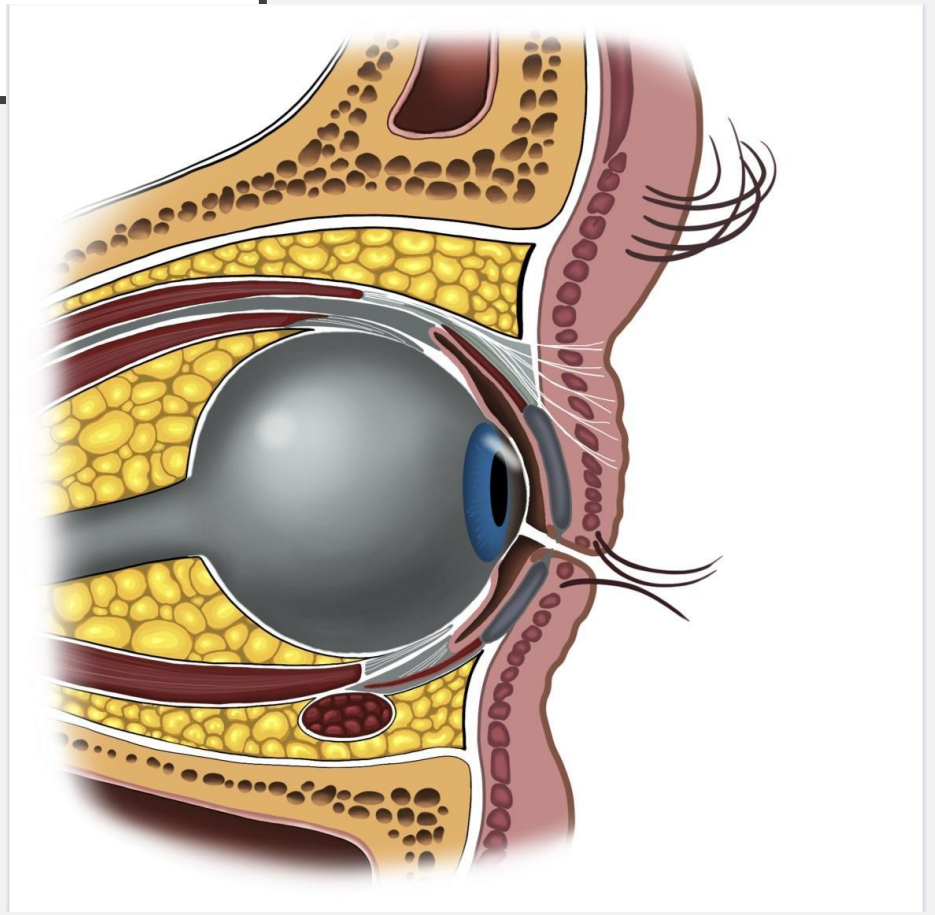
“ОРБИТАЛЬНЫЕ РИНОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ”

Дорофеева Ю. И.

Ассистент кафедры ЛОР болезней КубГМУ

«МБУЗ КГК БСМП»



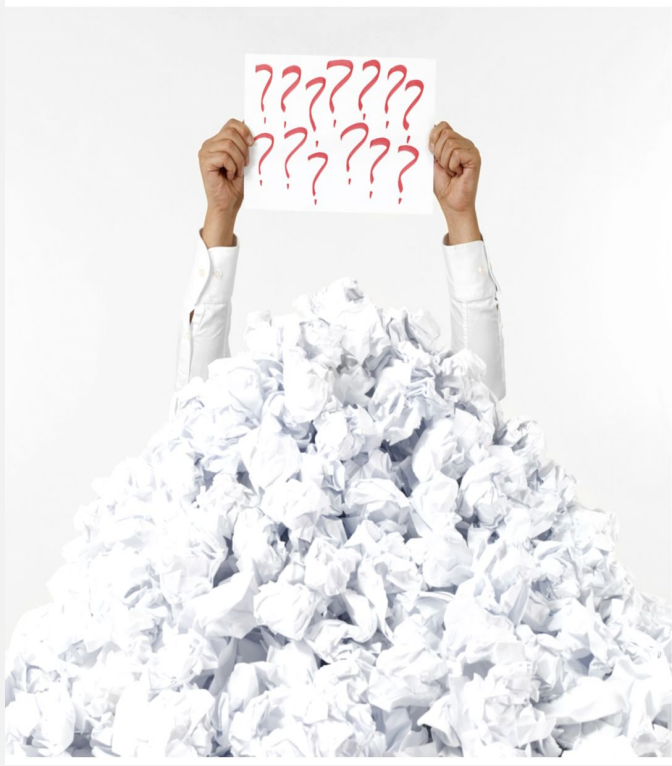
16.02.2021

ЛОР- студенческий научный кружок

ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НУЖНО ЛЕЧИТЬ БЫСТРО И НАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ, ТАК КАК ОНИ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К СНИЖЕНИЮ ЗРЕНИЯ, СЛЕПОТЕ И ВПЛОТЬ ДО ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА

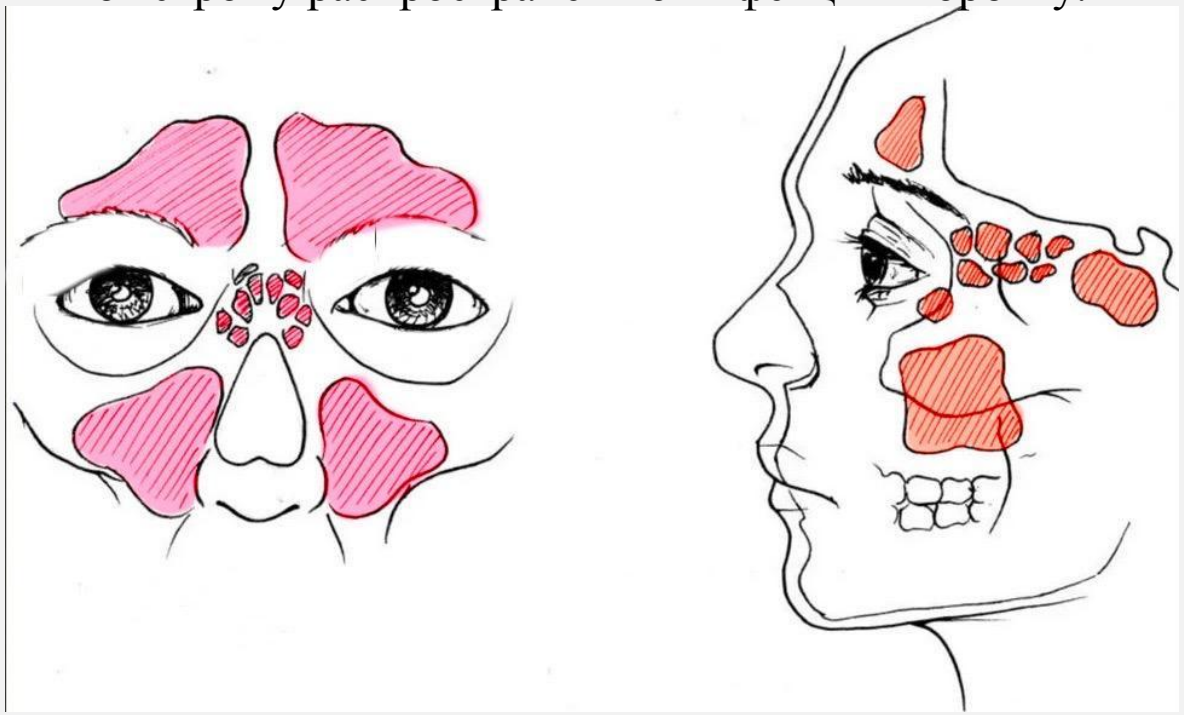
Актуальность проблемы:

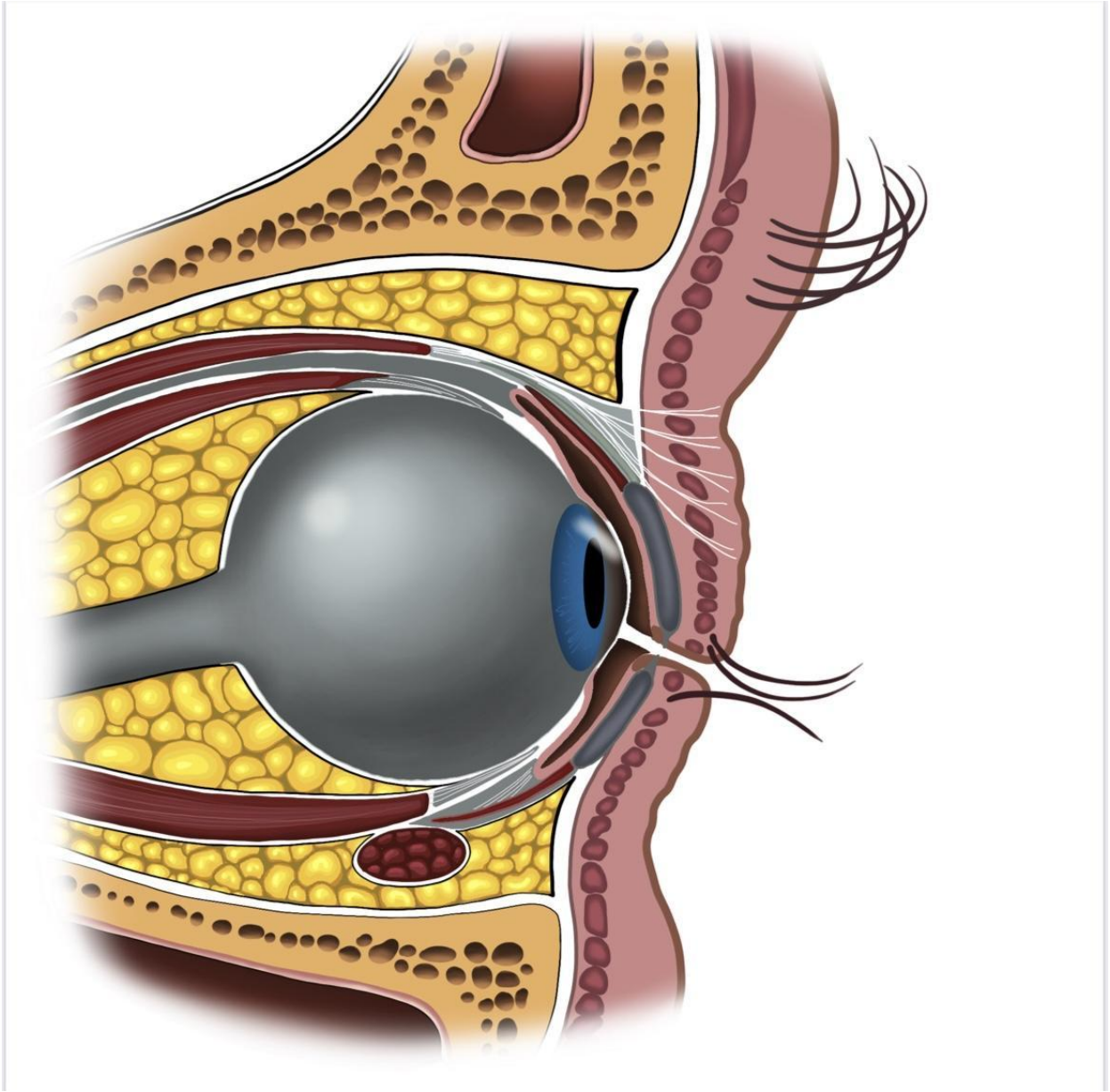
- Необходимость отличия неосложненный риносинусит от осложненного бактериального ОРС с орбитальными осложнениями, последнее требует применения противомикробных препаратов и хирургического вмешательства.
- Оптимальная стратегия лечения остаётся спорной
- Решение проблемы- разработка единых алгоритмов диагностики и ведения данных пациентов.



АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

- **Близкое расположение** околоносовых пазух и орбиты.
- **Тонкая lamina** papyracea («бумажной пластинкой») отделяющая полость носа от орбиты- имеющая множество тонких кровеносных сосудов, которые способствуют активному и быстрому распространению инфекции в орбиту.





ВОЗБУДИТЕЛЬ

Бактерии - наиболее часто выявляемыми возбудителями являются *золотистый стафилококк* и стрептококки

Haemophilus influenzae типа b- является редкостью в связи с широким использованием вакцины Hib

Анаэробы такие как

Eikenella corrodens

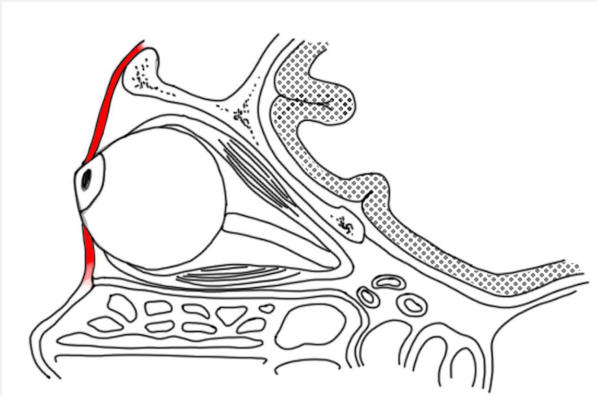
Fusobacterium и *Peptostreptococcus* а также грамотрицательные палочки, такие как *Pseudomonas aeruginosa Клебсиелла* и *Морганелла*

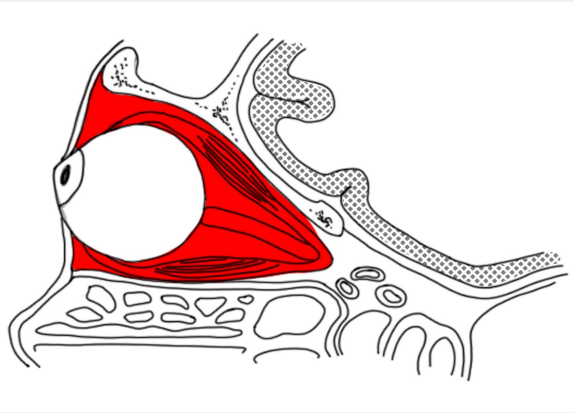
Некоторые случаи орбитального целлюлита являются полимикробными, часто с сочетанием аэробных и анаэробных бактерий

Классификация Chandler

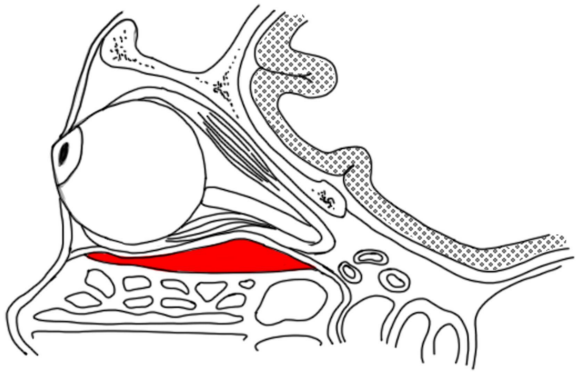
Группа I	пресептальный целлюлит
Группа II	отек клетчатки орбиты
Группа III	субпериостальный абсцесс
Группа IV	абсцесс орбиты
Группа V	тромбоз кавернозного синуса

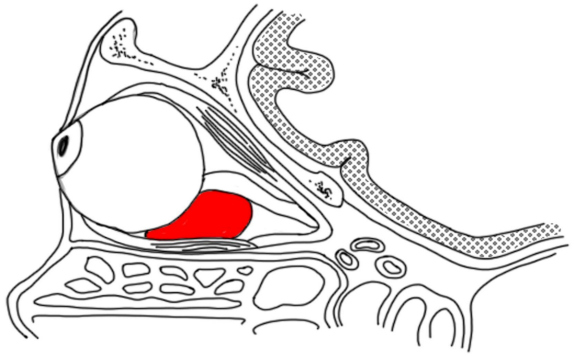
I



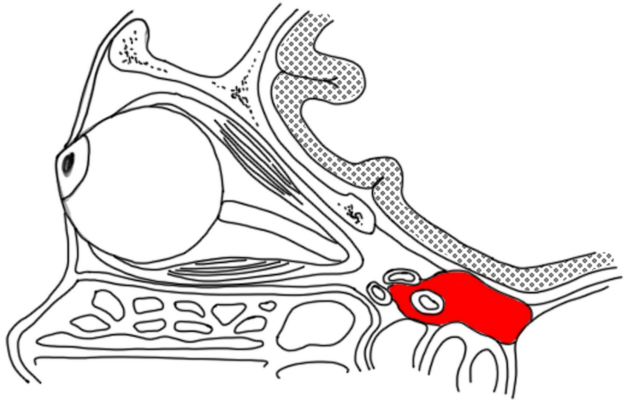


3





5



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕСЕПТАЛЬНОГО И ОРБИТАЛЬНОГО ЦЕЛЛЮЛИТА

Клиника	Пресептальный целлюлит	Орбитальный целлюлит
Отек век с эритемой и без	Да	Да
Боль и чувствительность в глазах	Может быть	Да, может вызывать глубокую боль в глазах
Боль при движении	Нет	Да
Птоз	Нет	Обычно, может быть незаметным
Офтальмоплегия +/- диплопия	Нет	Может быть
Нарушения зрения	Нет	Может быть
Хемоз	Редко	Может быть
Высокая температура	Может быть	Обычно присутствует
Лейкоцитоз	Может быть	Обычно присутствует

Orbital cellulitis

Authors:Christopher Gappy, MDSteven M Archer, MDMichael Barza, MDSection Editors:Morven S Edwards, MDMarlene L Durand, MDDeborah S Jacobs, MDDeputy Editor:Allyson Bloom, MDContributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.

Классификация Б.Ю. Шеврыгина

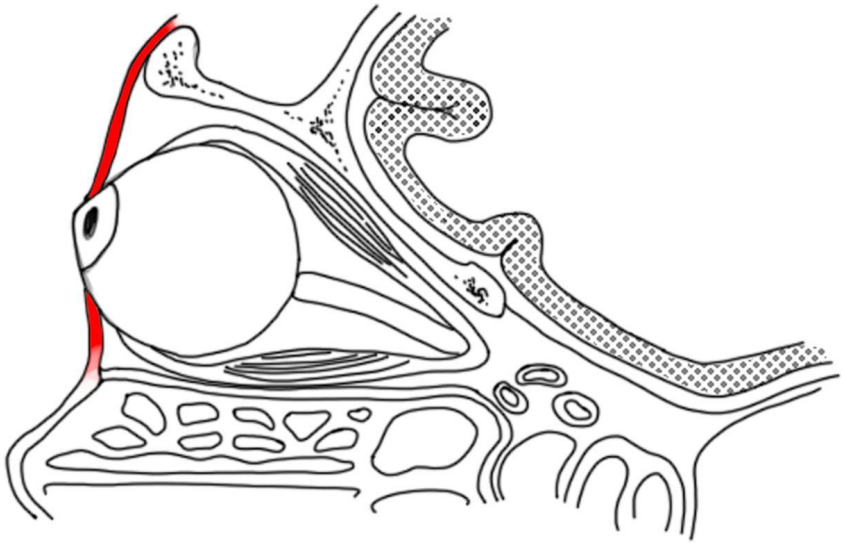
Группа 1	отек клетчатки орбиты и век
Группа 2	диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век
Группа 3	остеопериостит орбиты
Группа 4	абсцесс века
Группа 5	свищ века и орбитальной стенки
Группа 6	субпериостальный абсцесс
Группа 7	ретробульбарный абсцесс
Группа 8	флегмона орбиты
Группа 9	тромбоз вен клетчатки орбиты, кавернозного синуса

ОТЕК ВЕК

КЛИНИКА

- воспалительный отек век
- глаза подвижны в полном объёме
- инфильтрации клетчатки нет

- Чаще поражается верхнее веко.
- Отек может быть настолько сильным, что глаза полностью закрываются.



ДИФФУЗНОЕ НЕГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ ОРБИТЫ И ВЕК

КЛИНИКА

-отек век

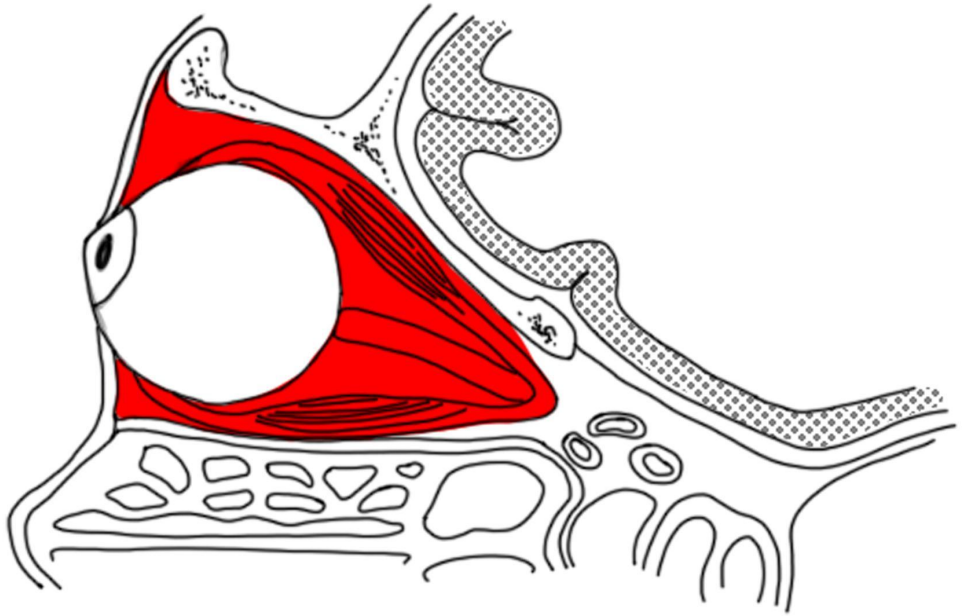
-экзофтальм

-диплопия

-зрение не нарушено

У взрослых заболевание может протекать с минимальными явлениями общей интоксикации, может наблюдаться субфебрильная температура

Важно отметить медленный регресс орбитальных проявлений при диффузном негнойном воспалении клетчатки.



ОСТЕОПЕРИОСТИТ ОРБИТЫ
2 ФОРМЫ:
ПРОСТАЯ И ГНОЙНАЯ

ПРОСТОЙ - гиперемия и серозно-клеточная инфильтрация надкостницы, чаще при катаральных воспалениях в ОНП

ГНОЙНЫЙ – серозно- клеточная инфильтрация переходит в гнойную

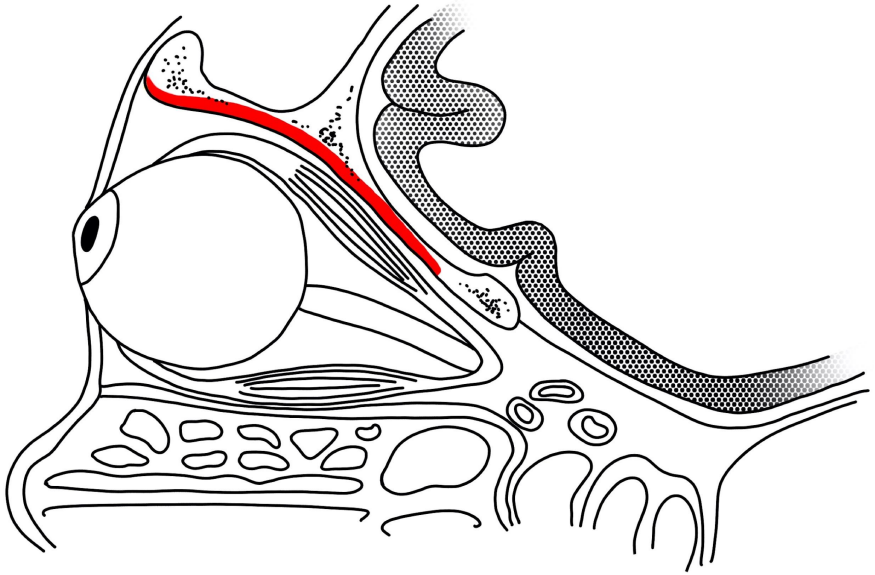
КЛИНИКА

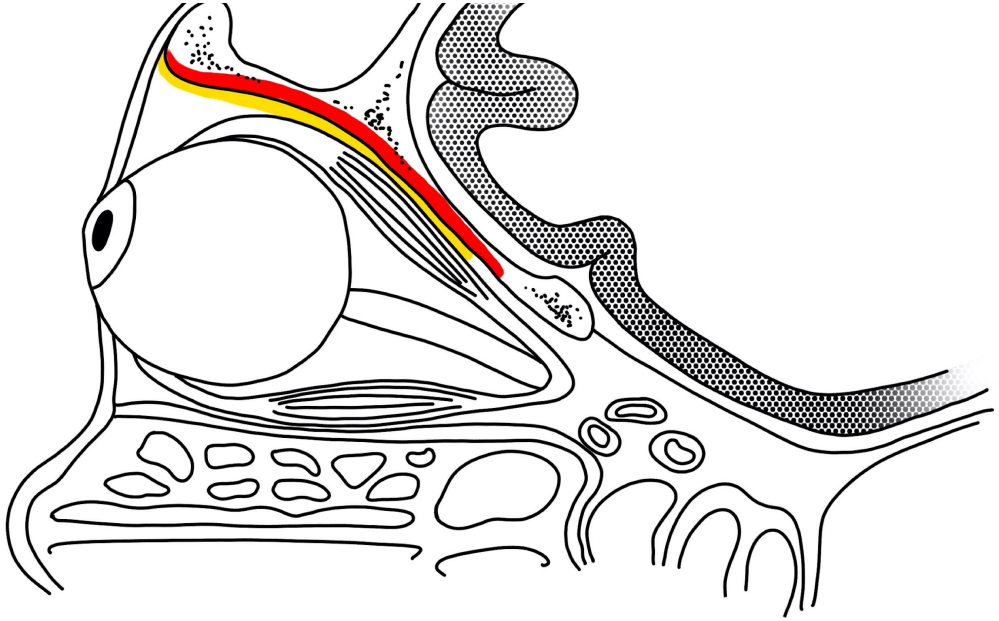
-отек параорбитальной и ретробульбарной клетчатки

- небольшой экзофтальм

-умеренно выраженная общая реакция организма в виде повышения температуры до 38С

-головная боль





АБСЦЕСС ВЕКА

Клиника:

-резко отечное, гиперемированное веко с участком флюктуации

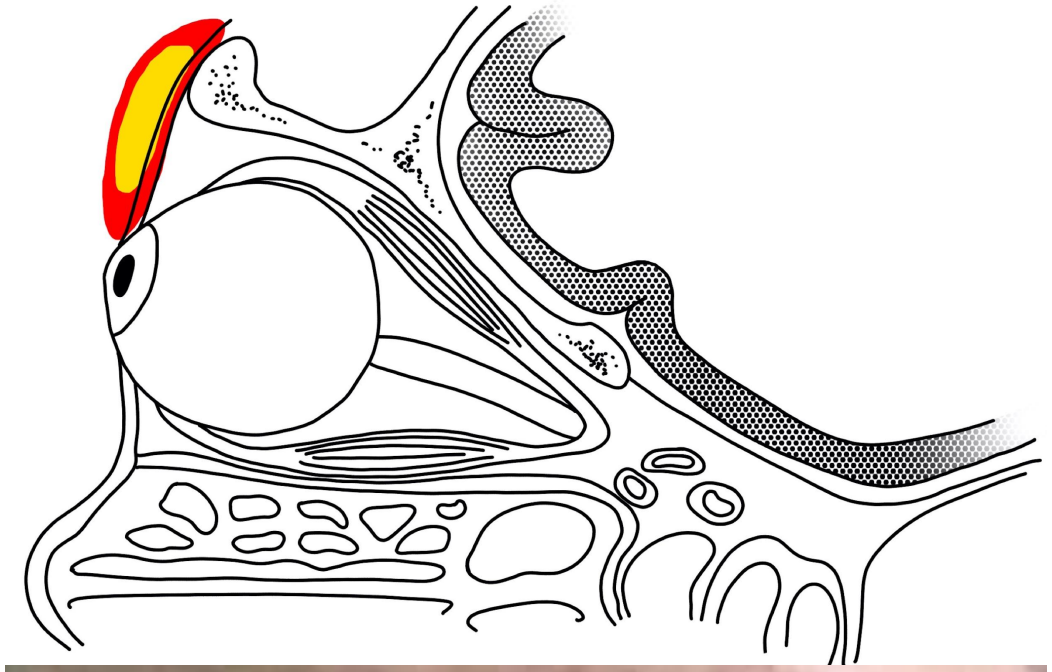
- выраженная общей реакцией организма-интоксикацией

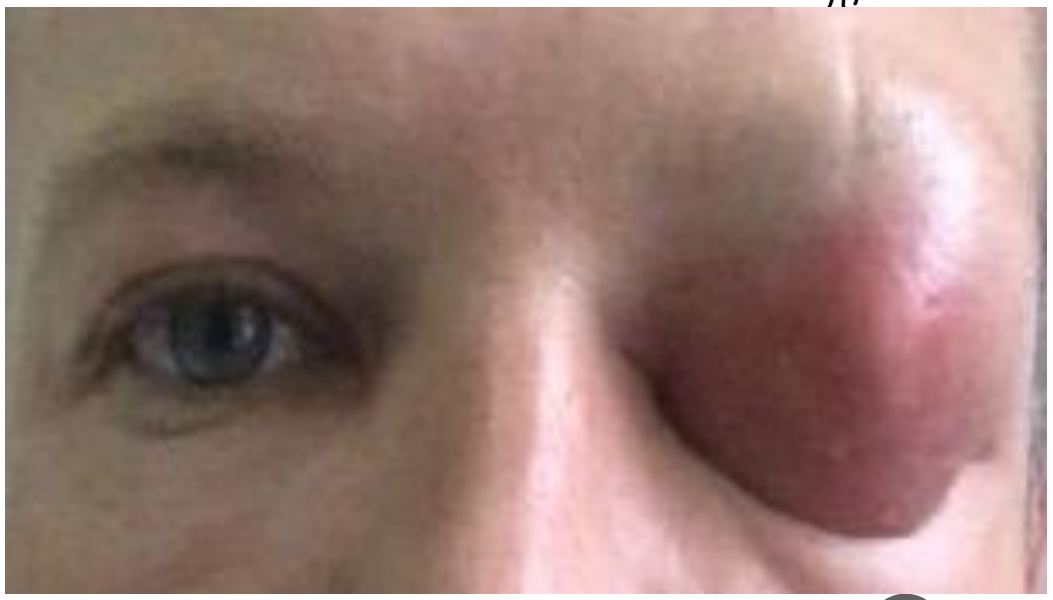
- повышение температуры тела до 38-39С.

-выраженный болевой синдром- боль в области века и при движении глаза.

-экзофтальма нет.

-конъюнктива отечная и гиперемированная.





СВИЩ ВЕКА И ОРБИТАЛЬНОЙ СТЕНКИ

При самостоятельном опорожнении абсцесса- образуется свищевой ход- заканчивающимся свищем в коже века.

Клиника:

-резко отечное, гиперемированное веко с участком флюктуации

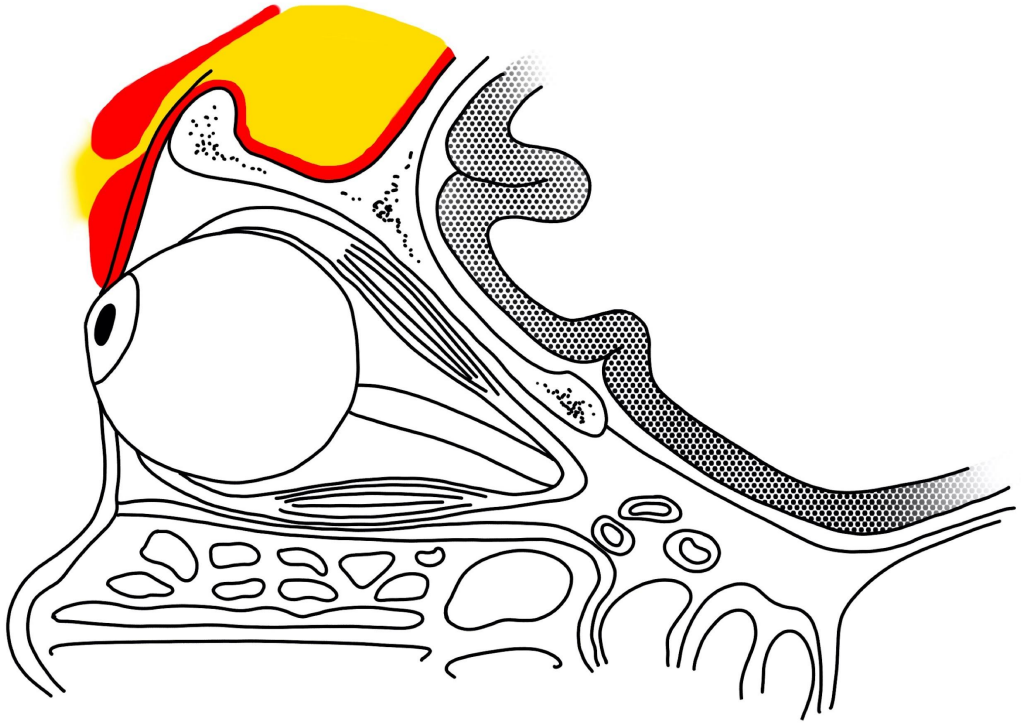
-выраженная общая реакция организма, интоксикация, повышением температуры тела до 38-39С.

-выраженный болевой синдром

-боль в области века, при движении глаза

-экзофтальма нет

-конъюнктива отечная и гиперемированная



СУБПЕРИОСТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

Клиника:

-экзофтальм

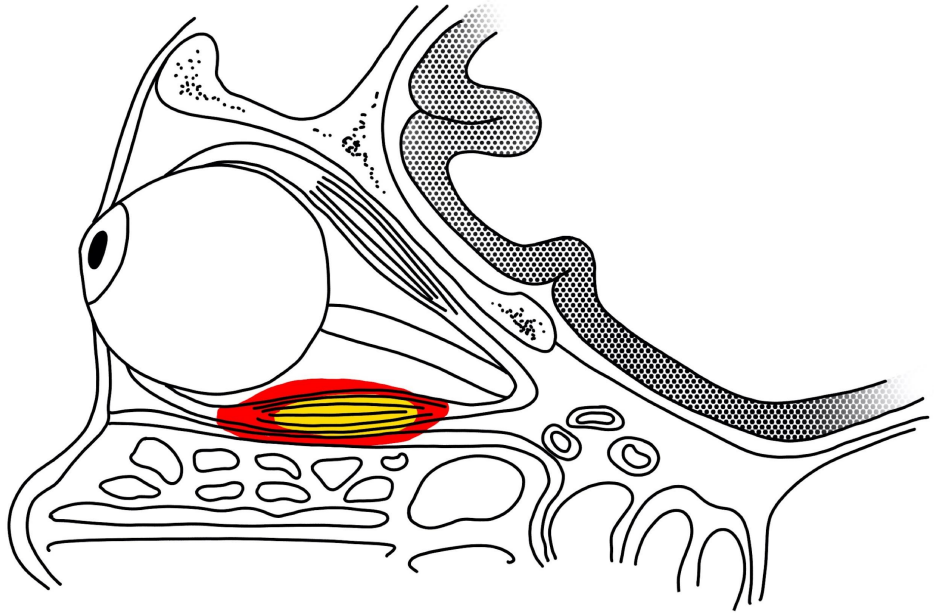
-отек век

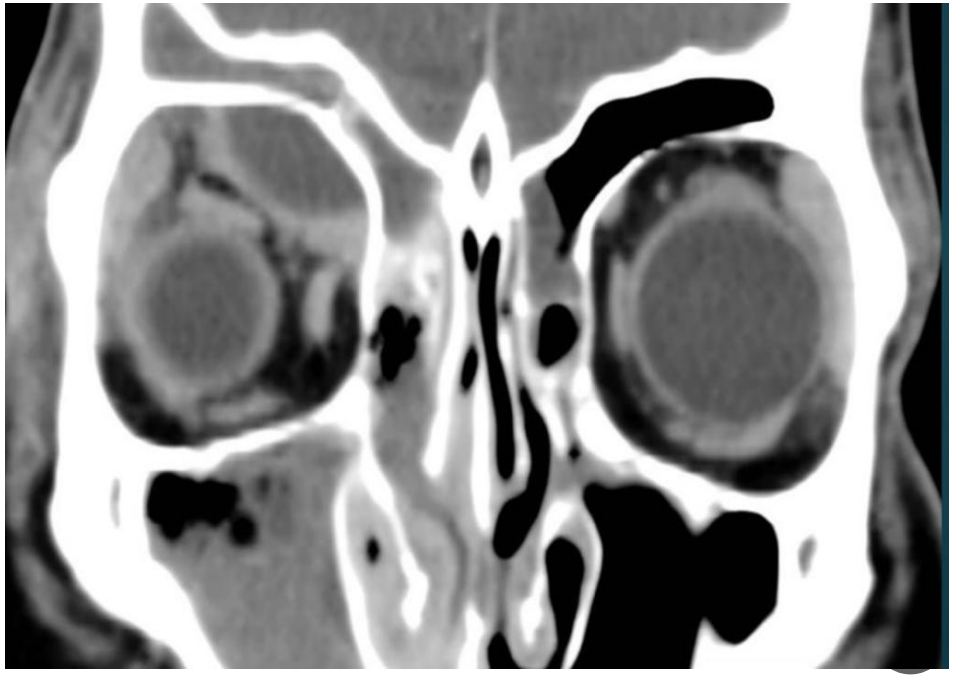
-возможно нарушение подвижности глаза и снижение остроты зрения

- выраженная общая реакция организма-интоксикацией.

-повышением температуры тела до 38С

-выраженная головной боль

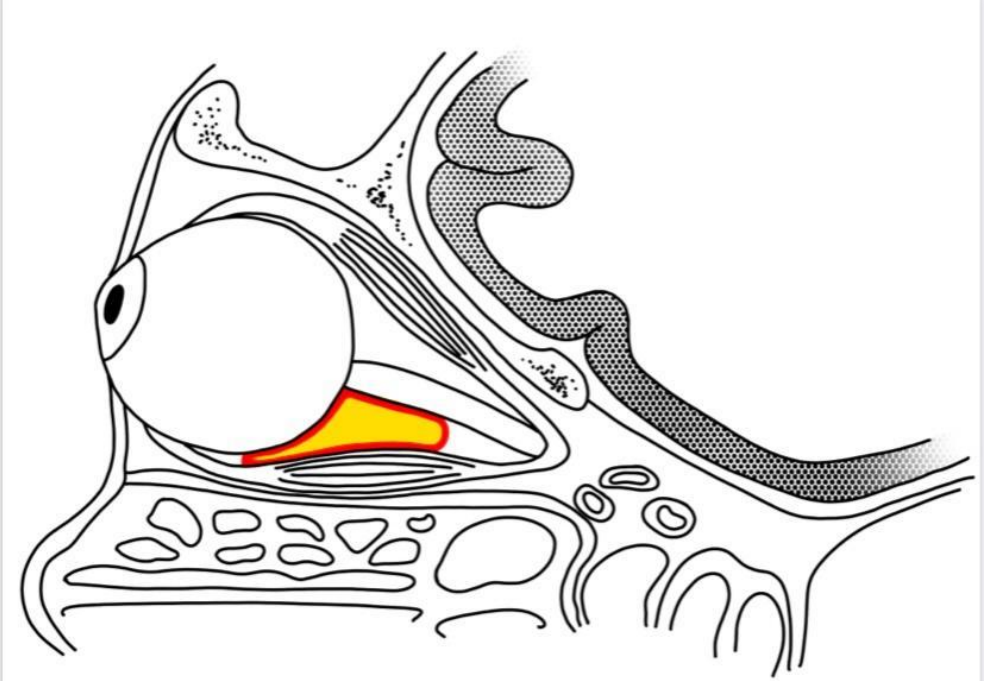


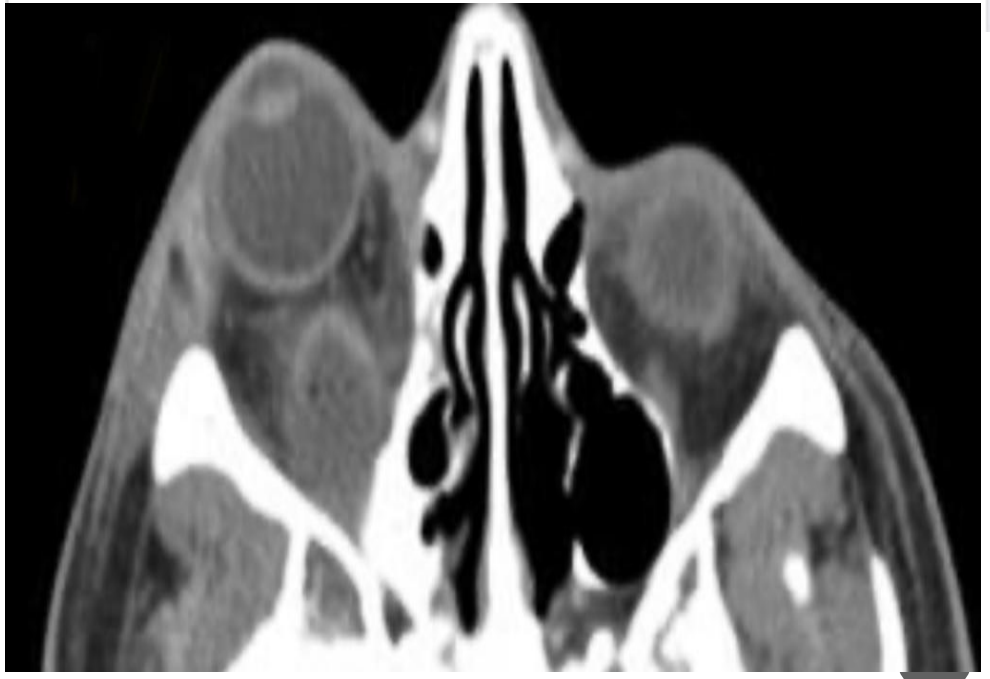


РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ АБСЦЕСС

Клиника

- резко выраженная общая реакция организма, явления интоксикации
- высокая температура тела 38-39 С,
- ознобы
- выраженные изменения воспалительного характера в крови (ОАК, СРБ)
-выраженный экзофтальм
-ограничение подвижности глазного яблока





ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ

КЛИНИКА

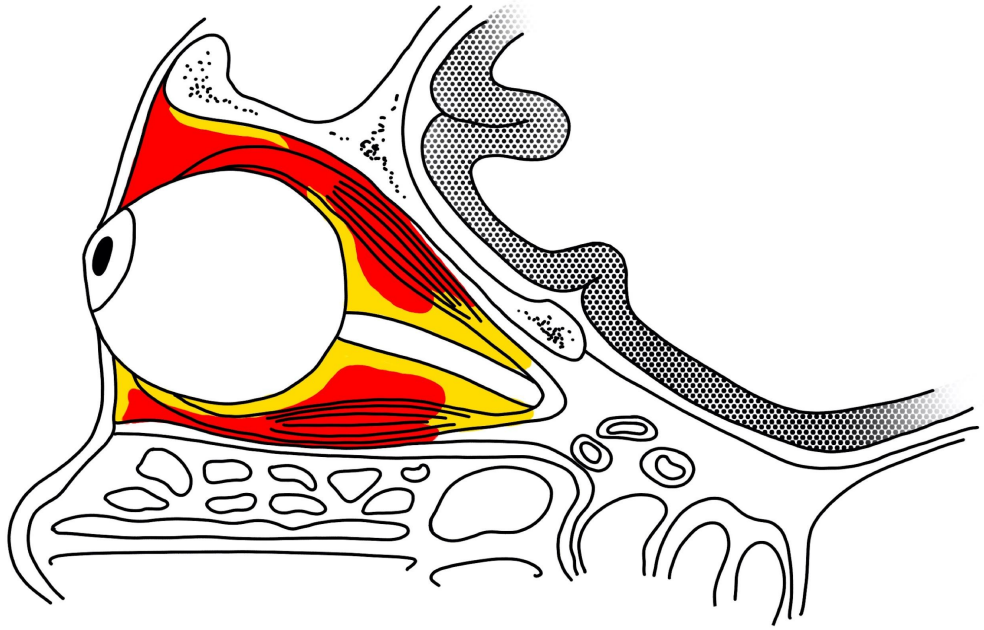
-веки плотные, резко отечные, гиперемированные, расширение их затруднено

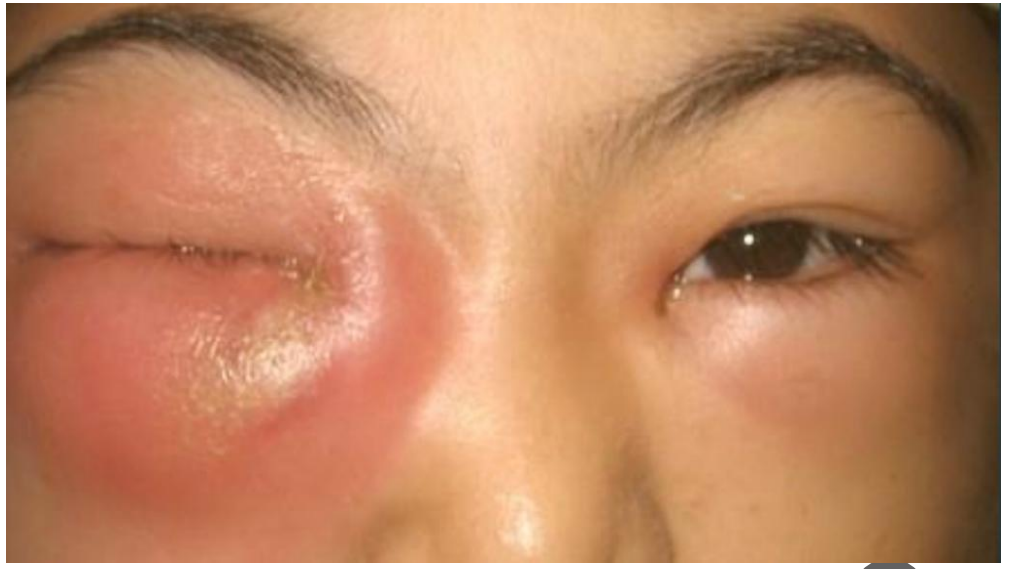
-резкий хемоз конъюнктивы (ущемление ее в глазной щели)

-экзофтальм

-ограничение подвижности глазного яблока или оно полностью неподвижно.

-зрение значительно снижается, вплоть до светоощущения (как результат развития неврита зрительно нерва, тромбоза центральной вены сетчатки).





ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ

КЛИНИКА

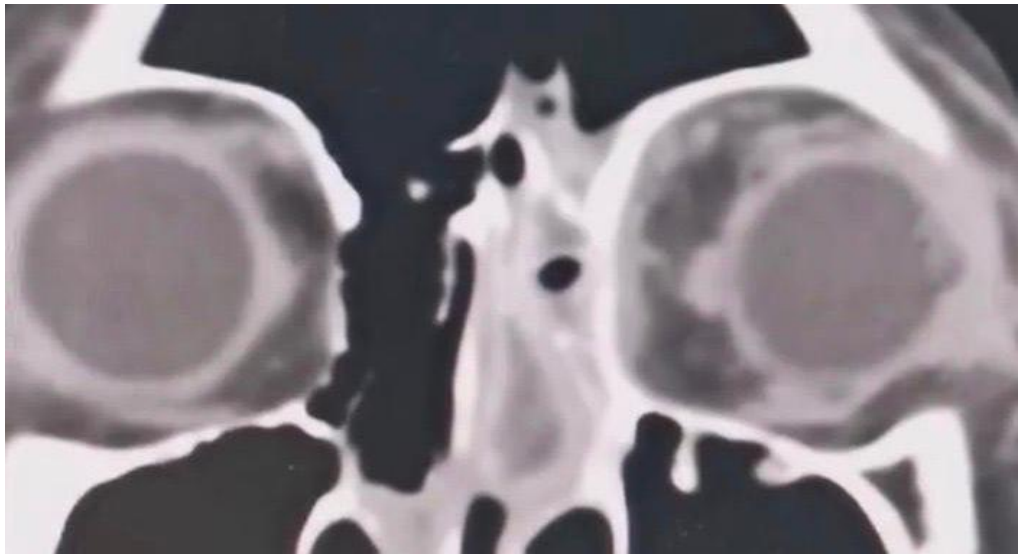
-веки плотные, резко отечные, гиперемированные, расширение их затруднено

-резкий хемоз конъюнктивы (ущемление ее в глазной щели)

-экзофтальм

-ограничение подвижности глазного яблока или оно полностью неподвижно

-зрение значительно снижается, вплоть до светоощущения (как результат развития неврита зрительно нерва, тромбоза центральной вены сетчатки).



ТРОМБОЗ ВЕН КЛЕТЧАТКИ ОРБИТЫ, КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА

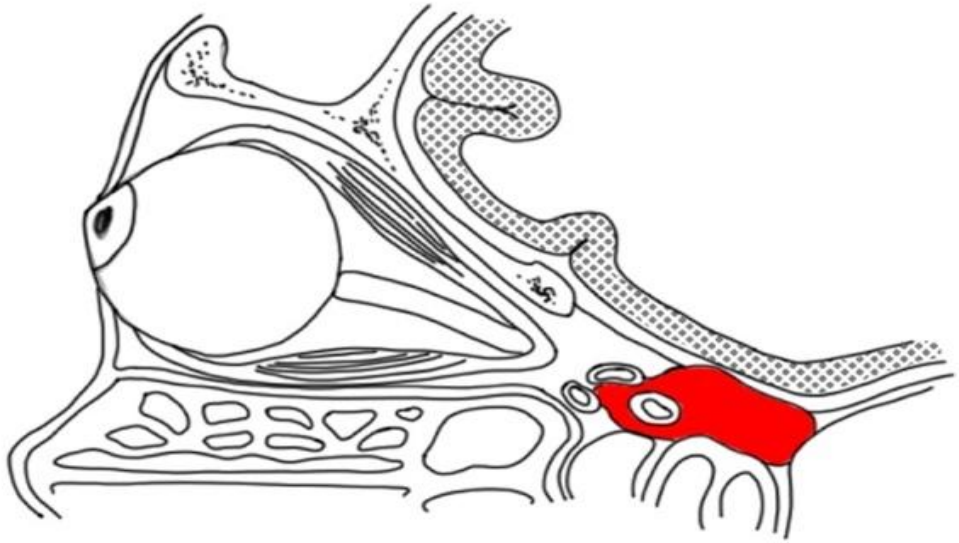
Клиника

-симптомы общесептического характера- интермитирующая лихорадка, с потрясающими ознобами, проливными потами при общем крайне тяжелом состоянии больного

-экзофтальм, отек век и конъюнктивы.

-движения глазного яблока- ограничены- вследствие отека клетчатки

- Эти явления развиваются в результате застойных явлений, обусловленных прекращением оттока крови из глазничных вен в пещеристый синус. По этой же причине возникают кровоизлияния в клетчатке, застойный сосок последующим невритом зрительного нерва.



ТРОМБОЗ ВЕН КЛЕТЧАТКИ ОРБИТЫ, КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА

Клиника

-симптомы общесептического характера- интермитирующая лихорадка, с потрясающими ознобами, проливными потами при общем крайне тяжелом состоянии больного

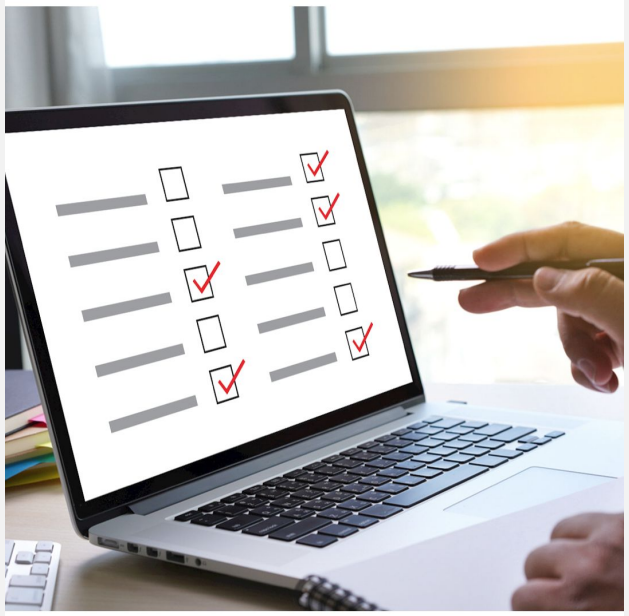
-экзофтальм, отек век и конъюнктивы

-движения глазного яблока- ограничены- вследствие отека клетчатки

ДИАГНОСТИКА

<u>Стационарная помощь</u> динамическое наблюдение каждые 4 часа – реже если есть улучшение – 1 раз в день

- консультация ЛОР врача
- консультация офтальмолога –оценка экстраокулярные движения и остроту зрения, а также оценить проптоз
- проведение общеклинических исследований
- проведение КТ и/или МРТ
- консультация нейрохирурга- при развитии внутричерепных осложнений
- консультация микробиолога



ПАЦИЕНТАМ С ЛЮБОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ ПРОЙТИ КТ ОРБИТ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ:

- Проптоз
- Ограничение движений глаз
- Боль при движениях глаз
- Двоения в глазах
- Снижение зрения
- Относительный афферентный зрачковый дефект
- Отек, выходящий за пределы века
- Признаки или симптомы поражения ЦНС
- Невозможность полностью обследовать пациента (обычно пациенты младше одного года)
- Пациенты, у которых не наблюдается улучшения в течение 24-48 часов после начала соответствующей терапии

Orbital cellulitis

Authors:Christopher Gappy, MDSteven M Archer, MDMichael Barza, MDSection Editors:Morven S Edwards, MDMarlene L Durand, MDDeborah S Jacobs, MDDeputy Editor:Allyson Bloom, MDContributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.
Literature review current through: **Nov 2020.** | This topic last updated: **Feb 18, 2020.**

ЛЕЧЕНИЕ

- Схемы лечения являются эмпирическими, для борьбы с наиболее распространёнными патогенами.

- Выбор терапии направлен на:
- -s.aureus
- -s.pneumonia
- -Грамм отрицательную флору

- При развитии внутричерепных осложнений – в схему включаются препараты направленные на анаэробную флору.

ЛЕЧЕНИЕ

	Анаэробная флора
Ванкомицин (от40-60мг/кг)+ **цефтриаксон** (50мг/кг) (**цефатоксим**)	**Метронидазол** (30мг/кг) * *Всем пациентам с хроническим риносинуситом и наличие одонтогенного источника*

Ампициилин сульбактам и **пиперациллин- тазобактам-** не проникают через ЦНС- ограничены в использовании в начальной терапии.

ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ПЕНИЦИЛЛИНЫ И/ИЛИ ЦЕФАЛОСПОРИНЫ

*Комбинация **ванкомицина** и **фторхинолонов** (в сочетании **метронидазолом** – по показаниям)*

Продолжительность терапии- пока все признаки орбитальных осложнений не разрешены. Средний курс терапии от 2 до 3 недель.

Orbital cellulitis

Authors:Christopher Gappy, MDSteven M Archer, MDMichael Barza, MDSection Editors:Morven S Edwards, MDMarlene L Durand, MDDeborah S Jacobs, MDDeputy Editor:Allyson Bloom, MDContributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.

Literature review current through: **Nov 2020.** | This topic last updated: **Feb 18, 2020.**

ХИРУРГИЯ

1. Пациенты с плохой реакцией на лечение АБ

- NB! Ухудшение зрения, изменения зрачков

2. При выявлении ренгенологически абсцессов, особенно более 10 мм.

3. Если клинические данные или КТ не показывают улучшения в течении 24-48 чесов

4. Наличие деструкции стенок в следствии риносинусита

Orbital cellulitis

Authors:Christopher Gappy, MDSteven M Archer, MDMichael Barza, MDSection Editors:Morven S Edwards, MDMarlene L Durand, MDDeborah S Jacobs, MDDeputy Editor:Allyson Bloom, MDContributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.

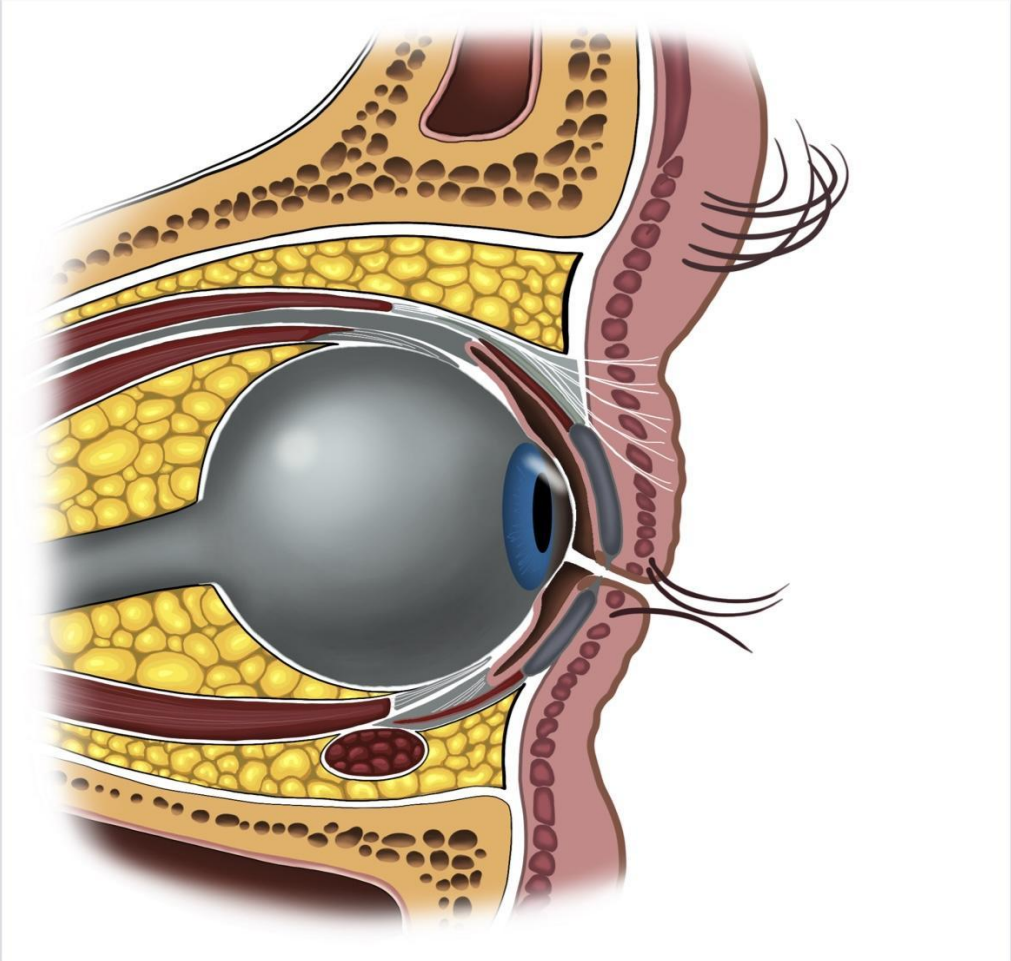
Literature review current through: **Nov 2020.** | This topic last updated: **Feb 18, 2020.**

ПРОФИЛАКТИКА

Есть исследование указывающие на эффективность проведения **вакцинации против пневмококковой и гемофильной инфекции.**

Pena et al. отмечали, что к 2003 году в США после недавно введенная пневмококковая вакцинация у детей, возбудитель Streptococcus pneumoniae очень редко обнаруживается при синусогенных орбитальных осложнениях. При проведении исследования у таких пациентов выделяется золотистый стафилококк, частично метициллин-устойчивые бактерии

Аналогичное исследование провели после 2006 года в Германии проведение пневмококковой вакцинации для детей соответственно. Таким детям рекомендовалась антибактериальная терапия широкого спектра действия.

Исторически сложилось так, что Haemophilus Influenzae **до его прививки считался** самым распространенным возбудителем синусогенных осложнений. После этого наиболее часто получаемые результаты микробиологического исследования у пациентов при орбитальных осложнениях стали различные *виды стрептококков и стафилококков*

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!