

Флегмона орбиты

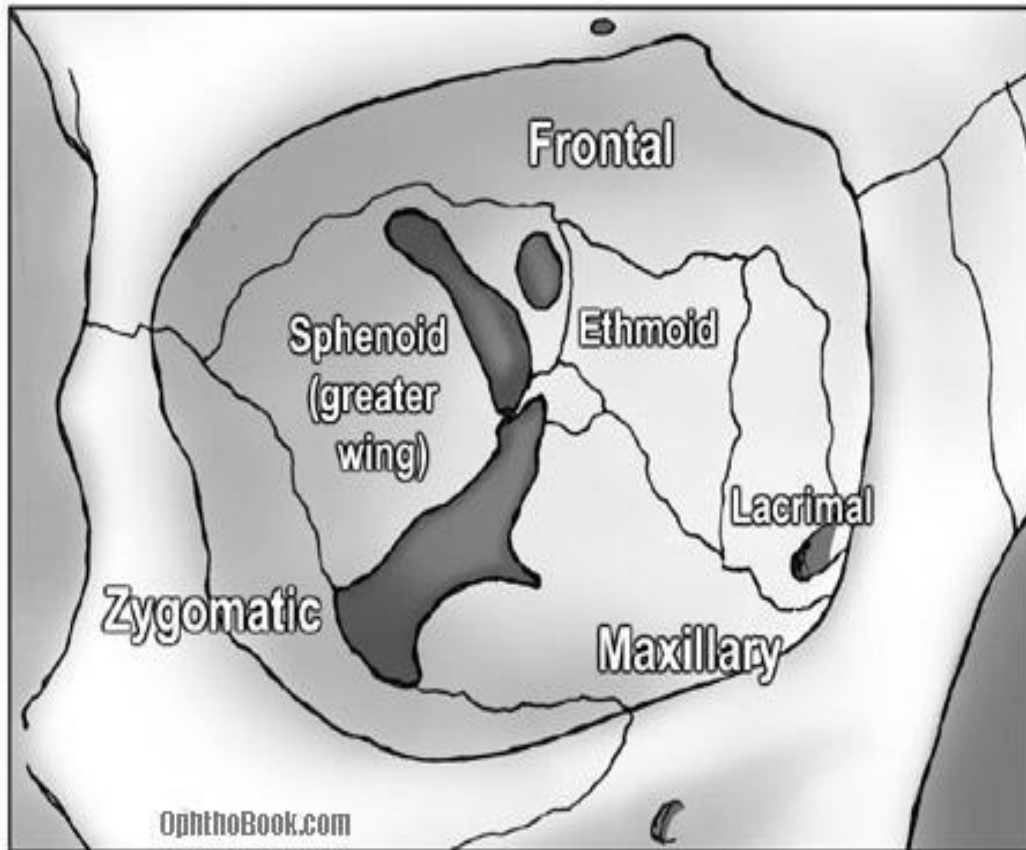
Анатомия

Краткие анатомические сведения о
глазнице:



Орбиты — пирамидальные впадины, имеющие основание, вершину и четыре стенки. Основание, обращенное кнаружи черепа, 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. Вершина орбиты лежит у медиального края верхней глазничной щели и переходит в канал зрительного нерва.

Стенки глазницы

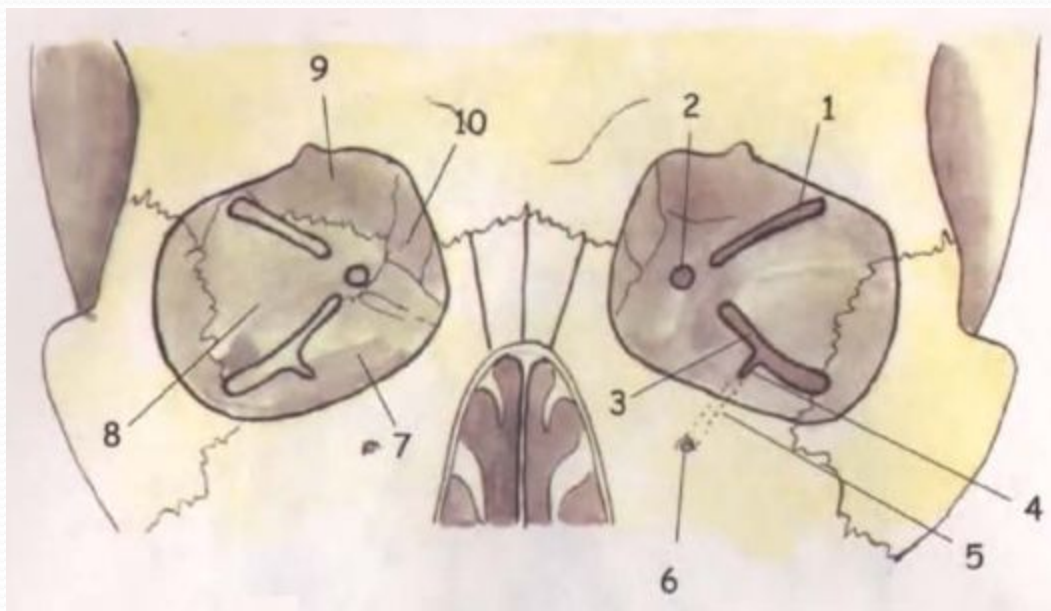


***медиальная** — глазничной пластинкой решётчатой кости, лобным отростком верхней челюсти, слёзной костью, телом клиновидной кости и (частично) лобной костью.

***верхняя** стенка глазницы: глазничная часть лобной и малое крыло клиновидной кости;

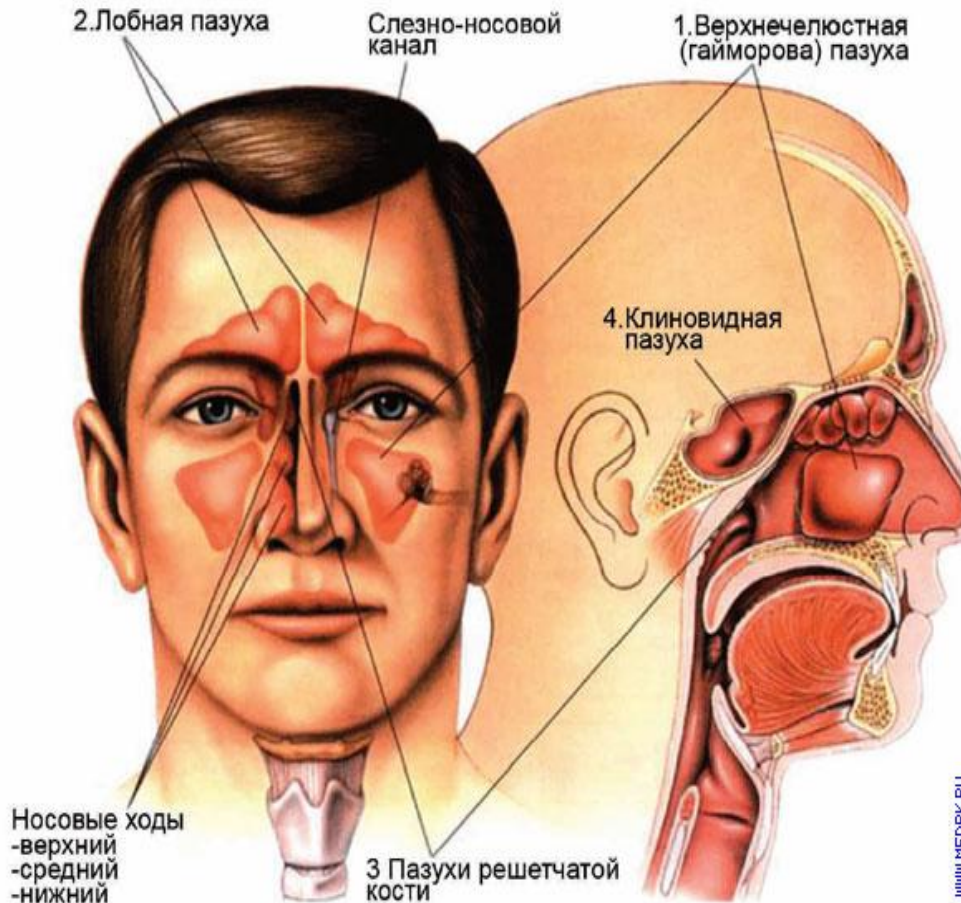
* **дно (нижняя стенка)** — глазничной поверхностью верхней челюсти, скуловой кости и глазничным отростком перпендикулярной пластинки нёбной кости;

***латеральная стенка** (наиболее толстая и прочная) — глазничными поверхностями большого крыла клиновидной кости, лобного отростка скуловой кости и частью скулового отростка лобной кости;



1. Верхняя глазничная щель (*fissura orbitalis superior*)
2. Зрительный канал (*canalis opticus*)
3. Нижняя глазничная щель (*fissura orbitalis inferior*)
4. Подглазничная борозда (*sulcus infraorbitalis*)
5. Подглазничный канал (*canalis infraorbitalis*)
6. Подглазничное отверстие (*foramen infraorbitalis*)
7. Нижняя стенка глазницы (*paries inferior orbitae*)
8. Боковая стенка глазницы (*paries lateralis orbitae*)
9. Верхняя стенка глазницы (*paries superior orbitae*)
10. Медиальная стенка глазницы (*paries medialis orbitae*)

Анатомия околоносовых пазух



Околоносовые пазухи представляют собой воздухоносные полости, располагающиеся вокруг полости носа и сообщаемые с ней через выводные отверстия или протоки. **Имеется четыре пары пазух:**

- верхнечелюстные,
- лобные,
- решетчатый лабиринт
- клиновидные

Верхнечелюстная пазуха, (она же гайморова)

- Расположенная в теле верхнечелюстной кости, представляет собой пирамиду неправильной формы размером от 15 до 20 см³.
Передняя или лицевая стенка пазухи имеет углубление, называемое собачьей ямкой. В этой области обычно производится вскрытие пазухи.
Медиальная стенка является латеральной стенкой полости носа и содержит в области среднего носового хода естественное выводное отверстие. Оно расположено почти под крышей пазухи, что затрудняет отток содержимого и способствует развитию застойных воспалительных процессов.
Верхняя стенка пазухи представляет одновременно нижнюю стенку глазницы. Она достаточно тонкая, часто имеет костные незаращения, что способствует развитию внутриглазных осложнений.
Нижняя стенка образована альвеолярным отростком верхней челюсти и обычно занимает пространство от второго премоляра до второго моляра.
Задняя стенка пазухи толстая, граничит с клетками решетчатого лабиринта и клиновидной пазухой.

Лобная пазуха

- находится в толще лобной кости и **имеет четыре стенки:**

нижнюю глазничную – самую тонкую,
переднюю – самую толстую до 5-8 мм,
заднюю, отделяющую пазуху от передней черепной ямки, и
внутреннюю – перегородку.

Лобная пазуха сообщается с полостью носа при помощи тонкого извилистого канала, который открывается в передний отдел среднего носового хода.

- **Решетчатый лабиринт** расположен между глазницей и полостью носа и состоит из 5-20 воздухоносных ячеек, каждая из которых имеет свои выводные отверстия в полость носа. Различают три группы ячеек: передние и средние, открывающиеся в средний носовой ход, и задние, открывающиеся в верхний носовой ход.
- **Клиновидная, или основная, пазуха** расположена в теле клиновидной кости, разделена перегородкой на две половины, имеющие самостоятельный выход в область верхнего носового хода. Вблизи клиновидной пазухи расположены кавернозный синус, сонная артерия, перекрест зрительных нервов, гипофиз. Вследствие этого **воспалительный процесс клиновидной пазухи представляет серьезную опасность.**

Все риногенные осложнения делятся на:

- Орбитальные:
 - а) реактивный отек век и клетчатки глазницы
 - б) орбитальный остеоperiостит
 - в) абсцесс века
 - г) субperiостальный абсцесс
 - д) флегмона глазницы
 - е) ретробульбарный абсцесс
 - ж) тромбоз вен клетчатки глазницы

- Внутричерепные:
 - а) риногенный гнойный менингит
 - б) экстрадуральный абсцесс
 - в) риногенный абсцесс головного мозга
 - г) тромбоз пещеристого синуса

Флегмона Орбиты

Флегмона глазницы (орбитальный целлюлит) – диффузное гнойное воспаление орбитальной клетчатки.



Флегмона глазницы (орбитальный целлюлит) является серьезной проблемой в хирургической офтальмологии. Несмотря на свою относительно невысокую встречаемость (около 1% случаев в популяции), флегмона глазницы может представлять опасность не только для зрительной функции, но и для жизни пациента. При распространении гнойного процесса по венозному руслу из орбиты в полость черепа развиваются опасные осложнения - тромбоз мозговых сосудов и менингит, которые в 20% случаев приводят к гибели больных. Флегмона глазницы может возникать в любом возрасте, но чаще встречается у детей до 5 лет.



- 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.

ЭТИОЛОГИЯ

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.

Инфекция в орбиту распространяется контактным и лимфогематогенным путем

Клиника

Заболевание характеризуется выраженной общей реакцией организма:

- температура 38-39°C,
- озноб,
- сильная головная боль,
- общая слабость,
- тупая боль в орбите.
- снижение зрения



Характерными симптомами флегмоны орбиты можно считать: плотные веки без склонности к абсцедированию, отечная, напряженная, гиперемированная, лоснящаяся кожа, иногда видны тромбированные венозные сосуды век и лица, птоз, болезненность при пальпации век, глазная щель сомкнута, ущемленный хемоз между веками, выраженный экзофтальм кпереди.

Отягощающими факторами для тяжелого течения, смертельного исхода являются:

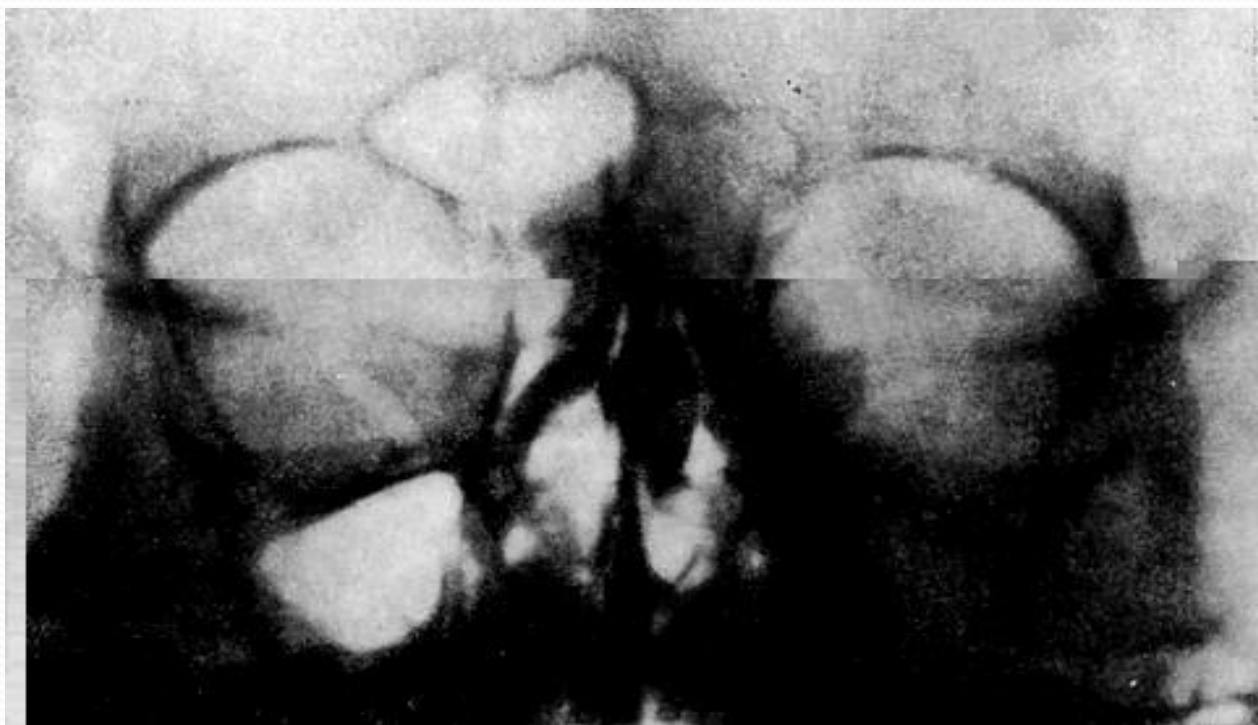
- поражение основной пазухи,
- вовлечение регионарной венозной системы,
- поздние сроки операции,
- пожилой возраст,
- наличие иммунодефицитного состояния,
- общей соматической патологии — сахарный диабет, прием кортикостероидов после трансплантации органа, ревматоидный артрит, аутоиммунные заболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатит, онкологическая патология.

Диагностика:

Рентгенография является скрининговым методом.

При рентгенографии можно выявить синусит: снижение пневматизации пазух носа, деструкцию орбитальной стенки .

Недостатками метода являются: отсутствие возможности оценить изменения мягких тканей орбиты; проекционное наложение костей; очень слабая визуализация внутренней стенки орбиты.



Левосторонний гемипансинусит. Затемнение лобной, решетчатой и верхнечелюстной пазух слева; прозрачность левой глазницы понижена. Клинически: флегмона левой орбиты.

Ультразвуковое исследование орбиты - при флегмоне орбиты определяется расширение и эхоуплотнение ретробульбарной зоны, деформация заднего полюса глаза, утолщение экстраокулярных мышц.

Компьютерную томографию рекомендуют проводить всем больным с постсептальным заболеванием.

При синусите определяется утолщение слизистой, экссудат в пазухах, деструкция костной стенки и появление воздуха в орбите, что может указывать на разрушение надкостницы .

Однако КТ не всегда позволяет дифференцировать характер патологической ткани — отек, кровь, гной, новообразованная ткань.

MPT может быть использована для визуализации процесса в орбите лишь вторично.

Признаки флегмоны орбиты характеризуются диффузным повышением ее плотности, утолщением и «размытостью» контуров мышц, зрительного нерва, смещением глазного яблока кпереди, утолщением слизистой ячеек решетчатой кости.

Дифференциальная диагностика:

необходимо дифференцировать с **постсептальным субпериостальным абсцессом.**

При этом одна форма заболевания может переходить в другую, клинические симптомы подобны и отличаются степенью выраженности воспаления.

При флегмоне орбиты необходимо учитывать :

- тяжелое общее состояние,**
- более выраженные воспалительные изменения со стороны орбиты:** экзофтальм, несмыкание глазной щели, плотные веки, частое развитие неврита зрительного нерва, трофического кератита, повышение внутриорбитального давления и быстро прогрессирующее снижение зрения.

Лечение

Консервативное лечение

включает:

- специфическую антибиотикотерапию,
- дезинтоксикационные,
- десенсибилизирующие средства,
- антикоагулянты,
- препараты, улучшающие микроциркуляцию .





Важно помнить:

Интенсивная антибактериальная терапия при тяжелых гнойно-воспалительных заболеваниях орбиты может осложниться развитием инфекционно-токсического шока, обусловленного одновременной гибелью и распадом большого числа микроорганизмов.

Лечение таких больных проводят в палате интенсивной терапии с мониторингом основных жизненно-важных функций организма.



Хирургическое лечение

Выполняется по экстренным показаниями. Это объясняется быстро прогрессирующим течением заболевания и высокой потенциальной опасностью снижения зрения, слепоты, развитием интракраниальных осложнений, сепсиса, летального исхода.



При флегмоне орбиты, вызванной гнойными воспалениями околоносовых пазух применяются следующие операции:

- 1) - маргинальная простая транскутанная наднадкостничная орбитотомия предложенная С.С. Головиным.

При данном способе проводится разрез кожи длиной 1 см по нижне-наружному орбитальному краю, с послойным рассечением тканей с учетом зоны хирургической безопасности, вскрытием тарзо-орбитальной фасции и дренированием ретробульбарной клетчатки до вершины орбиты. При этом используется широкий дренаж, перфорированные трубки с системой аспирации — ирригации. Данная операция позволяет эффективно дренировать ретробульбарную клетчатку, снизить внутриорбитальное давление, сохранить высокую остроту зрения, предупредить распространение инфекции в полость черепа.

Одновременно с наднадкостничной орбитотомией необходимо устранить причину возникновения флегмоны орбиты. При гнойном синусите одновременно выполняется вскрытие и дренирование околоносовых пазух наружным доступом с восстановлением оттока секрета из пазухи в полость носа.

- 2) Методика операции вскрытия флегмоны глазницы доступом через верхнечелюстную пазуху
(рис. А)



Этапы операции:

- разрез слизистой оболочки и надкостницы альвеолярного отростка верхней челюсти проводят от клыка до второго моляра на 3-4 мм ниже переходной складки;
- отслойка распатором верхнего края раны вместе с надкостницей от передней поверхности верхней челюсти до подглазничного отверстия (*foramen infraorbitale*);
- вскрытие верхнечелюстной пазухи путем удаления части ее передней стенки с помощью бормашины (рис. 32, Б) или долота и костных кусачек;
- эвакуация гноя и удаление полипно измененной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи кюретажной ложкой;

- удаление острой кюретажной ложкой заднего отдела верхней стенки верхнечелюстной пазухи (дна глазницы) с целью вскрытия и дренирования гнойно-воспалительного очага в клетчатке нижнего отдела глазницы (рис. 32, В). Эвакуация гноя;
- создание соустья между нижним носовым ходом и верхнечелюстной пазухой путем резекции участка стенки носовой полости с помощью долота и кюретажной ложки (рис. 32, Г) для лучшего дренирования гнойно-воспалительного очага в глазнице и пазухе;
- сближение краев операционной раны слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти швами.

В идеале операцию по вскрытию Флегмоны орбиты должны проводить Оториноларингологи в команде с Офтальмологами.



Заключение.

Необходимо помнить, что хирургическое лечение флегмоны орбиты может осложниться:

- -повреждением экстраокулярных мышц с ограничением подвижности глазного яблока,
 - частичным птозом,
 - грубым послеоперационным рубцом, сращенным с костью,
 - деформацией глазной щели,
- требующих в последующем косметической операции, поэтому изучение проблем риногенных орбитальных осложнений остается актуальным.

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!



25.12.2012