

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

КАФЕДРА ОФТАЛЬМОЛОГИИ

СРС

**Тема: «Флегмона орбиты, тромбофлебит вен орбиты,
периоститы – этиология, клиника, диагностика,
дифференциальная диагностика, неотложная помощь».**

Подготовили: Саги М., Вердина К.

Курс: 4

Факультет: Общая медицина

Группа: 51-2

Проверила: Мухамеджанова Г.К.

Алматы 2016г.

План:



- Цель
- Введение
- Общие сведения о воспалительных заболеваниях орбиты
- Флегмона орбиты
- Тромбофлебит вен орбиты
- Периоститы
- Список используемой литературы

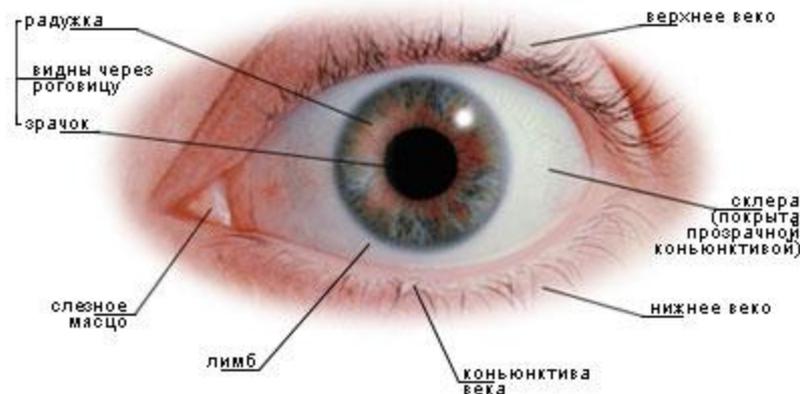
Цель:

- Информировать студентов 4 курса о заболеваниях орбиты (глазницы).
- Ознакомить студентов с воспалительными процессами орбиты, такими как: флегмона орбиты, тромбофлебит вен орбиты, периоститы



Введение:

Диагностика и лечение патологий орбиты, а в частности, воспалительных процессов, протекающих в ней, имеет большое значение в офтальмологии, так как эти заболевания относятся к категории часто встречаемых и опасных болезней.



Общие сведения о воспалительных заболеваниях орбиты



- Воспалительные заболевания орбиты проявляются болями в орбите, головными болями, общим беспокойством, повышением температуры, нарушением сна и аппетита. Боли усиливаются при движениях глаз. В зависимости от локализации воспалительного процесса и его интенсивности появляется экзофтальм, смещается глазное яблоко и ограничивается его подвижность. Одновременно с этим возникает диплопия (двоение в глазах). Эти изменения обуславливаются отеком, инфильтрацией, кровоизлияниями в мягкие ткани, а также периоститами и кариесом стенок глазницы или изменениями в сосудах. Воспалительные процессы в глазнице у детей встречаются чаще всего в виде флегмоны и тенонита. Что касается периостита, кариеса, тромбоза, эмпием придаточных полостей, то они в настоящее время иногда бывают только у взрослых на почве сифилиса или костного туберкулеза.

Флегмона орбиты

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



Причины флегмоны глазницы

Развитие флегмоны глазницы этиопатогенетически тесно связано с гнойными заболеваниями глаз, придаточных пазух, зубо-челюстной системы, кожи, травмами лицевого скелета, общими инфекциями.

-Около 70% случаев флегмоны глазницы является осложнением синуситов, в особенности – этмоидита.

-Гнойное расплавление орбитальной клетчатки также может быть обусловлено проникновением инфекции из близлежащих очагов воспаления: зубов и челюстей (при остеомиелите верхней челюсти, пародонтальном абсцессе), кожи лица (при фурункулезе, роже), глаз (при ячмене, дакриоцистите, флегмоне века, инфицированных травмах орбиты, осложненных инородных телах глаза) и т. д.

-Реже причиной флегмоны глазницы выступает гнойное метастазирование при сепсисе, осложненное течение общих инфекций (гриппа, скарлатины, тифа).

- Флегмоны глазницы, как и флегмоны другой локализации, в большинстве случаев вызывается золотистым и белым стафилококком, гемолитическим и зеленым стрептококком, реже — пневмобациллой, диплококком, кишечной палочкой. Возбудители проникают в окологлазничную клетчатку по лицевым венам и венам орбиты, которые не имеют клапанов. При этом вначале образуются мелкие гнойнички, сливающиеся затем в крупные абсцессы.

- **Классификация стадий флегмоны глазницы.**
- Гнойный процесс в орбитальной клетчатке развивается поэтапно, проходя стадии:
 - -пресептального целлюлита;
 - -орбитального целлюлита;
 - -субпериостального абсцесса;
 - - и собственно абсцесса и флегмоны глазницы.
- При этом своевременная терапия может прервать дальнейшее развитие воспаления на любом этапе.

- **Пресептальный целлюлит** характеризуется воспалительным отеком тканей орбиты и век, незначительным экзофтальмом, однако подвижность глаза на этой стадии сохранена, а зрение не нарушено.



Дальнейшее прогрессирование инфекционного процесса и его распространение в задние отделы глазницы вызывает развитие орбитального целлюлита. Эта форма клинически проявляется **отеком век, экзофтальмом, хемозом, ограничением подвижности глазного яблока и снижением остроты зрения.**



Если гной скапливается между периорбитой и костной стенкой орбиты, приводя к разрушению последней, формируется субпериостальный абсцесс.

На данной стадии **отмечается отек и гиперемия верхнего века, нарушение подвижности и смещение глазного яблока в сторону, противоположную расположению абсцесса, экзофтальм, нарушение остроты зрения.**

Абсцесс глазницы характеризуется скоплением гноя в орбитальных тканях с образованием полости, ограниченной пиогенной оболочкой. Кроме названных выше признаков гнойного орбитального воспаления, при абсцессе глазницы может развиваться офтальмоплегия, сдавление зрительного нерва и слепота.

При разлитом воспалении орбитальной клетчатки говорят о флегмоне глазницы.

Клиническая картина.

Заболевание начинается остро в течение нескольких часов или 1—2 суток болями в области орбиты, усиливающимися при движении глазного яблока, головными болями. Кожа век гиперемирована, напряжена, веки отечны, глазная щель закрыта, и открыть ее почти невозможно. Ограничивается подвижность глазного яблока, нарастает хемоз конъюнктивы, экзофтальм. Заболевание сопровождается высокой температурой тела, общей слабостью. При вовлечении в процесс зрительного нерва развивается его неврит с преобладанием застойных явлений и тромбозом вен сетчатки. Иногда воспаление переходит на сосудистую оболочку глаза и может вызвать панофтальмит и субатрофию глазного яблока.

Критическими осложнениями флегмоны глазницы могут являться абсцесс мозга, менингит, тромбоз венозных синусов, сепсис. Относительно благоприятным исходом флегмоны глазницы можно считать самопроизвольный прорыв гноя через конъюнктиву или кожу века наружу.

Диагностика:

Пациент с флегмоной глазницы должен быть безотлагательно проконсультирован

офтальмологом, отоларингологом и стоматологом.

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.

Диафаноскопия глаза и его придатков – диагностическое просвечивание тканей глаза источником проходящего света. Диафаноскопия производится в затемненной комнате с помощью специального осветителя (диафаноскопа) или электрического офтальмоскопа с диафаноскопической насадкой.

Прямая офтальмоскопия — исследование структур глазного дна под 14-16-кратным увеличением. Осуществляется с использованием офтальмоскопа через расширенные при помощи глазных капель зрачки. Прямая офтальмоскопия позволяет рассмотреть под большим увеличением диск зрительного нерва, центральную артерию и другие сосуды сетчатки, область желтого пятна, центральные отделы сетчатой оболочки

Биомикроскопия глаза позволяет рассмотреть под увеличением практически все структуры глазного яблока: роговицу, конъюнктиву, переднюю камеру глаза, хрусталик, стекловидное тело, глазное дно. Исследование осуществляется щелевидной лампой, имеющей увеличитель, источник света и диафрагму.

Флегмона орбиты



- **Лечение.**
- Профилактика возникновения флегмоны орбиты частично заключается в своевременном лечении ячменя, гнойного дакриоцистита, флегмоны века, обработке ранений придатков глаза. Неспециализированная врачебная помощь оказывается при постановке диагноза назначением больших доз антибиотиков широкого спектра действия и направлением в специализированный глазной стационар. В условиях стационара проводится комбинированное лечение антибиотиками внутримышечно, внутривенно и внутрь.
- Антибиотики сочетают с введением сульфаниламидов. Внутривенно вводят 40% раствор уротропина, 40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой. Если имеются участки размягчения, производят широкие разрезы тканей с проникновением в полость глазницы и дренированием ее турундами с гипертоническим 10% раствором натрия хлорида.

Тромбофлебит вен орбиты

- Это острый воспалительный процесс в венах глазницы, вызываемый различными микроорганизмами, которые проникают по венам в глазницу из гнойных воспалительных очагов в веках, коже лица, полости рта, придаточных пазухах носа, области слезного мешка, иногда при инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей. В венах орбиты и вокруг них образуются мелкие гнойники, которые могут сливаться между собой.



Тромбофлебит вен орбиты

- **Этиология и патогенез.**
- Вызывается в основном кокковой флорой и некоторыми другими патогенными микроорганизмами (кишечной, синегнойной палочкой и др.), которые попадают по венам в глазницу из гнойных воспалительных очагов век, области слезного мешка, кожи лица, полости рта, придаточных пазух носа. Тромбофлебит орбиты может возникнуть также после инфекционных заболеваний. Чаще процесс распространяется по ходу *v. angularis*, воспаление переходит на мелкие орбитальные вены, образуя множество мелких гнойников. Эти гнойники затем сливаются, образуя несколько крупных абсцессов.

Тромбофлебит вен орбиты

- **Клиническая картина.**
- Процесс развивается быстро и проявляется экзофтальмом, ограничением подвижности глазного яблока, хемозом конъюнктивы глазного яблока, отеком век. Характерно расширение вен век, некоторых участков лица, застойная гиперемия кожи. На глазном дне обнаруживаются явления застойного диска зрительного нерва и кровоизлияния в сетчатку. Тромбофлебит орбитальных вен нередко предшествует флегмоне орбиты. При распространении процесса из глазницы в полость черепа могут возникнуть тромбоз кавернозного синуса, менингит, субдуральный и церебральный абсцесс.



Тромбофлебит вен орбиты



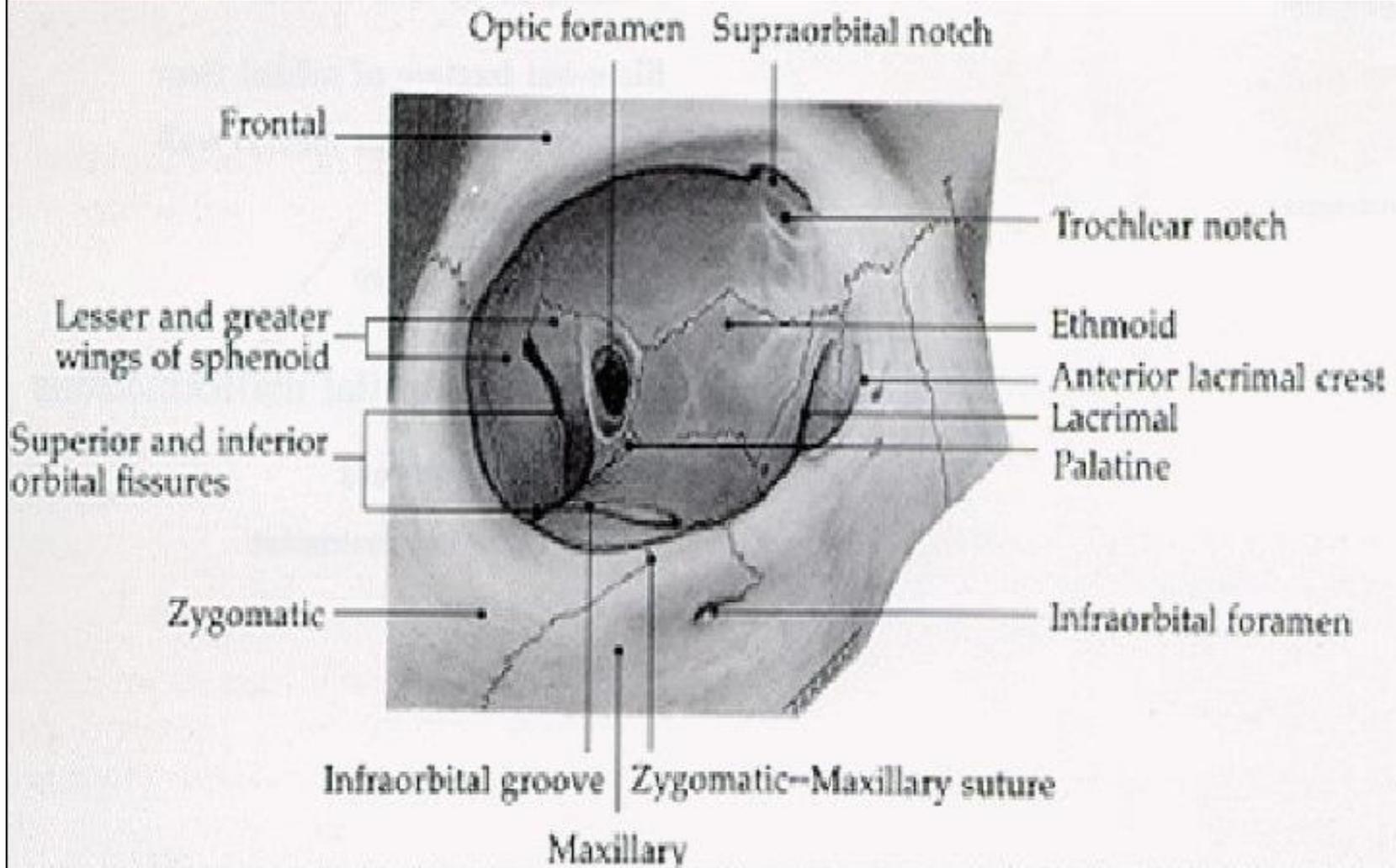
- **Лечение.** Обязательна санация инфекционных очагов. Назначают большие дозы антибиотиков, внутримышечно (бензилпенициллина натриевая соль через каждые 3 ч круглосуточно по 200000—300000 ЕД на инъекцию; стрептомицина сульфат по 500000 ЕД 2 раза в сутки), сульфаниламиды — 4—6 г в сутки. Антибиотики внутривенно (см. Флегмона орбиты, лечение). С появлением флюктуации — вскрытие абсцесса. В тяжелых случаях введение антибиотиков в сонную артерию.

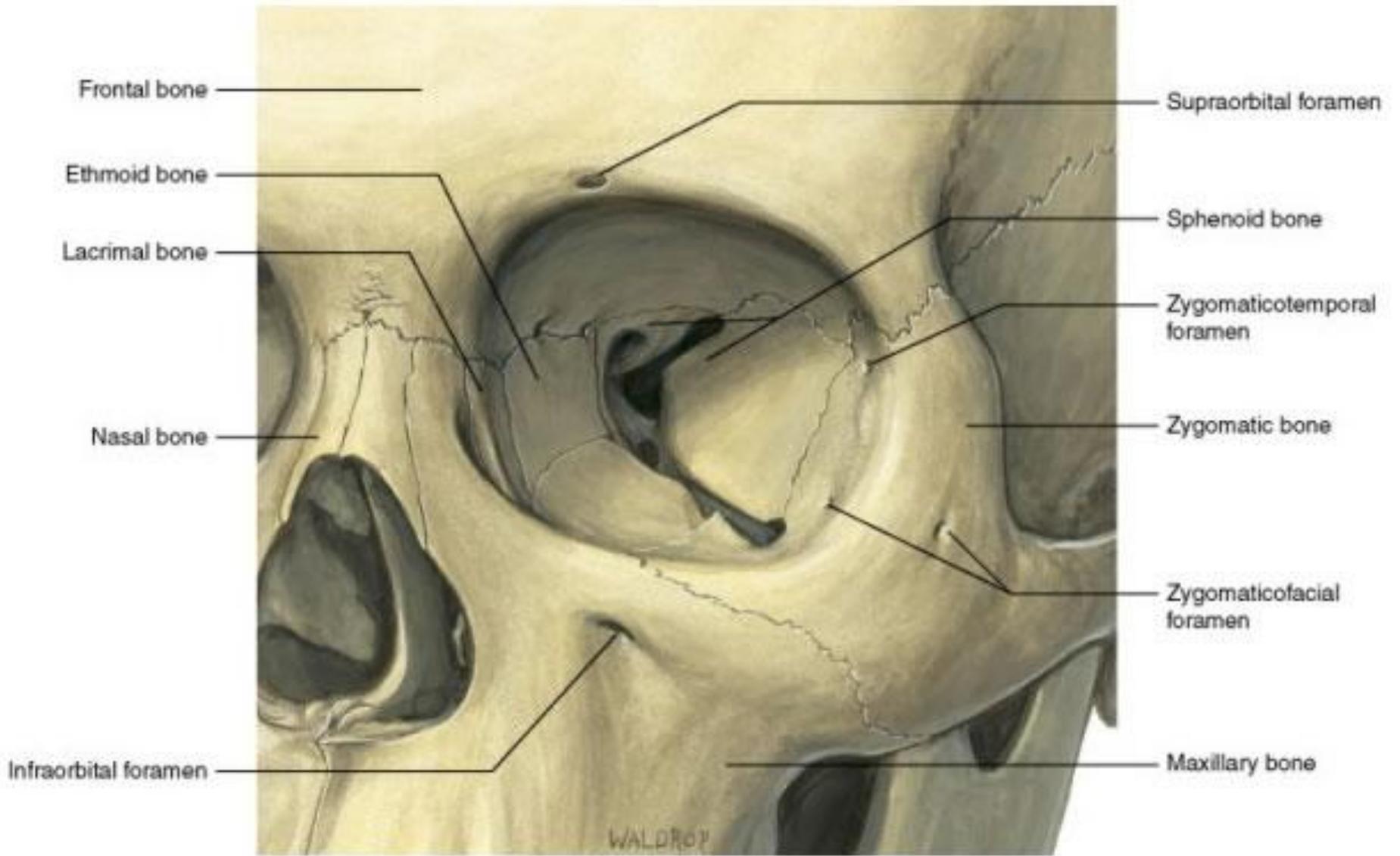
Тромбофлебит вен орбиты

- **Прогноз.** При своевременном и правильном лечении благоприятный, в случае распространения процесса на кавернозный синус, развития менингита, церебрального абсцесса — серьезный не только в отношении зрения, но и жизни больного.



Анатомия орбиты





Орбита (глазница)

- парная полость в черепе, содержащая глазное яблоко с его придатками.
- У взрослого человека объем орбиты в среднем составляет 30 мл, из которых 6,5 мл занимает глазное яблоко.
- имеет четыре края; верхний край образован лобной костью, нижний — верхней челюстью и скуловой костью, медиальный — лобной, слёзной костями и верхней челюстью, латеральный — скуловой и лобной костями.

● **Орбиту образуют 7 костей:**

- лобная;
- скуловая;
- верхнечелюстная;
- решетчатая;
- клиновидная (основная);
- слезная;
- небная.

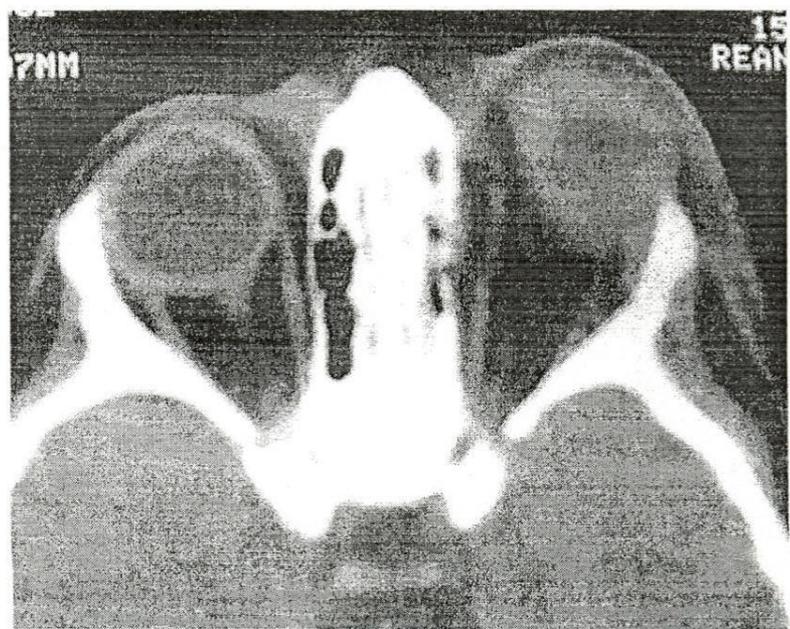
Периостит орбиты

- Периостит орбиты - воспалительный процесс надкостницы орбиты (глазницы).



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.



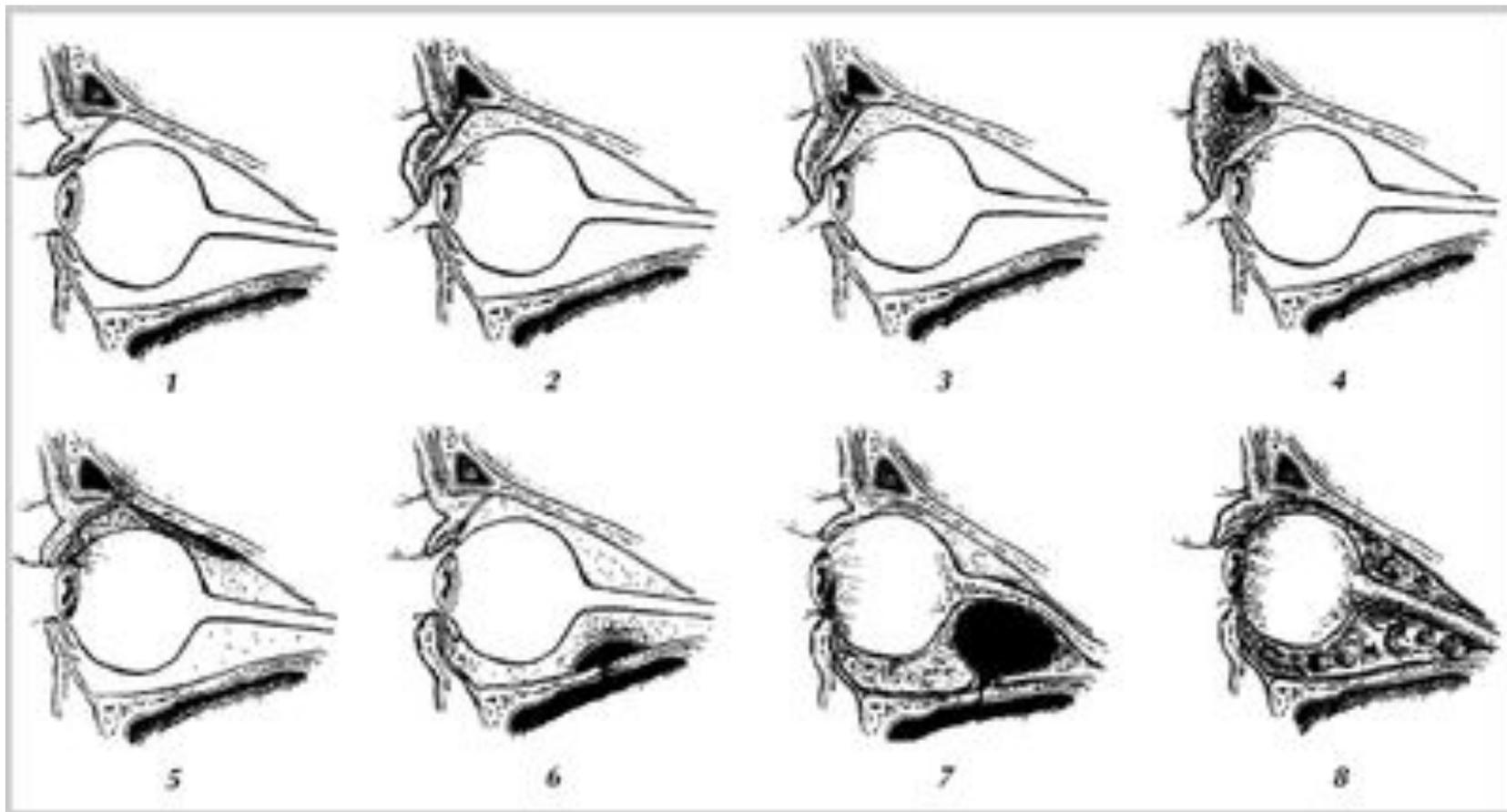
Пациент А., 4 лет. МСКТ, аксиальная проекция: экссудативная отслойка периоста вдоль внутренней стенки орбиты, экссудат в клетках решетчатого лабиринта слева

Фиг. 3



Остеопериостит орбиты.

Фиг. 5



- Схематическое изображение орбиты в норме (1), при реактивном отеке верхнего века (2), остеопериостите (3) и субпериостальном абсцессе (4) верхней стенки орбиты и передней стенки лобной пазухи (пресептальная локализация); при остеопериостите верхней (5) и субпериостальном абсцессе нижней (6) стенки (постсептальная локализация), при ретробульбарном абсцессе (7) и флегмоне орбиты (8).

- 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).



MedUniver.com
Все по медицине.

- 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 флегмон** 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 (ущемление зрительного нерва).
- Для осте-опериостита у вершины глазницы типична диссоциация между нерезко выраженным экзофтальмом и значительным нарушением зрения.

- **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 ниже-наружном отделе глазницы, а вторые — в верхненаружном.
- **Сифилитические** остеопериоститы сопровождаются **самопроизвольными ночными болями**, **туберкулезные безболезненны** и **чаще** встречаются **у детей**. У детей также часто образуются суб-периостальные 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 остеопериостита можно ограничиться местной терапией: назначением УВЧ, диатермии на глазницу, ежедневными введениями антибиотиков в очаг воспаления.
- При гнойных и глубоких остеопериоститах 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 течения, выскабливание свищей, удаление секвестров, раннее вскрытие абс-цессов



Периостит орбиты

- **Лечение.**
- При подозрении на периостит необходимо обследование пазух носа. Назначают общую антибиотико-сульфаниламидотерапию.
- Местно - УВЧ, диатермия, введение антибиотиков к очагу воспаления.
- При гнойных процессах вскрывают абсцесс, выскабливают свищи. Если известна этиология (туберкулез, сифилис и т.д.), проводят специфическое лечение.



Список использованной литературы

- Глазные болезни. Учебник для студентов медицинских ВУЗов. С.Н.Федоров, Н.С.Ярцева, А.О.Исманкулов. Москва, 2005.
- Глазные болезни. Учебная литература для студентов медицинских вузов. Под редакцией В.Г.Копаевой. Москва «Медицина», 2002.
- Анатомия глаза и его придаточного аппарата. С.Ю. Петров под ред. С.Э.Аветисова. 2003.
- Анатомия и физиология зрительного анализатора, Н. Н.Раткина. 2008.
- Атлас глазных болезней. Б.М.Могутин. Санкт-Петербург ИПК «Вести», 2008.