

РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Выполнила ординатор 1го года
обучения

Обруч Ульяна Андреевна

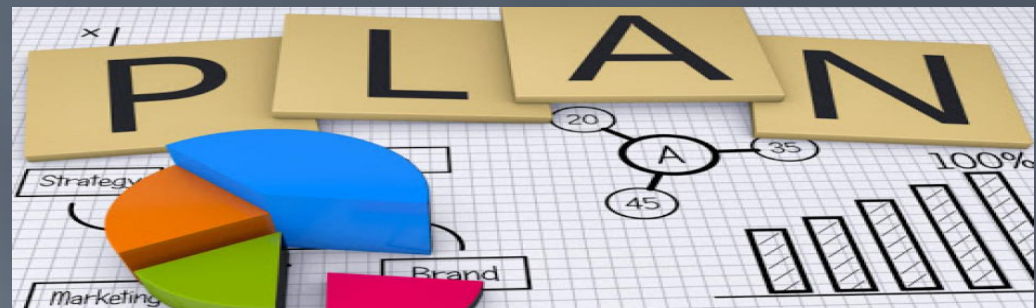
Куратор:

кандидат медицинских наук,
доцент

Кравцова Елена Николаевна

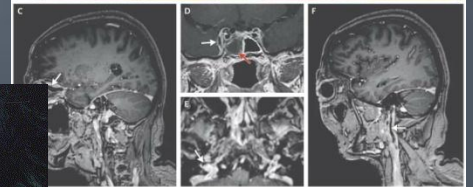
Содержание доклада

- ▣ Определение;
- ▣ Актуальность;
- ▣ Статистика;
- ▣ Причины ;
- ▣ Пути распространения инфекции;
- ▣ Классификация;
- ▣ Ведущие клинические признаки;
- ▣ Вид осложнения:
 1. Симптоматика;
 2. Диагностика;
 3. Дифференциальная диагностика;
 4. Лечение;
- ▣ Диагностика (итог);
- ▣ Лечение (итог);
- ▣ Клинический случай;
- ▣ Используемая литература.



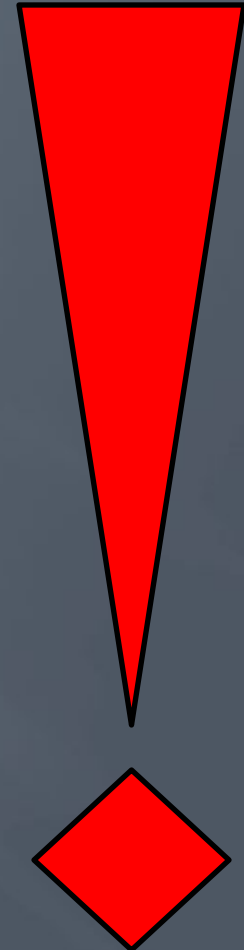
Определение

- Риногенные или риносинусогенные орбитальные осложнения – это воспалительные процессы век и орбиты, возникающие в результате перехода в них инфекционных агентов из полости носа и околоносовых пазух



Актуальность

- высокая летальность (от 9 до 40%)
- дифференциальная диагностика сложна и длительна
- рост числа орбитальных осложнений
- ежегодные эпидемии гриппа – одна из причин роста количества осложнений
- неэффективность аб препаратов

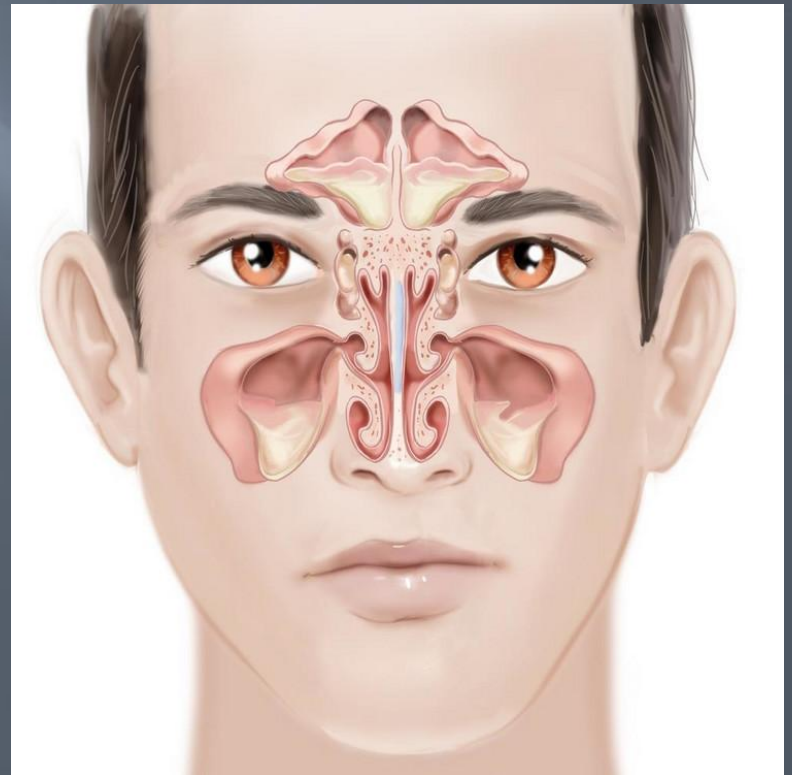


Статистика

- ▣ Возраст от 11 до 30 лет
- ▣ Летальность от 9 до 40%
- ▣ Решетчатые пазухи – 1 место (21%), затем лобные и верхнечелюстные пазухи
- ▣ В клинической практике большая часть риногенных внутричерепных осложнений сочетается с орбитальными.
- ▣ Наиболее стремительно осложнения развиваются в раннем, особенно в грудном возрасте, когда симптомы поражения орбиты возникают раньше, чем симптомы поражения пазух.

Причины

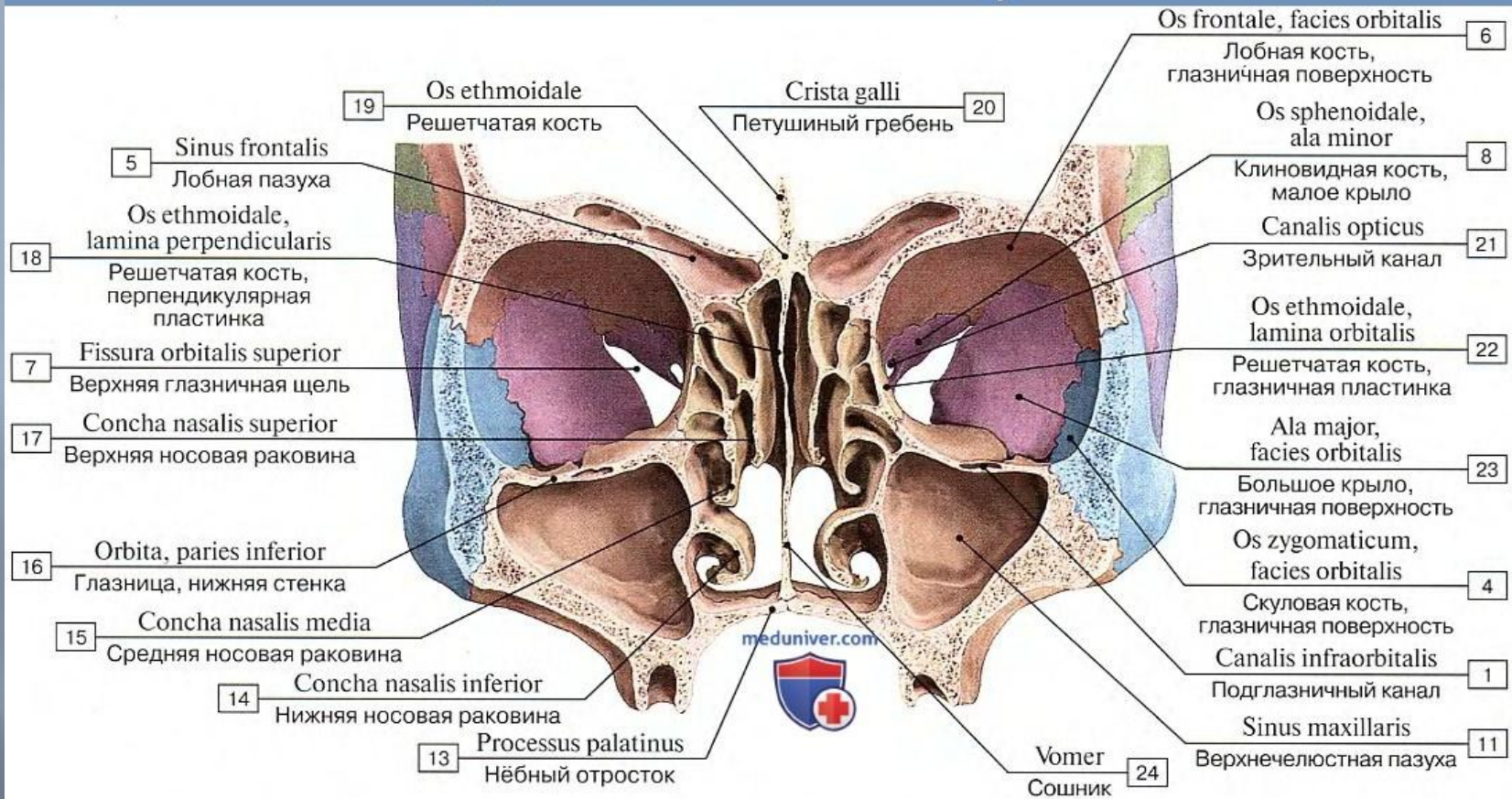
- о. и хр. синуситы
- у детей – острые синуситы
- у взрослых – обострение хронических синуситов
- наибольший % осложнений приходится на гнойный синусит
- чаще всего стрептококки и стафилококки, затем



Пути распространения инфекции

Анатомические

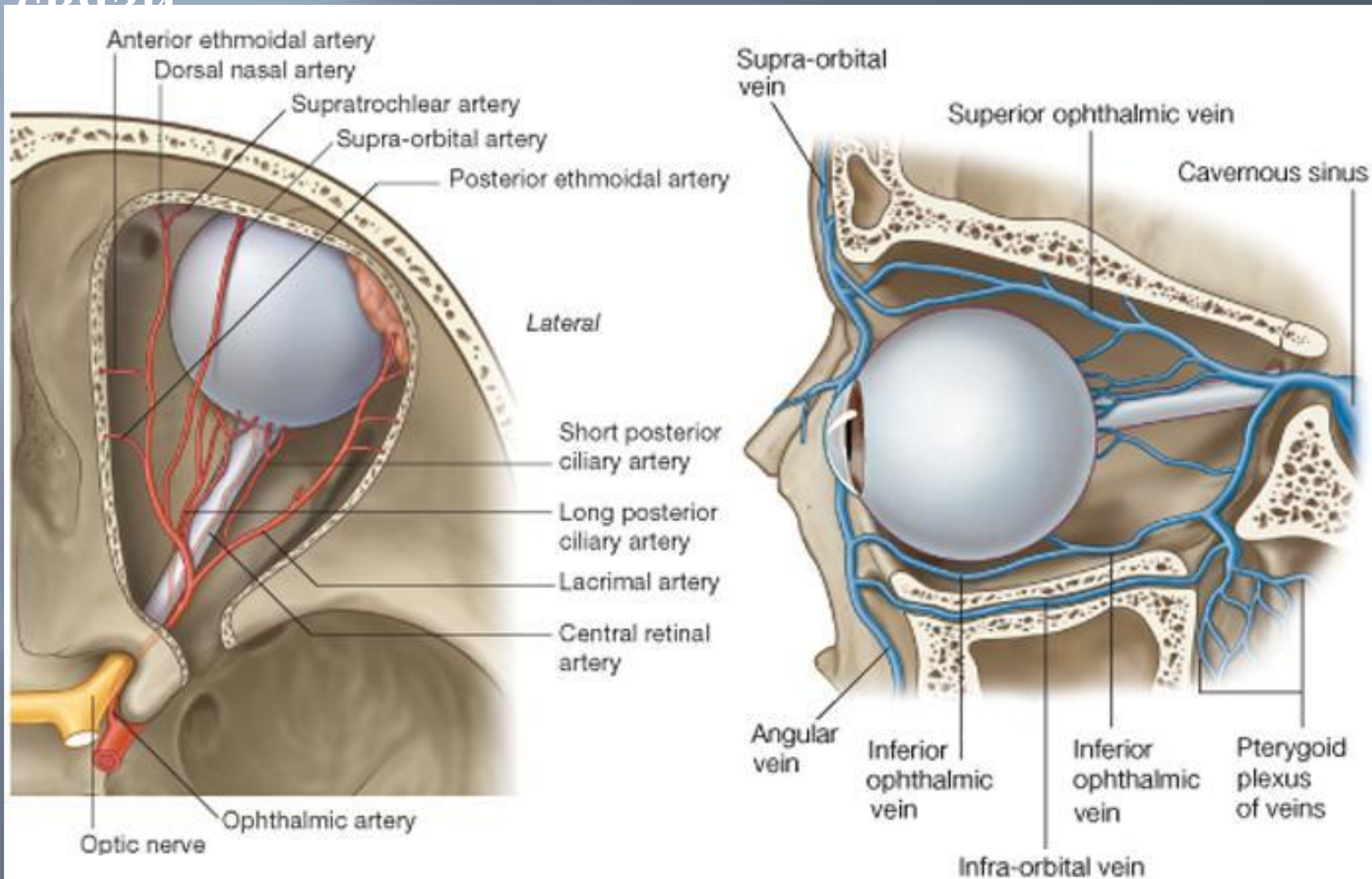
Глазница и носовая полость с пазухами



1 – Infra-orbital canal; 2 – Maxilla, orbital surface; 3 – Zygomatico-orbital foramen; 4 – Zygomatic bone, orbital surface; 5 – Frontal sinus; 6 – Frontal bone, orbital surface; 7 – Superior orbital fissure; 8 – Sphenoid; Sphenoidal bone, lesser wing; 9 – Sphenoid; Sphenoidal bone, greater wing; 10 – Inferior orbital fissure; 11 – Maxillary sinus; 12 – Palatine bone, pyramidal process; 13 – Palatine process; 14 – Inferior nasal concha; 15 – Middle nasal concha; 16 – Orbit, floor; 17 – Superior nasal concha; 18 – Ethmoid; Ethmoidal bone, perpendicular plate; 19 – Ethmoid; Ethmoidal bone; 20 – Crista galli; 21 – Optic canal; 22 – Ethmoid; Ethmoidal bone, orbital plate; 23 – Greater wing, orbital surface; 24 – Vomer

Пути распространения инфекции

Сосудисто-нервные связи



Контактный

Лимфогенный

Пути
распространения
инфекций

Внешние
воздействия

Гематогенный

Периневральный



Классификации орбитальных осложнений

I. Классификация Ф.И. Добромыльского и И.И. Щербатова (1961г):

- ▣ Периостит орбиты: простой и сложный
- ▣ Субпериостальный абсцесс
- ▣ Воспаление мягких тканей глазницы – негнойный отек век и ретробульбарной клетчатки
- ▣ Гнойные воспаления мягких тканей глазницы – абсцессы век, бетробульбарный абсцесс, флегмона глазницы
- ▣ Псевдохолестеатома глазницы

II. Классификация Б.В. Шеврыгина и Н. И. Куранова (1976):

- ▣ Реактивный отек клетчатки глазницы и век;
- ▣ Диффузное негнойное воспаление клетчатки глазницы и век;
- ▣ Периостит (остеопериостит);
- ▣ Субпериостальный абсцесс;
- ▣ Ретробульбарный абсцесс;
- ▣ Флегмона глазницы;
- ▣ Абсцесс век;
- ▣ Свищи век и глазничной стенки;
- ▣ Тромбоз вен глазничной клетчатки.

Ведущие клинические признаки

1. Изменения мягких тканей (гиперемия, отек и инфильтрация верхнего века; при распространении процесса – переход на мягкие ткани лица)
2. Нарастающий экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока вплоть до офтальмоплегии, хемоз конъюнктивы)
3. Динамика локального болевого синдрома
4. Реже – светобоязнь, слезотечение и снижение зрения.

Виды осложнений

1. Реактивный отек клетчатки глазницы и век:

- Первое место по частоте возникновения;
- Особенно часто в детском возрасте;
- Обусловлен нарушением коллатерального дренирования, скоплением секрета в пазухах и бактериальной инвазией в ткани глазницы с их последующим гнойным расплавлением;
- Чаще верхнее веко.

Реактивный отек век



- ▣ Припухлость
- ▣ Псевдоптоз
- ▣ Подвижность
глазного яблока
сохранена
- ▣ Часто сопровождается
другие осложнения



Виды осложнений

2. Диффузное негнойное воспаление век и клетчатки орбиты:

- чаще при поражении задней группы клеток рещ лаб
- хемоз (отек конъюнктивы),
- экзофтальм ,
- сужение глазной щели,
- гиперемия и отек конъюнктивы, век и глазного яблока,
- ограничение подвижности глазного яблока
- снижение остроты зрения,
- могут быть боли при движениях глаза,
- выраженная болезненность при давлении на глазное яблоко или на край глазницы,

Виды осложнений

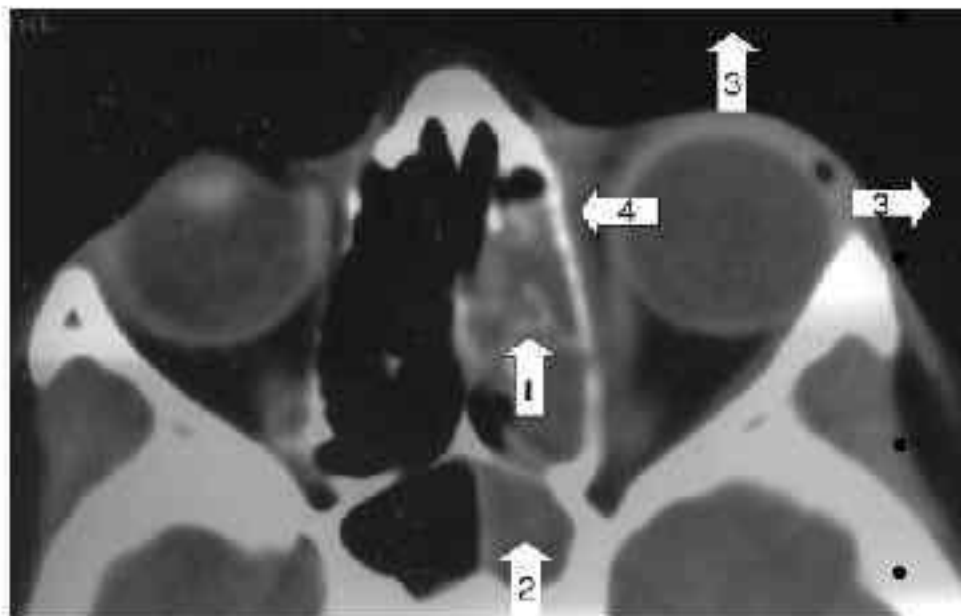
3. Периостит:

- Различают простую (негнойную) - обратимую, и гнойную формы.
- Простой периостит наблюдается при катаральном воспалении пазух, гнойный - при эмпиемах.



Периостит орбиты

Периостит стенок орбиты



1. средние и задние клетки решетчатого лабиринта, заполненные гнойным содержимым;
2. основная пазуха, заполненная гнойным содержимым;
3. экзофтальм и латеральное смещение глаза;
4. периостит медиальной стенки орбиты с инфильтрацией прилегающих мягких тканей.

Лечение периостита

- При первом же обращении больного необходимо обследование носа, придаточных пазух, горла, зубов и в случае наличия в них воспалительных процессов - проведение санации.
- При переднем расположении остеопериостита серозного характера - местное лечение: УВЧ-терапия, диатермия на глазницу, ежедневные введения антибиотиков в область воспалительного фокуса.
- При гнойных и глубоких остеопериоститах любого характера - антибиотики внутримышечно и внутрь + противомикробные средства (сульфациламиды).
- При сифилитических и туберкулезных периоститах показаны курсы специфического лечения, выскабливания свищей, удаление секвестров, раннее вскрытие абсцессов.
- По показаниям проводится оперативное лечение.

Виды осложнений

4. Абсцесс века:

- верхнее веко чаще
- гиперемия, отечность, неподвижность кожи века,
- веко болезненное + спонтанные боли в области глаз,
- конъюнктивит красная
- кожа напряжена, иногда приобретает желтоватый оттенок,
- возможна флюктуация.
- экзофтальма нет, подвижность глазного яблока в полном объеме



Лечение абсцесса века

- При своевременном и рациональном лечении возможно обратное развитие абсцесса.
- Показаны бактерицидные и бактериостатические средства.
- Местно: сухое тепло, УВЧ-терапия, инстиллясия дезинфицирующих капель в конъюнктивальный мешок.
- При появлении флюктуации - вскрытие абсцесса с последующим применением повязок с 10 % гипертоническим раствором натрия хлорида.

Виды осложнений

5. Субпериостальный абсцесс:

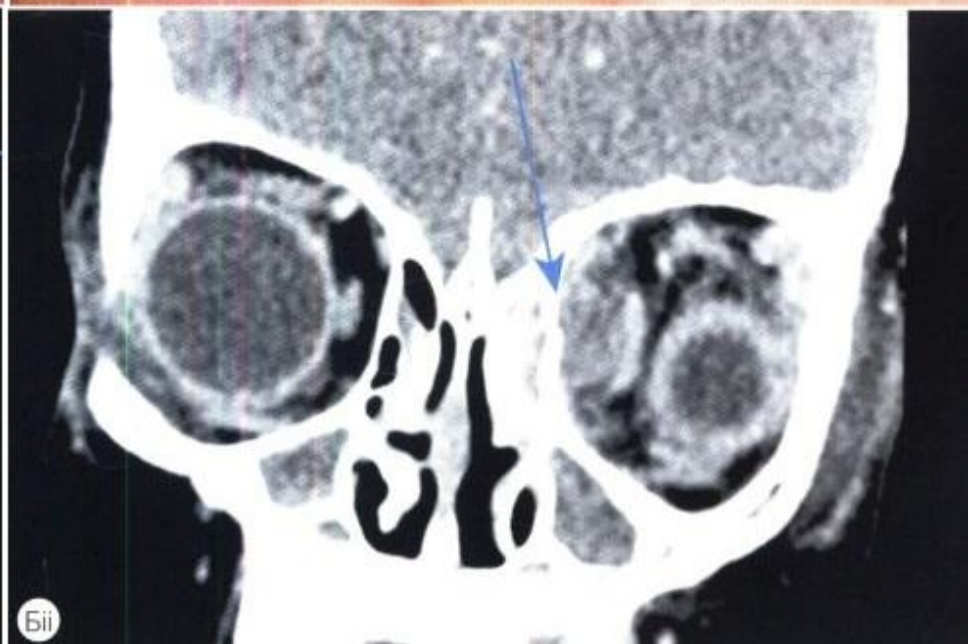
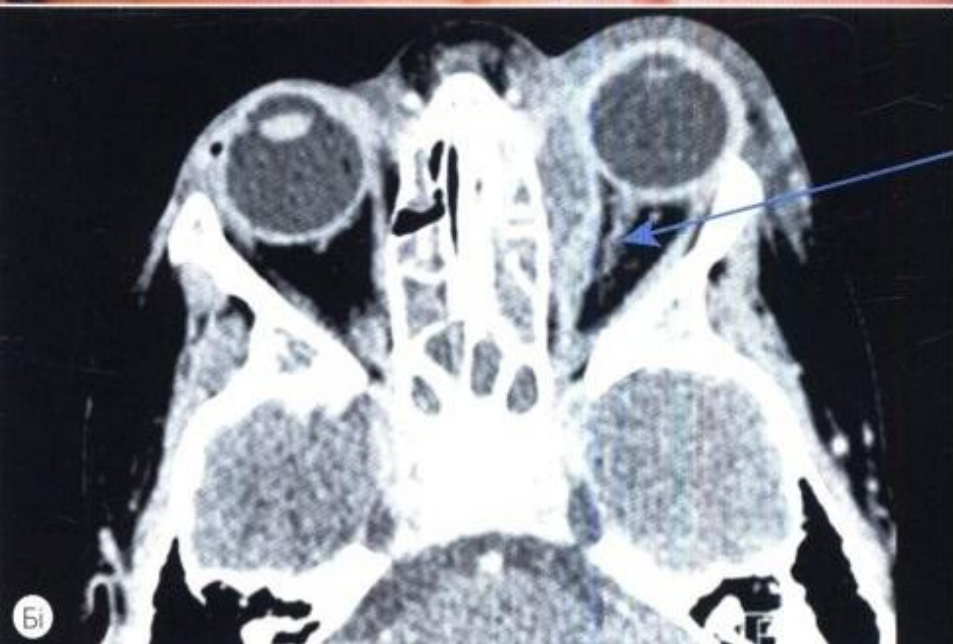
а) накопление гноя под периостом в результате остеомиелита кости + поступление гноя из пазухи непосредственно под надкостницу (сначала на участке пазухи крупноклеточная инфильтрация -> дефект слизистой -> некроз прилежащего участка кости -> перфорация).

б) исход простого воспаления надкостницы: при обострении негнойного периостита – серозный экссудат -> гнойная инфильтрация надкостницы с пропитыванием мягких тканей -> отслойка надкостницы -> субпериост абсцесс.

ОТЛИЧИЕ - ВИДИМЫЙ ДЕФЕКТ КОСТНОЙ СТЕНКИ!!!

Субпериостальный абсцесс





Диагностика и лечение

Диагностика:

- Диагноз ставят на основании острого начала и характерной клинической картины. Для выявления источника процесса необходимо рентгенологическое и клиническое исследование придаточных пазух носа.
- ▣ На КТ при источнике от лоб пазухи - имеет вид объемного образования, чаще расположенного вдоль верхнемедиальной стенки орбиты, имеет капсулу, накапливающую контрастное вещество + смещает глазное яблоко.
- ▣ На КТ при источнике от вч пазухи - инфильтрат вдоль нижней и иногда мед стенки в глубину орбиты.

Диф.диагноз: Дифференцировать следует от флегмоны глазницы, которая отличается более выраженными местными и общими проявлениями и более тяжелым течением.

Лечение: Устраняют первичный очаг инфекции.

Внутримышечно и внутрь курс антибиотиков. При образовании гнойника необходимо хирургическое вмешательство - вскрытие абсцесса с последующим дренажем раны

Виды осложнений

6. Ретробульбарный абсцесс:

Причины – прорыв субпериостального абсцесса через надкостницу или в результате гематогенного переноса инфекции.

Основные признаки:

- резко выраженная общая реакция
- отек и застойная гиперемия век,
- болезненный экзофтальм,
- резкое нарушение подвижности или полная неподвижность глазного яблока (**офтальмоплегия**),
- снижение зрения,
- изменения глазного дна,
- неврит зрительного нерва

Мало отличается от субпериостального абсцесса!!!



Ретробульбарный абсцесс

Диагностика

- Для выявления источника процесса необходимо рентгенологическое и клиническое исследование придаточных пазух носа.
- На КТ в жировой клетчатке определяется зона повышенной плотности различных размеров, довольно однородная по структуре и имеющая локализованный характер.

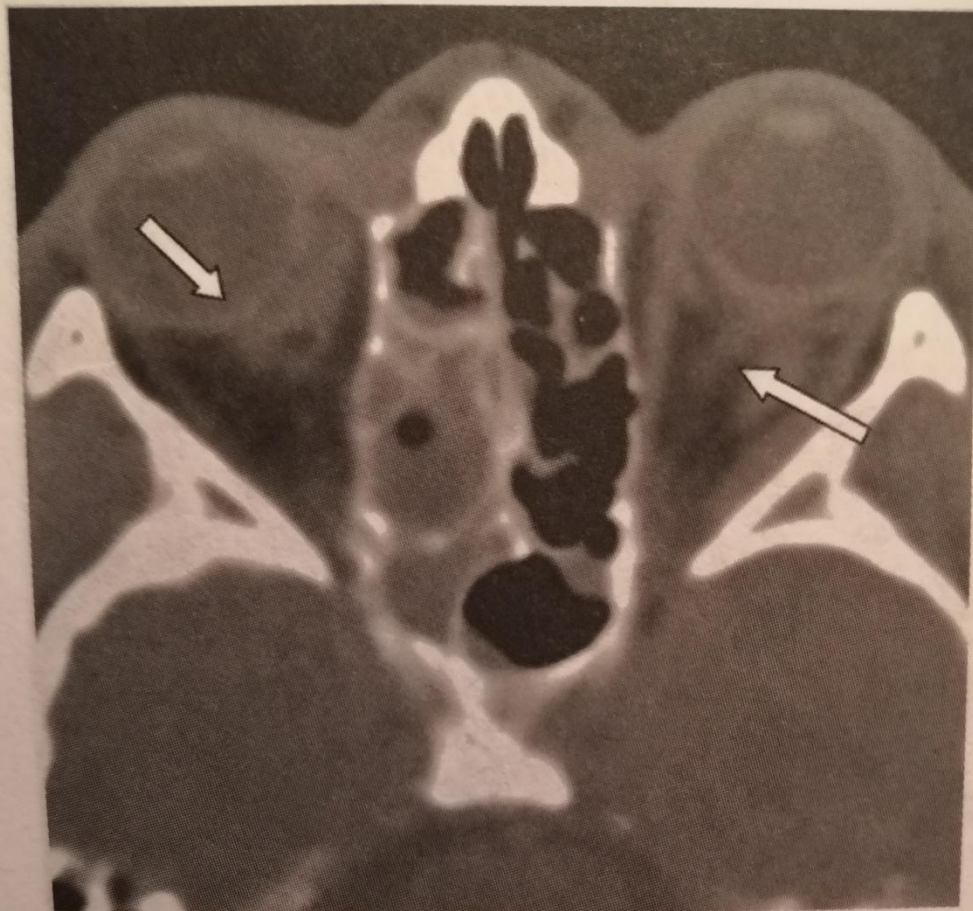
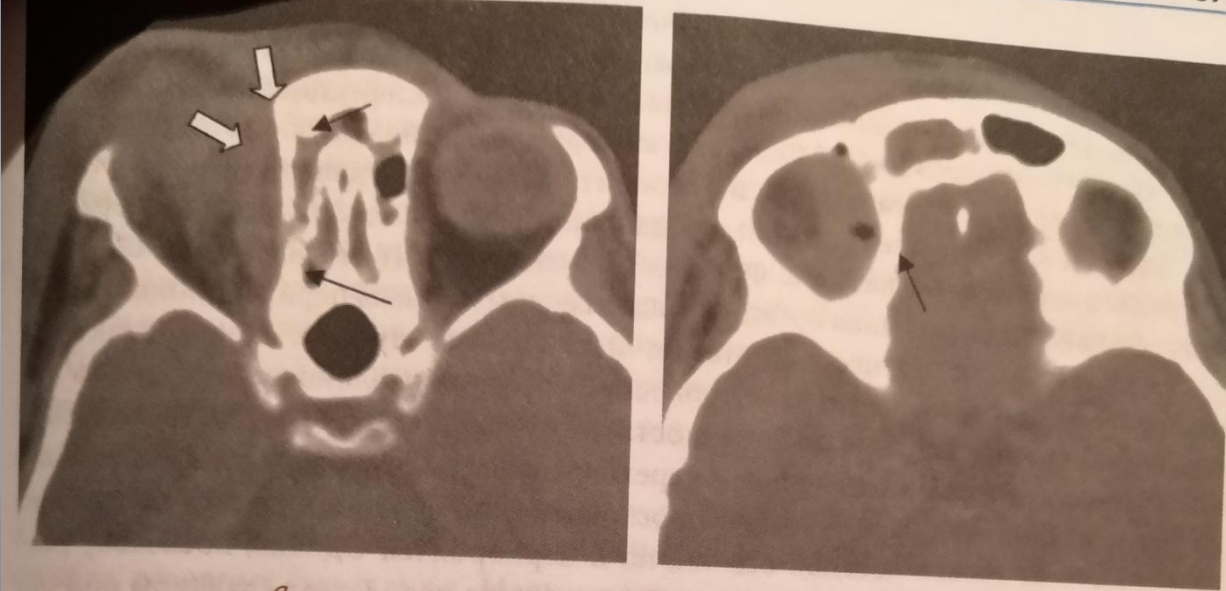


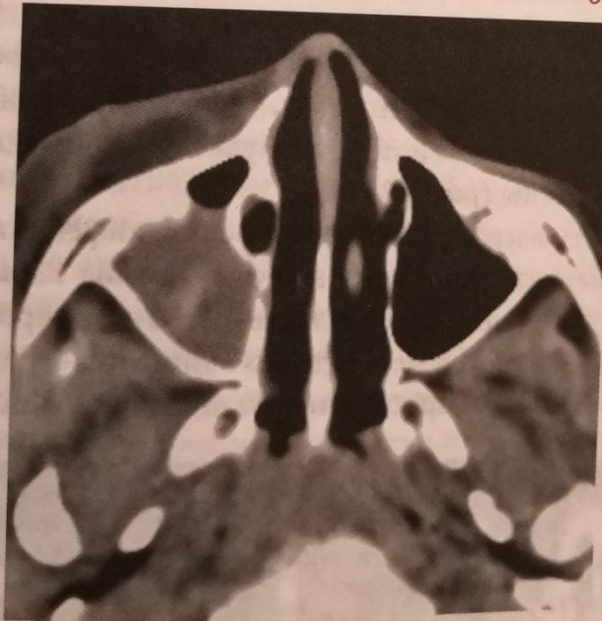
Рис. 19.14. КТ околоносовых пазух и орбит, аксиальная проекция. Двусторонние ретробульбарные абсцессы (стрелки), затемнены ячейки решетчатой кости слева. У больного — левосторонний гнойный гемисинусит

**ВСЕГДА ЕСТЬ
СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО
ЯБЛОКА**



а

б



в

Рис. 19.15. КТ околоносовых пазух и орбит, аксиальная проекция: а — субпериостальный (черные стрелки) и ретробульбарный (белые стрелки) абсцессы левой орбиты; б — в верхних отделах левой орбиты, на фоне субпериостального абсцесса — пузырьки воздуха; в — левая верхнечелюстная пазуха заполнена патологическим содержимым, более плотным в центральных отделах (гной)

Виды осложнений

7. Флегмона орбиты - диффузное, разлитое, без четких границ, прогрессирующее гнойное воспаление ВСЕЙ (отличие от абсцесса) клетчатки орбиты.

Причины:

- эмпиемы ОНП
- Полисинуситы
- рожистые воспаления лица
- метастатические инфекционные и гн процессы
- Травмы
- у детей часто как осложнение гайморита и этмоидита
- иногда при хронических восп процессах, но редко

Пути распространения:

- Контактный
- Гематогенный

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ условие - нарушение целостности костной стенки и периорбиты!!!

Пути распространения

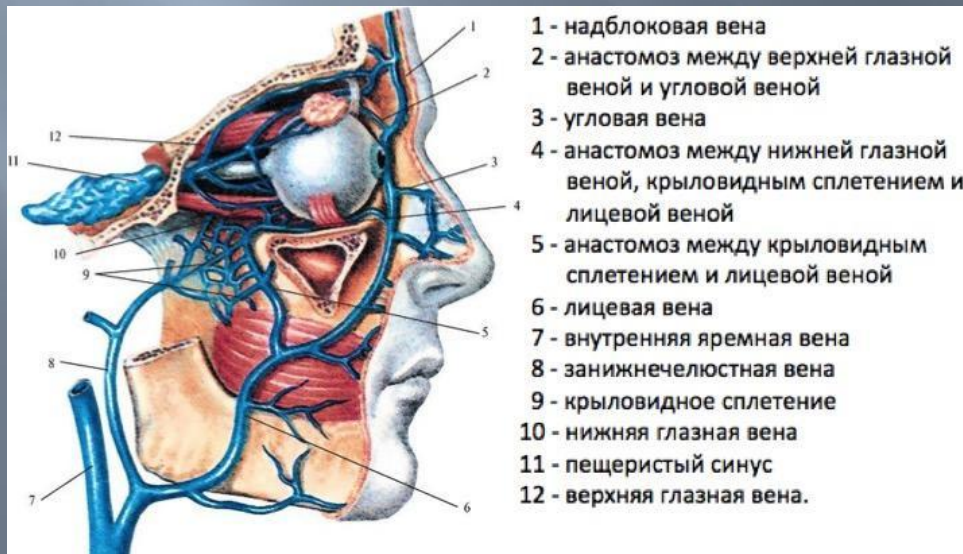
КОНТАКТНЫЙ:

- Периостит
- Субпериостальный абсцесс
- Ретробульбарный абсцесс
- Флегмона



ГЕМАТОГЕННЫЙ

- попадание инфиц тромба из вен слизистой оболочки ОНП в одну из вен глазницы через широкую сеть анастомозов
- +отсутствие в орбит венах клапанов.
- тромб распадается в ретробульбарной клетчатке
- выраженная инфильтрация ретробульбарной клетчатки.

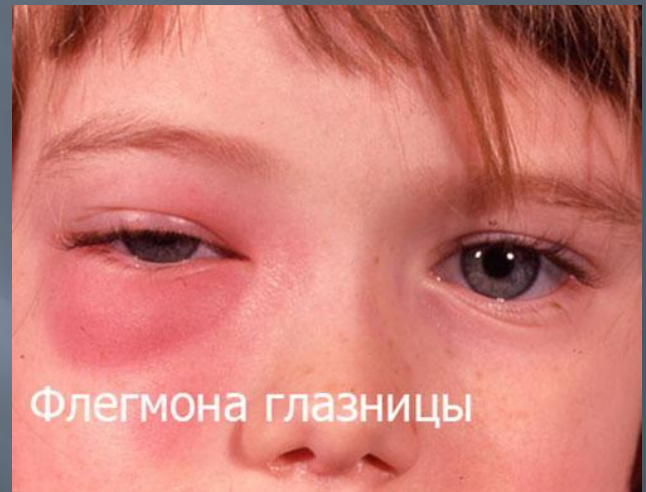
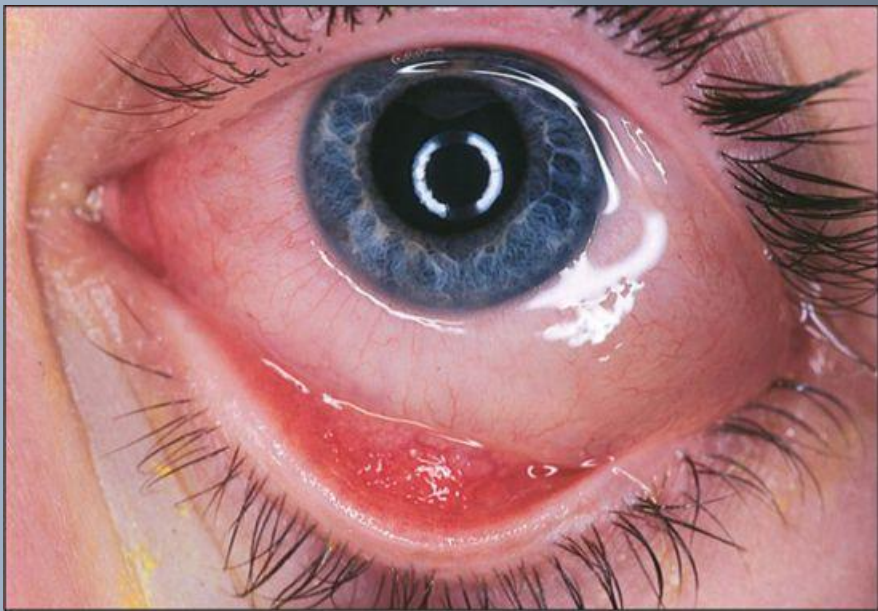


Клиника

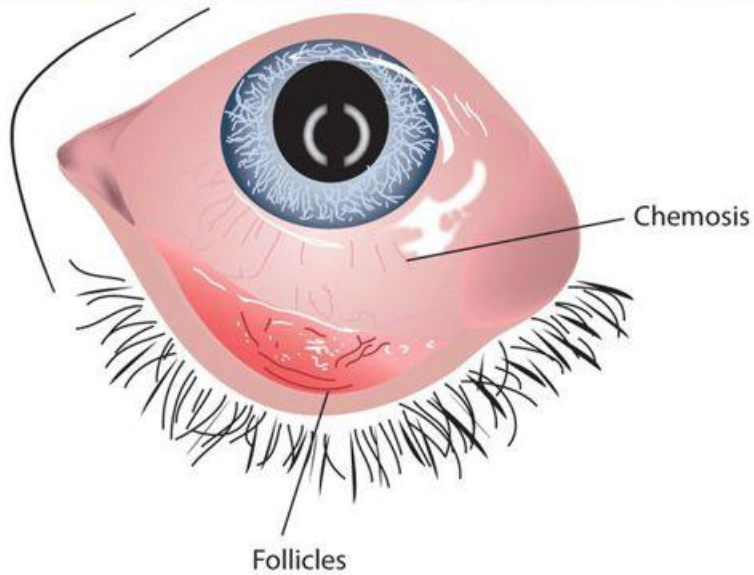
- тяжелое общее состояние - СЕПТИЧЕСКОЕ,
- лихорадка постоянного или гектического характера
- озноб,
- в некоторых случаях отмечаются головные боли, общая слабость,
- веки резко отечны и гиперемированы, горячи на ощупь, плотны;
- глазная щель сомкнута,
- экзофтальм + ограничение движений во все стороны, иногда имеет место полная офтальмоплегия.
- смещение глазного яблока
- хемоз конъюнктивы.
- боли внутри орбиты, боли при надавливании на гл яблоко
- со стороны ЛОР-органов в первые дни изменений иногда не бывает. Однако в дальнейшем наблюдаются выделения из среднего носового хода и отечность средней носовой раковины

***В большинстве случаев флегмона орбиты развивается внезапно в течение 12- 24 ч.**

***У маленьких детей преобладают общие симптомы у взрослых –**



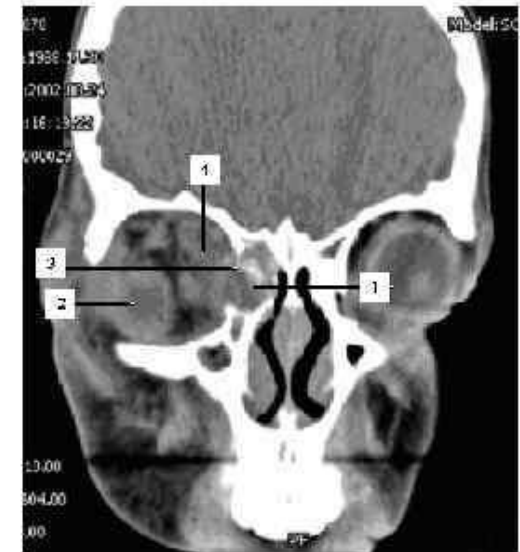
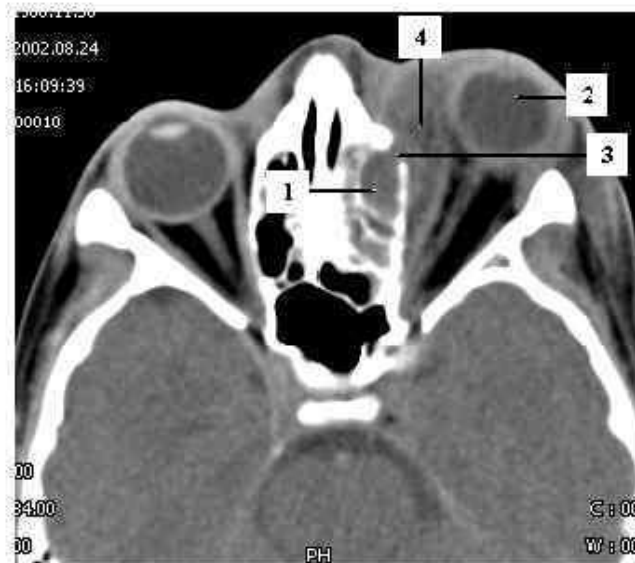
Флегмона глазницы



Диагностика

- Клиника
- На КТ диффузное неоднородное повышение плотности ретробульбарной клетчатки, на этом фоне контуры глазного яблока, глазных мышц и зрительного нерва четко не дифференцируются. + значительное смещение глазного яблока

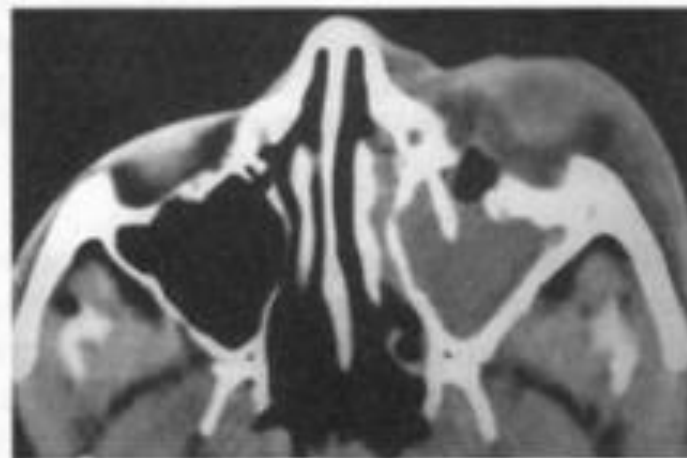
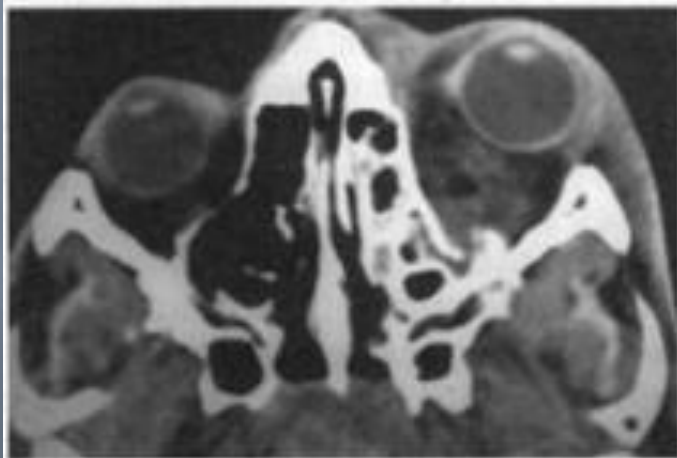
Флегмона орбиты



1. передние и средние клетки решетчатого лабиринта, заполненные гнойным содержимым;
2. экзофтальм и латеральное смещение глаза;
3. дефект кости в стенке орбиты;
4. гной и инфильтрированные ткани орбиты.



a



Диф. диагноз и лечение

Диф. диагноз:

- ▣ Бурное начало, быстрое прогрессивное и тяжелое течение
- ▣ Необходима рентгенография околоносовых пазух и глазницы, которая имеет значение для дифференциальной диагностики флегмоны глазницы от периостита орбитальной стенки, а также для исключения попадания инородного тела в глазницу при травме.

Лечение:

- ▣ Показано применение антибиотиков внутрь, внутримышечно и в тяжелых случаях внутривенно.
- ▣ Длительность курса лечения зависит от течения заболевания.
- ▣ Если имеются участки флюктуации, показаны широкие разрезы тканей с проникновением в полость глазницы,
- ▣ Срочное применение антибиотиков в необходимых дозах значительно улучшает прогноз заболевания.

При выявлении причины флегмоны глазницы проводят лечение основного заболевания (воспалительные процессы околоносовых пазух и др.)!!!

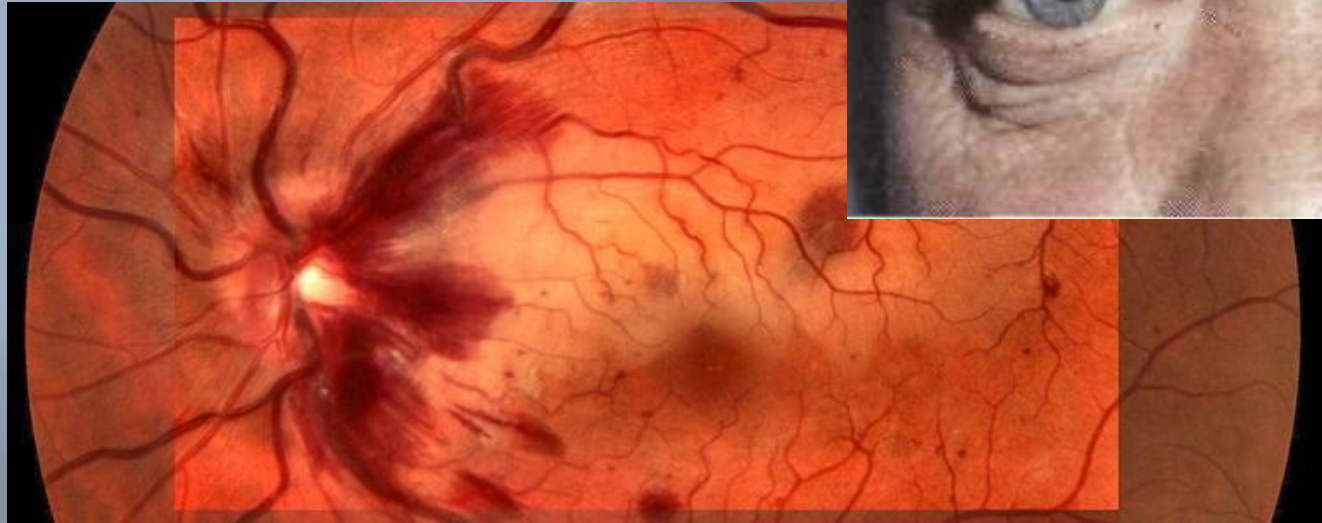
Виды осложнений

8. Тромбоз вен глазничной клетчатки

- 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*.

Чаще процесс распространяется по ходу ангулярной вены, затем воспаление переходит на мелкие орбитальные вены, образуя множество мелких гнойников.

Клиника

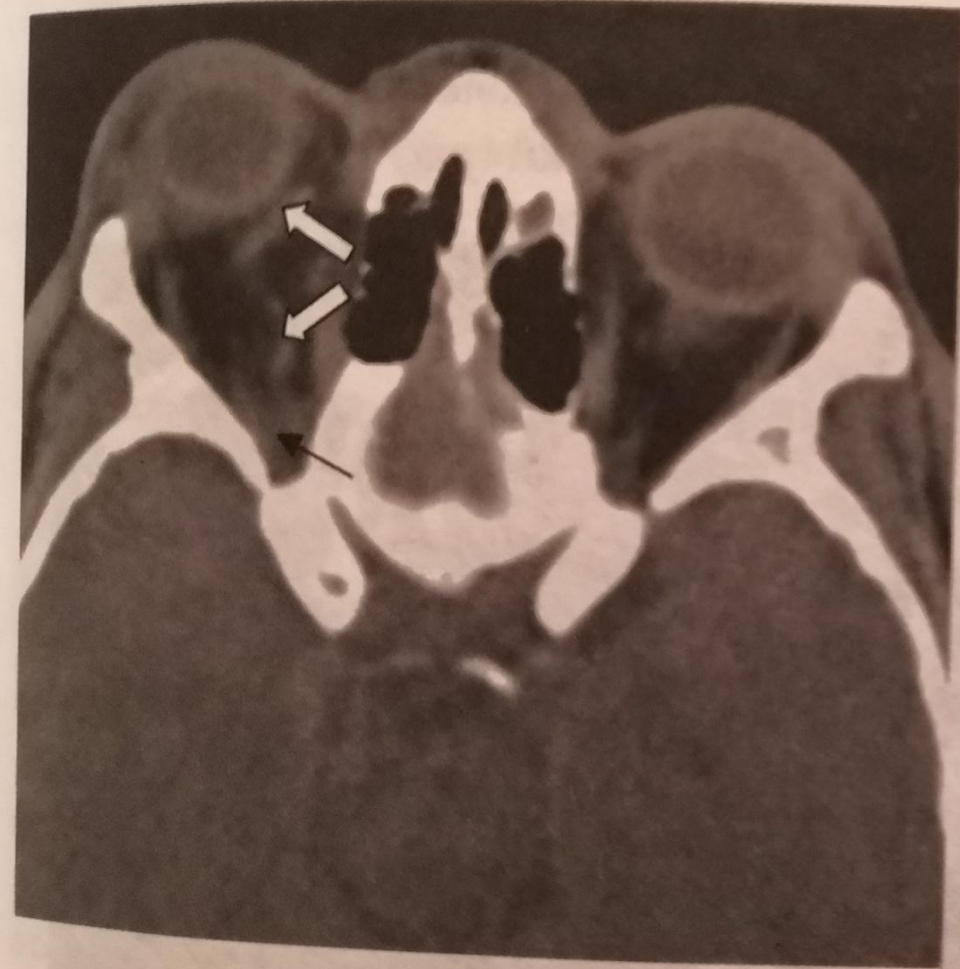


Диагностика и лечение

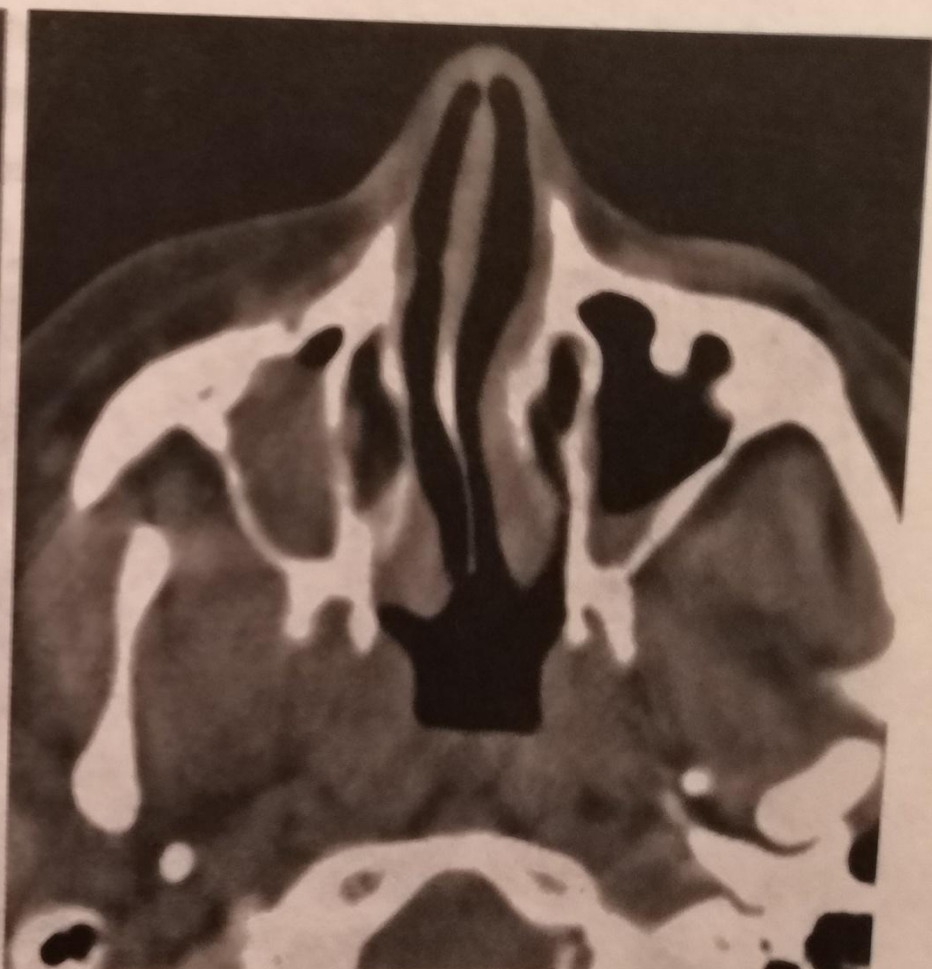
В диагностике важное значение имеют:

- ▣ анамнез, выявление гнойных процессов области лица, острых инфекционных заболеваний.
- ▣ Необходимо комплексное клинико-лабораторное обследование больного (рентгенография глазниц, околоносовых пазух, черепа; консультации отоларинголога, невропатолога).
- ▣ Отсутствует характерная КТ-картина, поэтому диагноз ставится на сопоставлении клиники и КТ.
- ▣ На КТ можно увидеть тромбированные вены в виде тяжей в ретробульб клетчатке.

Лечение: обязательна санация очагов инфекции. Назначают антибиотики внутримышечно и внутрь. При наличии флюктуации показано вскрытие абсцедирующей полости.



а



б

Рис. 19.27. КТ орбит и околоносовых пазух, аксиальная проекция. Тромбоз орбитальных вен: а — визуализируются утолщенные и извитые вены левой орбиты (белые стрелки), ретробульбарная клетчатка местами уплотнена (черная стрелка), тяжистая, глазное яблоко смещено кпереди; б — затемнение левой, небольшое количество жидкости в правой верхнечелюстной пазухе. У больного — двусторонний острый гнойный гайморит

ВАЖНО!!!

1. Симптомы орбитальных осложнений часто совпадают, иногда одна форма переходит в другую, что создает трудности в дифференциальной диагностике.

2. Больные с риногенными орбитальными (как и с внутричерепными) осложнениями относятся к тяжелому контингенту, что требует экстренной специализированной хирургической помощи в условиях стационара, с привлечением офтальмологов и нейрохирургов.

Диагностика (итоги)

- Сбор анамнеза заболевания, данных наружного осмотра носа, околоносовых пазух и глазницы, передней и задней риноскопии.
- Проведение эндоскопического исследования полости носа, осмотр соустьев околоносовых пазух.
- Пациент осматривается офтальмологом, проверяется острота зрения.
- Проба с тампоном, смоченным 5% раствором кокаина и введенным в средний носовой ход под раковину на 2 ч на стороне поражения. 00
- Рентгенография, а также компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух и орбит (позволяют более четко выявить очаг поражения).
- Несмотря на большой диапазон диагностических методов для выявления таких осложнений, КТ является основным и наиболее точным методом, позволяющим не только распознать характер и локализацию осложнения, но и диагностировать первичный очаг.
- Важное значение придается возможности многократного

Томографические признаки риногенных орбитальных осложнений



Реактивный отек орбиты:
разлитое увеличение объема и плотности орбитальной клетчатки с сохранением её однородной структуры.



Ретробульбарный абсцесс:
округлое или овальное образование с четким контуром различной локализации с неоднородным содержимым.



Флегмона орбиты:
разлитое увеличение объема и плотности орбитальной клетчатки с её неоднородной структурой.

Лечение (итоги)

КОНСЕРВАТИВНОЕ

- после острого синусита и имеет негнойную форму
- сохраняется дренажная функция, а орбитальные осложнения носят негнойный характер.
- Предпочтение АБ пенициллинового ряда и цефалоспоринового (иногда 2-3 АБ)
- Обязательно 1-2 раза инсуффляции в полость носа

ХИРУРГИЧЕСКОЕ

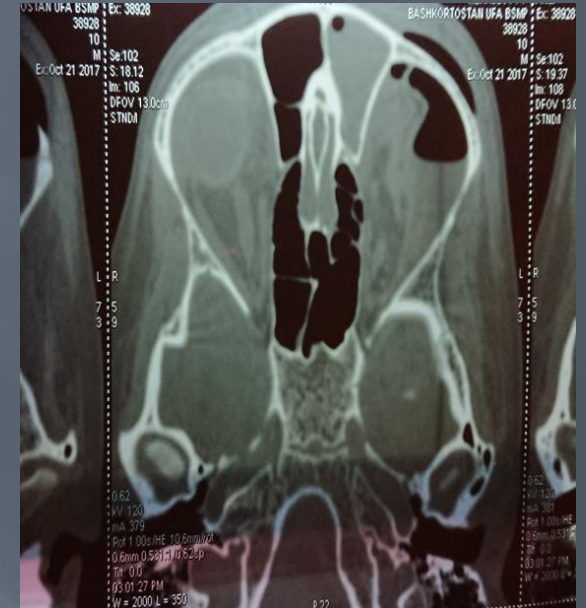
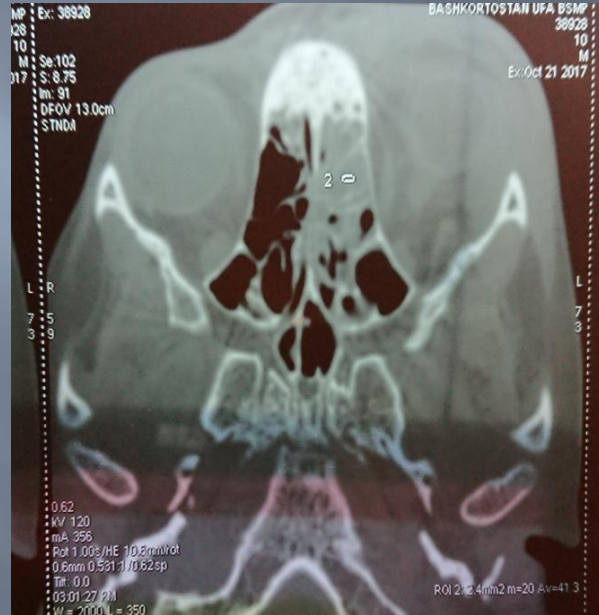
- Гнойные процессы,
- Должно быть экстренным и направлено на ликвидацию первичного гнойного очага воспаления в околоносовых пазухах.
- Эффективность зависит от времени, которое прошло с момента начала заболевания, правильности тактики проведения лечения и чувствительности микрофлоры к назначенным препаратам.
- Тактика - в зависимости от характера поражения глазницы:
 - эндоскопический метод вскрытие очага наружными разрезами.
- Но при расположении абсцесса клетчатки орбиты у внутр стенки глазницы – в процессе этмоидотомии можно вскрыть абсцесс и опорожнить его в полость носа).

Клинический случай

ДЛОР отделение
ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа 2018г

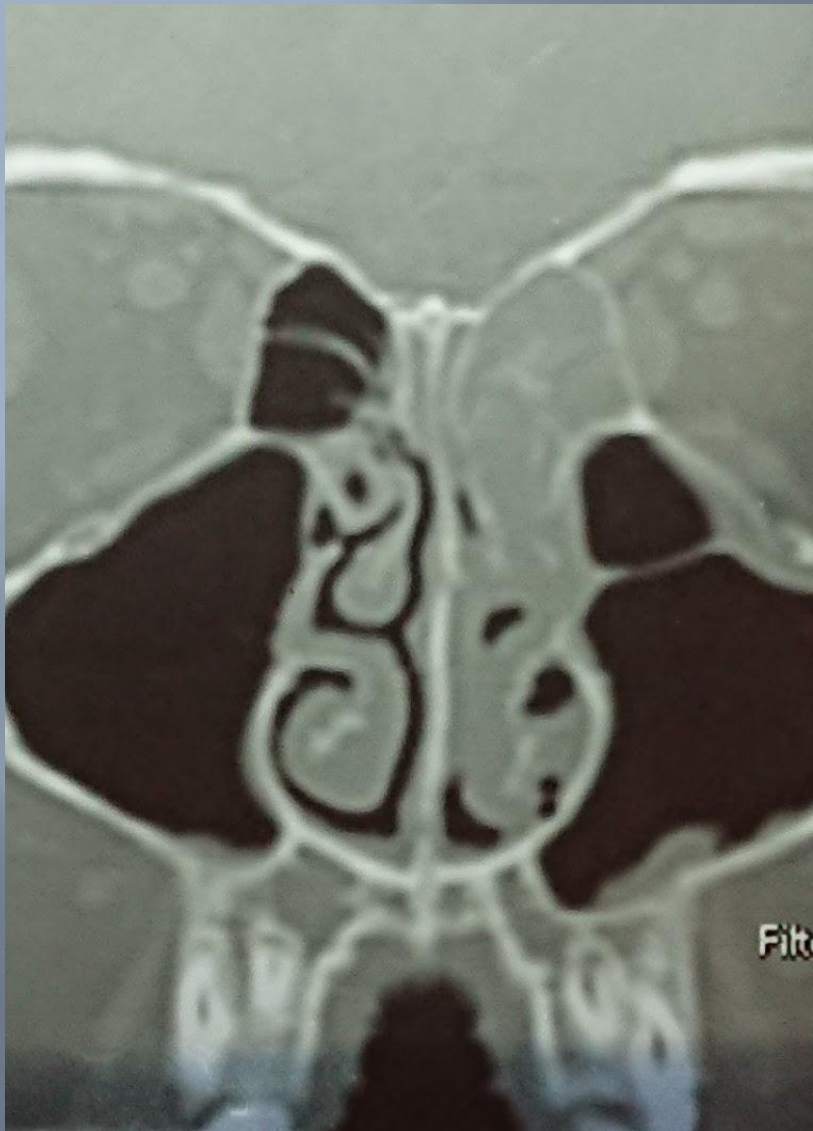
- Пациент М., 10 лет
- Поступил в приемный покой на 3 сутки с начала заболевания с жалобами на заложенность носа, отек век левого глаза (сутки), двоение в левом глазу, подъем температуры до 40С.
- Амбулаторно принимал: ринофлуимуцил, изофра, ингаверин, парацетамол, синупрет.
- **Клинически:** выраженный экзофтальм левого глаза, хемоз, кожа век гиперемирована, отечна, глазная щель закрыта. Пальпация болезненна.
- Носовое дыхание затруднено. Обоняние снижено. Слизистая носовых раковин застойна, в носовых ходах скудное слизистое отделяемое.
- В приемном покое выполнен R-ОНП: субтотальное снижение пневматизации левой в/ч пазухи и ячеек решетчатого лабиринта.
- **КАК** при поступлении: эр 4,74 x 10¹²/л, Нв 130 г/л, лейкоц 21,3 x10⁹/л, п 1, с 84, м 4, л 11, СОЭ 47 мм/ч

Клинический случай



- Контуры ОНП ровные, четкие целостность не нарушена.
- Субтотальное снижение пневматизации левой в/ч пазухи, левой лобной пазухи, передних и средних ячеек решетчатого лабиринта.
- Орбиты симметричны. Края стенок глазниц ровные, четкие, без признаков деструкции. В левой орбите по латеральной стенке – гиперденсивное включение 23 НУ, однородной структуры размером 26x14 мм с четкими неровными контурами неправильной формы.
- Наружная прямая мышца оттеснена кнаружи. Зрительные нервы прослеживаются на всем протяжении.
- Мягкие ткани параорбитальной области слева увеличены в объеме, инфильтрированы.

Клинический случай



- **ДИАГНОЗ:** Левосторонний острый гнойный пансинусит. Флегмона орбиты слева.
- **В день поступления выполнено:** вскрытие и дренирование флегмоны орбиты – слизисто-геморрагическое содержимое, эндоскопическая фронтоэтмоидотомия – полипозно измененная слизистая, гнойное отделяемое с ихорозным запахом
пункция и катетеризация в/ч

Клинический случай

- Двое суток палата интенсивной терапии
- а/б терапия: мепенем 800 мг x 3 р/д №10, +метрагил 1,0x 3 р/д №3 + эдицин 1,0 x 2 р/д №7
- Гормоны: дексаметазон 4 мг x 2 р/д №3,
- Пентаглобин однократно
- Антикоагулянтная терапия, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия,
- Перемещение по Проэтцу
- Санация в/ч катетера. Удален на 10 сутки.
- Санация раны орбиты, замена дренажей (4 раза за курс лечения совместно с офтальмологами)

Клинический случай

- **КТ-контроль на 3 сутки:**
восстановление пневматизации ячеек решетчатого лабиринта, уменьшение процесса в орбите.
- Ребенок выписан с клиническим выздоровлением со стороны ЛОР органов, сохранялись глазные симптомы: незначительный отек век левого глаза, слизистое-отделяемое по дренажам.
- По согласованию с офтальмологами НИИ гл. болезней ребенок выписан на амбулаторное долечивание с дренажами орбиты и осуществлением перевязки в условиях НИИ.Гл болезней.



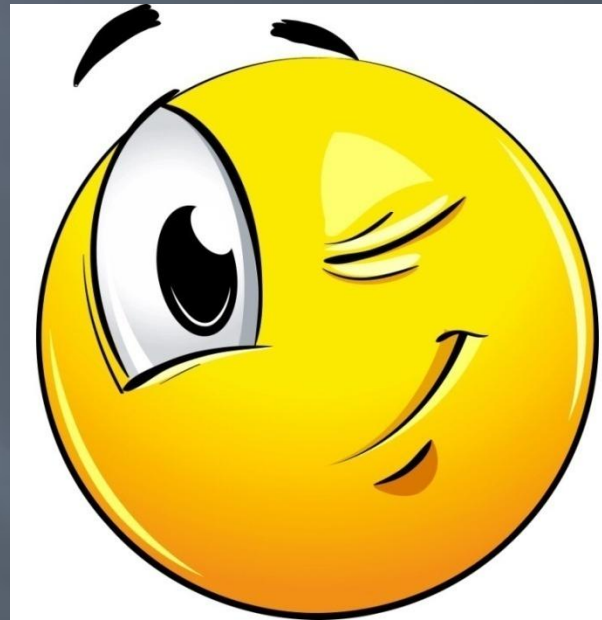
Литература

- Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. – Москва : Медицинское информационное агенство, 2017. – 557-596 с.
- Пальчун, В.Т. Неотложные состояния в оториноларингологии / В.Т. Пальчун. – Москва : Учебное пособие, 2016. – 32-35 с.
- Лебедева, М.А. ЛОР. Риносинусогенные орбитальные и интракраниальные осложнения. / М.А. Лебедева, Д.Н. Капитанов, А.С. Лопатин // Radiomed. – 2011.
- Офтальмология / Е.А. Егоров [и др.]. – Москва : ГэотарМедиа, 2010. – 88-103 с., 208-218 с.
- Неотложная офтальмология: Учеб. Пос. / Под ред. Е.А Егорова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 184 с

Литература

- Лор-врач Зайцев [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://dr-zaytsev.ru/>. – Дата доступа: 23.12.2020.
- Eurolab [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.eurolab.ua/otorhinolaryngology/3299/3309/27075/>. – Дата доступа: 24.12.2020.
- Studfiles [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://studfile.net/preview/6689726/page:14/>. – Дата доступа: 25.12.2020.
- Medvuz [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medvuz.info/>. – Дата доступа: 26.12.2020.
- «Риногенные орбитальные осложнения в детском возрасте» - научное исследование ДЛОР отделения ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа 2018г.

Благодарю за внимание!



Спасибо, что не уснули!