процесс развивается быстро и проявляется экзофтальмом, ограничением подвижности глазного яблока, хемозом конъюнктивы глазного яблока, отеком век.

Симптомы тромбофлебита глазницы :

- Характерны расширение вен век, некоторых участков кожи лица, застойная гиперемия кожи. На глазном дне - явления застойного диска зрительного нерва и кровоизлияния в сетчатку.
- Тромбофлебит орбитальных вен может перейти в выраженный абсцесс глазницы, нередко он предшествует флегмоне глазницы.
- При распространении процесса из глазницы в череп возможно развитие

Диагностика тромбофлебита глазницы

:

- В диагностике важное значение имеют анамнез, выявление гнойных процессов области лица, острых инфекционных заболеваний.
- Необходимо комплексное клинико-лабораторное обследование больного (рентгенография глазниц, околоносовых пазух, черепа; консультации отоларинголога, невропатолога).
- В начальных стадиях тромбофлебит глазницы следует дифференцировать от флегмоны глазницы. Для

Лечение:

- Обязательна санация очагов инфекции. Назначают антибиотики внутримышечно - бензилпенициллина натриевую соль через каждые 4 ч круглосуточно по 300 000- 400 000 ЕД на инъекцию; полусинтетические пенициллины, обладающие пенициллиназоустойчивостью, - метициллин, оксациллин.
- Вводят внутримышечно 4 % раствор гентамицина по 40 мг (следует учитывать его ото- и нефротоксическое действие).
- Внутрь дают эритромицин,

3.Периостит

Это воспаление надкостницы стенок орбиты.

Этиология.

Возникновение периостита обычно связывают с наличием воспалительного очага в кости, в окружности которого и развивается воспаление надкостницы. Особую роль в возникновении периостита играют стафилококки, стрептококки, реже микобактерии туберкулеза и бледная трепонема.

Различают передние и задние периоститы.

Передние периоститы располагаются по краю глазницы, доступны непосредственному осмотру, распознаются легче и раньше, допускают раннее лечение и протекают более благоприятно. При расположении очага воспаления в передних отделах глазницы периостит проявляется в виде плотного на ощупь разлитого или ограниченного отека, болезненного при пальпации. Отек постепенно переходит на соседние участки. Кожа гиперемирована, отечна, особенно по утрам, на ощупь теплее окружающих тканей и соответствующих участков второй глазницы. Возможны отек слизистой оболочки век и конъюнктивальная инъекция. Заболевание может развиваться как остро (в течение 2—3 дней), так и медленно (несколько недель).

Затем в зависимости от характера процесса происходит рассасывание воспалительного очага с замещением его соединительной тканью (при серозной форме) или размягчение с прорывом гноя наружу либо в орбитальную клетчатку (при абсцессе). Вскрытие гнойника через кожу может сопровождаться обнажением кости, секвестрацией, образованием свищей, которые закрываются только после отхождения секвестров. В дальнейшем по ходу свищей возникают спаянные с костью рубцы. При гнойных процессах наблюдается общая реакция: недомогание, повышение температуры тела, повышение СОЭ, лейкоцитоз.

Задний периостит в большинстве случаев представляет большие трудности для диагностики, так как его трудно отличить от флегмоны глазницы. Он сопровождается экзофтальмом со смещением, ограничением подвижности глазного яблока и хемозом конъюнктивы. В зависимости от расположения очага возможны расстройство чувствительности кожи век, роговицы, падение зрительных функций. Для осте-опериостита у вершины глазницы типична диссоциация между нерезко выраженным экзофтальмом и значительным нарушением зрения.



Остеопериостит орбиты.

Фиг. 5

- Остеопериостит-это воспаление, которое захватывает не только периост, но и костную стенку глазницы. Клинически обычно диагностируется как периостит. Он развивается в различных участках глазницы, может быть негнойным или гнойным вплоть до образования абсцесса.
- Остеопериоститы туберкулезной и сифилитической этиологии имеют переднее расположение, причем первые, как правило, возникают в нижненаружном отделе глазницы, а вторые — в верхненаружном. Сифилитические остеопериоститы сопровождаются самопроизвольными ночными болями, туберкулезные безболезненны и чаще встречаются у детей У детей также часто образуются субпериостальные гнойные очаги

- **Лечение**

- При первом же обращении больного необходимо обследование носа, придаточных пазух, горла, зубов. Проводят санацию обнаруженных очагов воспаления. При переднем расположении предположительно серозного остеоperiостита можно ограничиться местной терапией: назначением УВЧ, диатермии на глазницу, ежедневными введениями антибиотиков в очаг воспаления.
- При гнойных и глубоких остеоperiоститах любого характера показаны антибиотики внутримышечно или внутрь (террамицин, тетрациклин и пр.), сульфаниламиды (по 1 г каждые 4 ч).
- При сифилитических и туберкулезных периоститах проводят курсы специфического лечения, выскабливание свищей, удаление секвестров, раннее вскрытие абс-цессов