

# Риногенные орбитальные осложнения.



# Определение понятия, общая этиология и клиническая картина

К риногенным орбитальным осложнениям относятся инфильтративные и флегмонозные воспаления мягких тканей орбиты. Чаще эти осложнения возникают при поражении клеток решетчатого лабиринта и лобной пазухи, реже — верхнечелюстной и клиновидной. Иногда осложнение состоит в том, что суживаются поля зрения на один или оба глаза, ухудшается зрение.

## *Этиология.*

Переход инфекции из пазухи в глазничную область объясняют как анатомическое положение глазницы, так и ряд анатомических сообщений, через которые в полость носа и глазницу проходят сосуды и нервы. Реже воспаление распространяется через врожденные не заращения (дегисценции). Возможны как контактный, так и гематогенный пути проникновения инфекции в глазницу.

Особого внимания заслуживают патологические изменения глазницы и глазного яблока, выражающиеся в его смещении, что является результатом давления на них инфильтрата или отеком клетчатки глазницы, а в большинстве случаев — возникающим здесь гнойником. Смещение содержимого глазницы возможно также со стороны околоносовой пазухи опухолью (рак, саркома, остеома), а также вследствие кистозных растяжениях пазух при закрытии выводных отверстий (пиоцеле, мукоцеле).

## *Клиническая картина.*

Наиболее тяжелые осложнения со стороны глазницы и глаза наблюдаются при переходе воспаления из решетчатого лабиринта, лобной и верхнечелюстной пазух.

Ведущими симптомами в этом случае будут экзофтальм, отек и инфильтрация мягких тканей преимущественно в каком-то участке орбиты, появляющиеся как следствие глазничной флегмоны, гиперемия кожи припухшей области, ограничение подвижности и смещение глаза, боль в области орбиты. Инфильтрация распространяется на верхнее и нижнее веки, конъюнктиву. При самопроизвольном вскрытии флегмоны под кожу или наружу боль стихает.

Предпосылкой такой картины бывает субпериостальный абсцесс, возникающий в верхнемедиальном углу глазницы. Верхнее веко обычно ограничено в движении, гиперемированное и припухшее. Хронический фронтит чаще в период обострения приводит к периоститу и поднадкостничному абсцессу, сопровождающемуся отеком и инфильтрацией мягких тканей передней и глазничной стенок пазухи.

Воспаление в задних клетках решетчатого лабиринта и клиновидной пазухе, распространяясь на глазницу, приводит к снижению остроты зрения, сужению полей зрения, увеличению скотомы, а в ряде случаев и к полной обычно необратимой потере зрения. Верхнечелюстная пазуха реже бывает причиной глазничных осложнений; лишь развитие поднадкостничного абсцесса передней и верхней стенок пазухи может вызвать образование орбитальной флегмоны.

## *Диагностика.*

*Основывается на осмотре больного, включая исследование околоносовых пазух (рентгенография, пункция пазух), определение остроты и полей зрения, данных исследований крови и мочи, результатах общего обследования. Важным дифференциально-диагностическим признаком риногенных нарушений зрения служит проба с тампоном, смоченным 5 % раствором кокаина и введенным в средний носовой ход под раковину на 2 ч на стороне поражения. Наступающее при этом улучшение зрения свидетельствует о вовлечении в процесс пазух.*

Орбитальные осложнения наблюдаются преимущественно в детском возрасте и развиваются чаще при острых синуситах. Среди стационарных больных с заболеванием придаточных пазух носа они констатированы:

- У детей раннего возраста – в 63%
- У детей дошкольного возраста – в 40%
- В школьном возрасте – у 27% больных

С возрастом риногенные осложнения развиваются в основном при хроническом синусите.

Наиболее стремительно риногенные осложнения развиваются в раннем, особенно в грудном возрасте, когда симптомы поражения орбиты проявляются раньше проявления поражения пазухи носа.

Пути распространения инфекции из полости носа, пазух носа на содержимое глазницы, мозгового черепа следующие:

1. Анастомозы между кровеносными и лимфатическими сосудами.
2. Тесное взаимодействие между фолликулами зубов и основанием глазницы.
3. Слезно-носовой канал.
4. Контактный путь посредством разрушения кости.

# Орбитальные осложнения и их проявление.

Негнойные осложнения.

1.Отек века.

1.1 Общие симптомы воспалительного заболевания (в отличие от отека не воспалительного происхождения)

1.2 Гиперемия, инфильтрация мягких тканей века над соответствующей пазухой.

1.3 Опущение века, сужение глазной щели.

2.Периостит

2.1 Умеренное смещение глазного яблока.

2.2 Легкое ограничение подвижности глазного яблока в сторону поражения.

3. Реактивный отек, инфильтрация глазницы.

3.1 Экзофтальм вследствие воспалительной инфильтрации мягких тканей за глазным яблоком.

3.2 Ограничение подвижности глазного яблока.

3.3 Умеренный хемоз конъюнктивы.



Гнойные осложнения.

1. Абсцесс века.

1.1 Цианотичность кожи отечных век.

1.2 Флюктуация.

1.3 Сосудистый рисунок кожи.

2. Субпериостальный абсцесс.

2.1 Смещение глазного яблока кнаружи.

2.2 Отсутствие его подвижности в сторону поражения.

2.3 Яркая разлитая гиперемия, распространяющаяся на кожу лба, носа, щеки.

3. Флегмона орбиты.

3.1 Экзофтальм.

3.2 Глазное яблоко неподвижно.

3.3 Глазная щель закрыта багровыми отечными тканями век в пределах всей глазницы.

3.4 Хемоз, цианоз, выворот конъюнктивы верхнего и нижнего века.

4. Неврит зрительного нерва.

4.1. Прогрессирующее снижение зрения.

5. Остеомиелит костей орбиты.

5.1 Деструктивные изменения на рентгенограммах.

# Периостит глазницы

Периостит глазницы при воспалении околоносовых пазух развивается вторично после воспаления кости глазничной стенки. Это позволяет рассматривать периостит не изолированно, а вместе с вызвавшим его процессом в кости, т.е. говорить об остеопериостите. Последний наблюдается как при остром заболевании околоносовых пазух, так и при его обострении. При остеопериостите, развившемся в результате острого воспаления околоносовых пазух, чаще отмечается общая реакция организма: повышение температуры тела, головная боль, общая слабость. Характерными клиническими признаками воспаления стенок глазницы являются припухлость век, экзофтальм со смещением глаза в сторону, противоположную очагу поражения. Если источник остеопериостита воспаление решетчатой пазухи, то возникает отек век, особенно у внутреннего отдела глаза. Воспаление верхнечелюстной пазухи сравнительно редко приводит к остеопериоститу. Если воспаление захватывает нижний край глазницы или ее передний отдел, припухает нижнее веко, отмечается отечность нижних отделов конъюнктивы.

# Субпериостальный абсцесс



Субпериостальные абсцессы являются как бы следующим этапом развития гнойного остеоperiостита. Характерны воспалительные изменения век и конъюнктивы. Флюктуация определяется не всегда, особенно редко при глубоких субпериостальных абсцессах. Если причиной последнего является заболевание решетчатой пазухи, то клиническая картина зависит от того, какие клетки явились источником поражения (передние, средние или задние). Если абсцесс обусловлен заболеванием передних клеток решетчатой пазухи, развивается типичная картина краевого субпериостального абсцесса: гнойник располагается в области верхневнутреннего угла глазницы; кроме припухлости век, у внутреннего угла глазницы в начальной стадии образования гнойника можно обнаружить гиперемию внутренней половины конъюнктивы глазного яблока; в дальнейшем отмечается смещение глазного яблока кнаружи и книзу. При субпериостальных абсцессах, исходящих из задних клеток решетчатой пазухи, ведущим симптомом является выпячивание глазного яблока, а смещение глаза в сторону и припухлость век — второстепенные признаки. Экзофтальм при этом часто сочетается с нарушением подвижности глаза и снижением остроты зрения. При нарастании воспалительного отека в глубине орбиты может появиться паралич отводящего и глазодвигательного нервов. Определяется также боль при давлении на глазное яблоко и его движениях.

Абсцесс века.

В клинической практике  
встречается редко.



# Ретробульбарный абсцесс.



*MedUniver.com*  
Все по медицине....

Ретробульбарный абсцесс является ограниченным гнойным очагом в орбитальной клетке. Обычно он протекает с резко выраженной общей реакцией, высокой температурой тела, ознобом, значительными изменениями в крови. Местные симптомы варьируют в зависимости от того, каков механизм образования абсцессов. Если ретробульбарный абсцесс развивается из субпериостального, вначале наблюдается симптоматика последнего, а затем основными признаками становятся выраженное выпячивание глазного яблока и ограничение его подвижности. В этом случае клиническая картина очень схожа с таковой при флегмонозном поражении орбиты.

# Флегмона глазницы.





Флегмона орбиты представляет собой разлитой, без четких границ прогрессирующий острый воспалительный процесс, сопровождающийся инфильтрацией и гнойным расплавлением рыхлой клетчатки глазницы. В картине заболевания обычно преобладает нарушение общего состояния: высокая температура тела, озноб, головная боль. Независимо от того, каким путем развивается орбитальная флегмона (контактным или сосудистым), основным ее признаком является болезненное выпячивание глазного яблока с резким нарушением подвижности или полной неподвижностью глаза (офтальмоплегия). Клиническую картину дополняет отечность век без склонности к нагноению и абсцедированию.

Тромбоз глазничной вены,  
рентгенография с контрастом.  
Встречается редко



# Лечение орбитальных осложнений.

Орбитальные осложнения не всегда требуют оперативного лечения. Терапия варьирует в зависимости от характера поражения в глазнице и лобной пазухе. Коллатеральные (реактивные) отеки век и тканей глазницы исчезают под влиянием рационального консервативного лечения. При этом необходимо учитывать характер поражения лобной пазухи (катаральное, гнойное и пр.). При катаральном воспалении лобной пазухи с реактивным отеком век и глазничной клетчатки бывает достаточно назначения сульфаниламидных препаратов и антибиотиков. Местное лечение заключается в систематическом вкладывании в средний носовой ход тампонов с анемизирующими растворами. У детей следует отсасывать содержимое из носовых ходов. Затем назначаются физиотерапевтические методы лечения. При гнойном поражении лобной пазухи с реактивным отеком глазницы вышеперечисленные мероприятия дополняются малыми хирургическими вмешательствами -- пункцией, трепанопункцией лобной пазухи. . При диффузных негнойных воспалениях клетчатки глазницы и век, а также при остеоperiоститах необходима усиленная противовоспалительная терапия. Если источник глазничного осложнения -- лобная пазуха, то выполняют ее трепано пункцию с введением постоянного дренажа, через который промывают лобную пазуху и вводят в ее полость антибиотики широкого спектра действия или под контролем чувствительности флоры. Если лечение не дает должного эффекта, требуется фронтотомия.

Нагноения век и субпериостальные абсцессы следует вскрывать разрезами, идущими параллельно глазной щели. При риногенной орбитальной флегмоне показана массивная терапия антибиотиками. Одновременно проводится вскрытие лобной пазухи, обнажение периорбиты и диагностическая пункция или вскрытие содержимого орбиты. При лечении орбитальных осложнений в доантибактериальном периоде одни авторы занимали выжидательную тактику, другие призывали шире оперировать для профилактики интракраниальных осложнений. С появлением антибиотиков при орбитальных осложнениях чаще стали появляться сообщения об успешном их излечении без оперативного вмешательства. В настоящее время большинство авторов придерживаются следующей тактики: при наличии гнойного процесса необходимо раннее оперативное вмешательство с одновременным опорожнением гнойника в орбите или через оперированную лобную пазуху.

При хроническом фронтите с орбитальным осложнением или при подозрении на такое осложнение, как правило, требуется оперативное вмешательство. Консервативное лечение допустимо лишь в отдельных случаях. При хроническом воспалении лобных пазух и стенок глазницы до последнего времени наиболее распространенным и целесообразным методом хирургического вмешательства является способ Янсена-- Риттера в различных модификациях. Выбор вида операции зависит от особенностей строения лобной пазухи в каждом конкретном случае.

При наличии орбитальных осложнений при фронтитах в детском возрасте выбор метода лечения зависит от характера поражения в глазнице и возрастных особенностей лобной пазухи. При негнойном поражении глазницы и остром фронтите проводится в основном консервативная терапия. Если имеет место гнойное воспаление в лобной пазухе, следует провести пункцию или трепанопункцию с введением дренажной трубки. При гнойном поражении глазницы и лобной пазухи показано широкое вскрытие последней с одновременным дренированием гнойника в глазнице на фоне массивной противовоспалительной терапии. Эндоназальные вмешательства в этих случаях недопустимы.

Спасибо за внимание.