

“ОРБИТАЛЬНЫЕ РИНОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ”

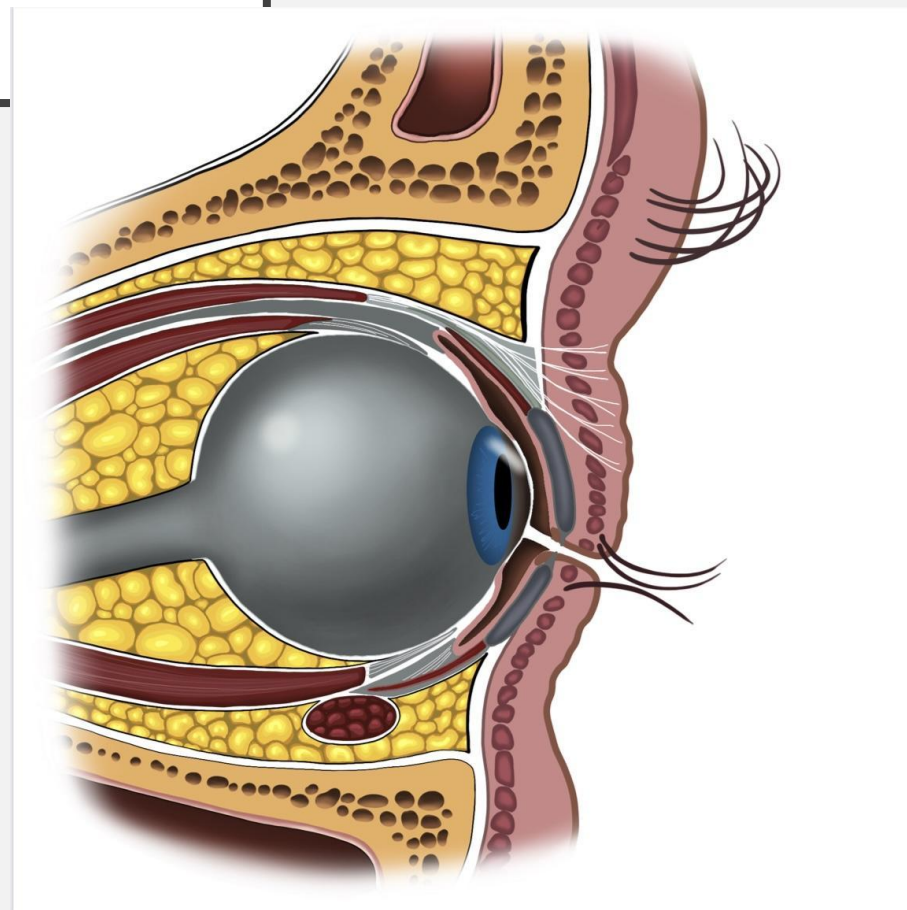
Дорофеева Ю. И.

Ассистент кафедры ЛОР болезней КубГМУ

«МБУЗ КГК БСМП»

16.02.2021

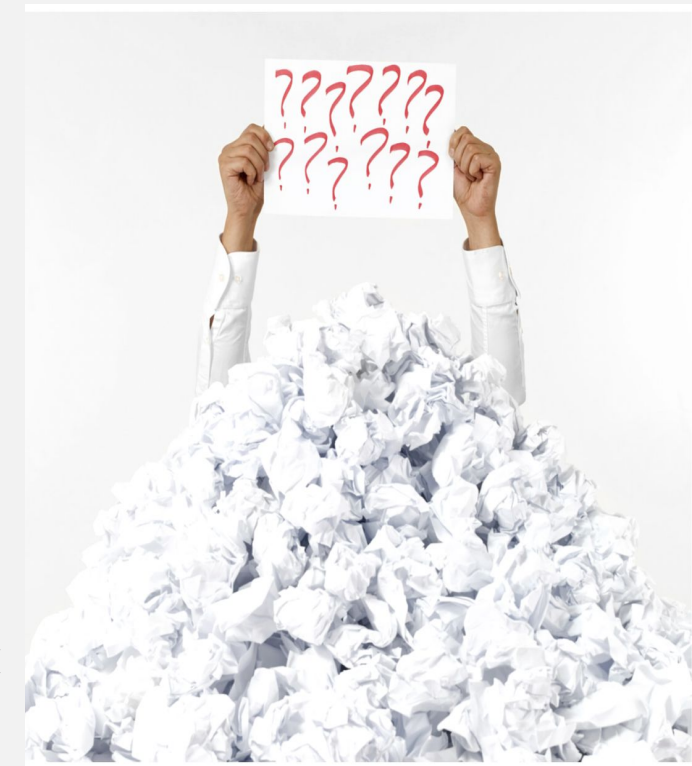
ЛОР- студенческий научный кружок



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

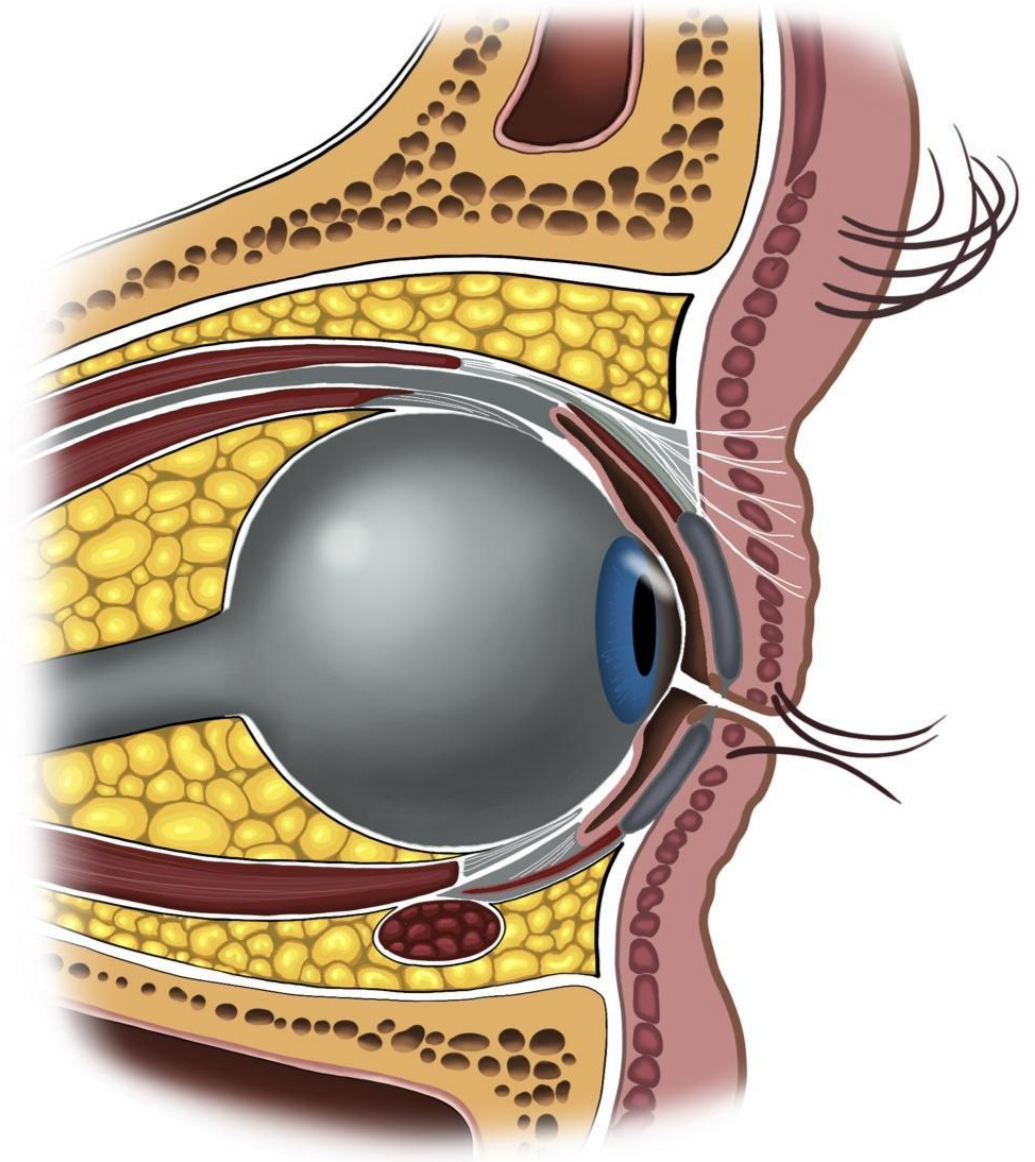
Актуальность проблемы:

- 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*

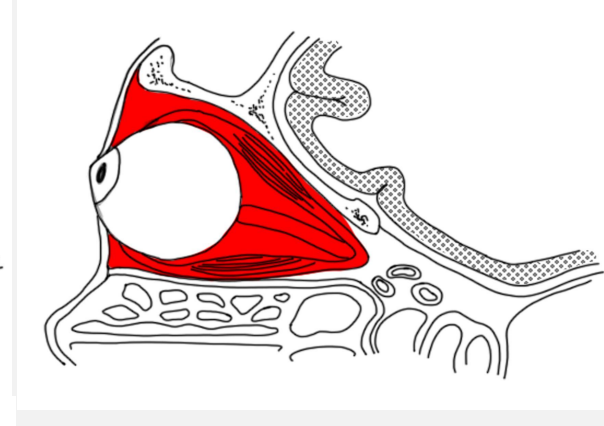
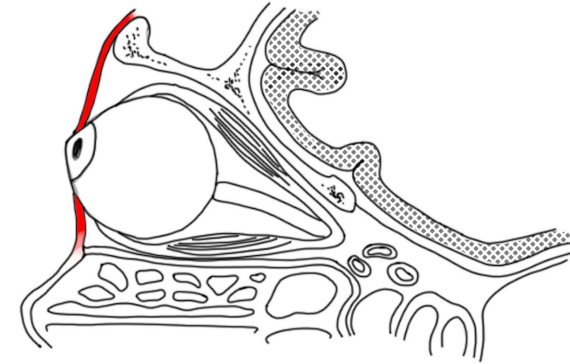
Некоторые случаи орбитального целлюлита являются полимикробными, часто с сочетанием аэробных и анаэробных бактерий



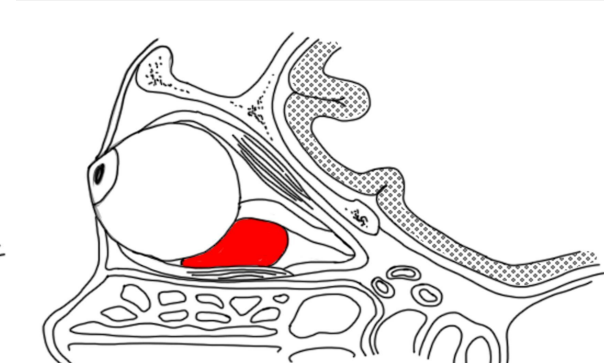
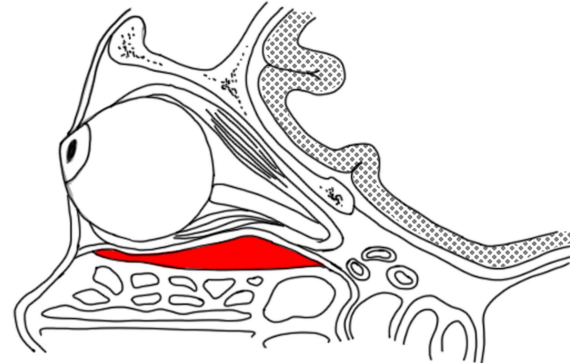
Классификация Chandler

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

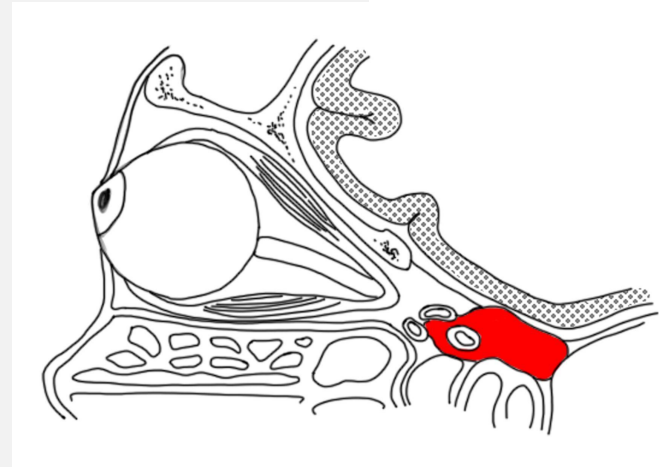
1



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, MD](#), [Steven M Archer, MD](#), [Michael Barza, MD](#) Section Editors: [Morven S Edwards, MD](#), [Marlene L Durand, MD](#), [Deborah S Jacobs, MD](#) Deputy Editor: [Allyson Bloom, MD](#) [Continuing Education Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Классификация Б.Ю. Шеврыгина

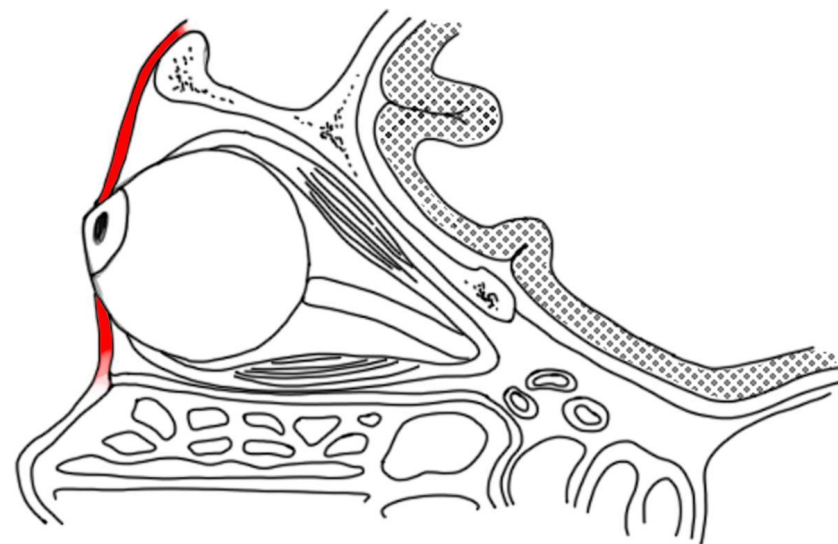
Группа 1	отек клетчатки орбиты и век
Группа 2	диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век
Группа 3	остеопериостит орбиты
Группа 4	абсцесс века
Группа 5	свищ века и орбитальной стенки
Группа 6	субпериостальный абсцесс
Группа 7	ретробульбарный абсцесс
Группа 8	флегмона орбиты
Группа 9	тромбоз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

ОТЕК ВЕК

КЛИНИКА

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

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



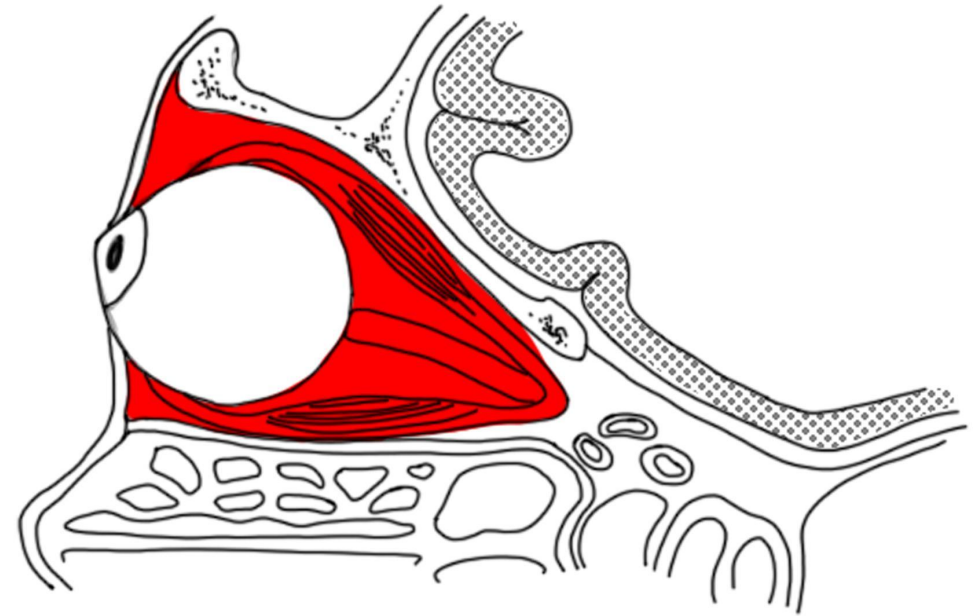
ДИФФУЗНОЕ НЕГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ ОРБИТЫ И ВЕК

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.



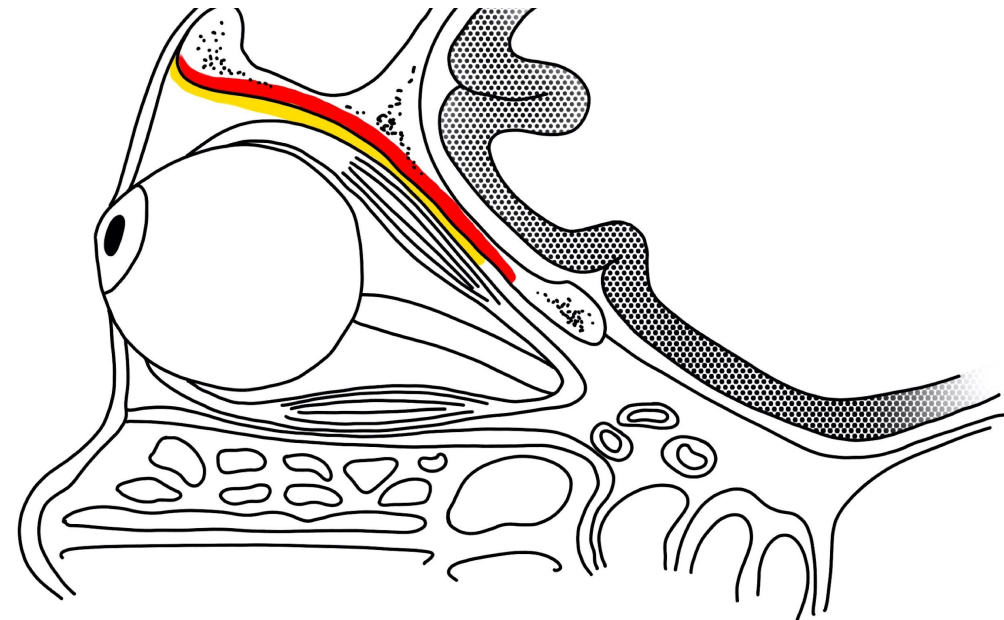
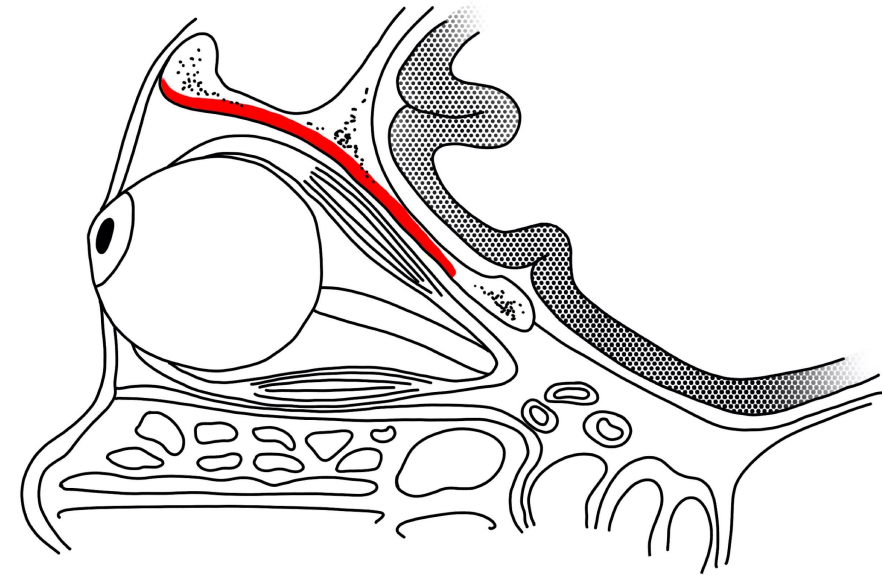
ОСТЕОПЕРИОСТИТИТ ОРБИТЫ 2 ФОРМЫ: ПРОСТАЯ И ГНОЙНАЯ

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

ГНОЙНЫЙ – серозно-клеточная инфильтрация переходит в гнойную

КЛИНИКА

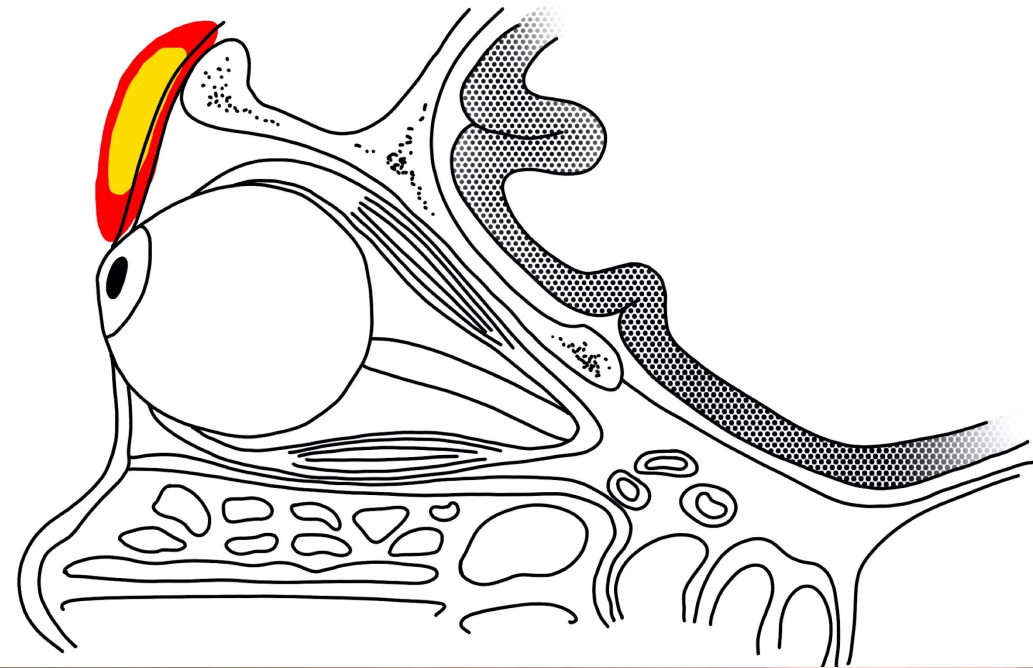
- отек параорбитальной и ретробульбарной клетчатки
- небольшой экзофтальм
- умеренно выраженная общая реакция организма в виде повышения температуры до 38С
- головная боль



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.
- конъюнктивита отечная и гиперемированная.

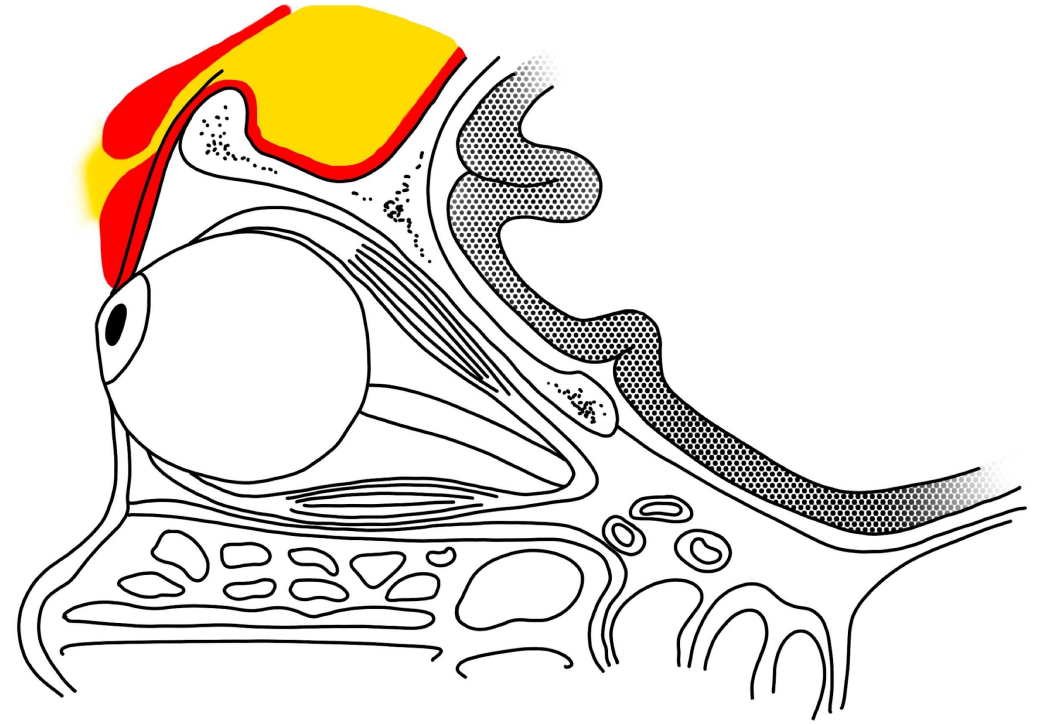


СВИЩ ВЕКА И ОРБИТАЛЬНОЙ СТЕНКИ

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

Клиника:

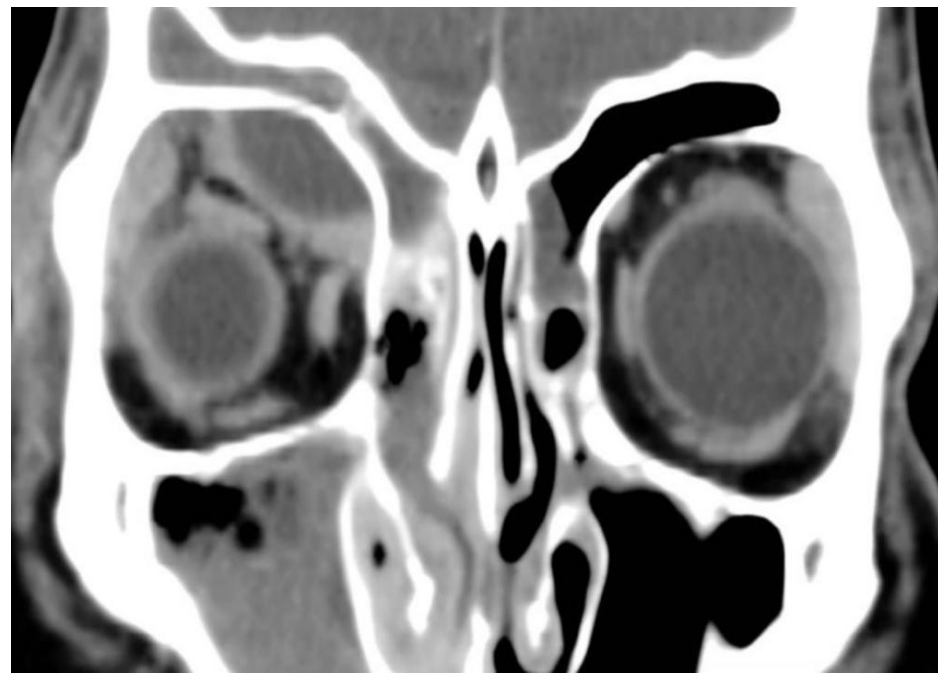
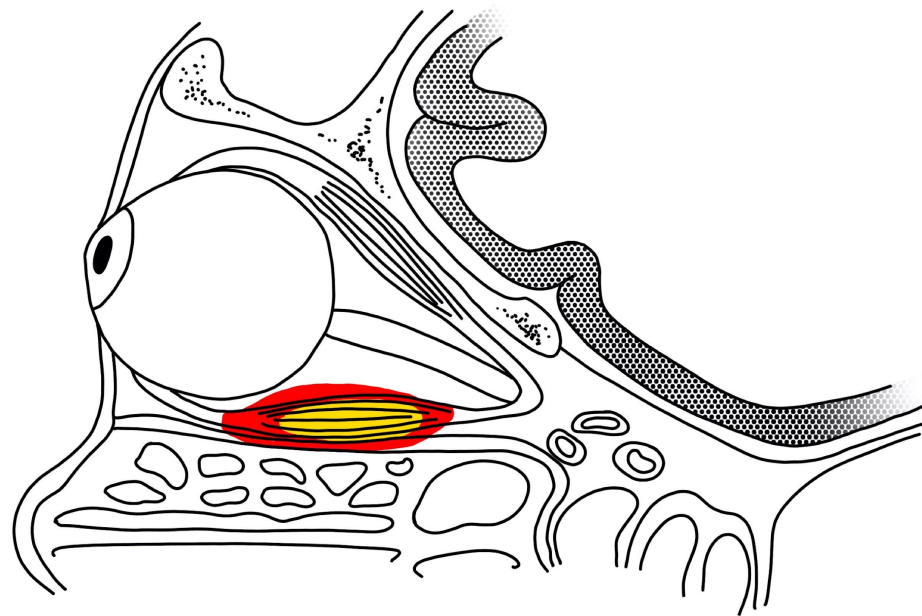
- резко отечное, гиперемированное веко с
участком флюктуации
- выраженная общая реакция организма,
интоксикация, повышением температуры
тела до 38-39С.
- выраженный болевой синдром
- боль в области века, при движении глаза
- экзофтальма нет
- конъюнктивита отечная и гиперемированная



СУБПЕРИОСТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

Клиника:

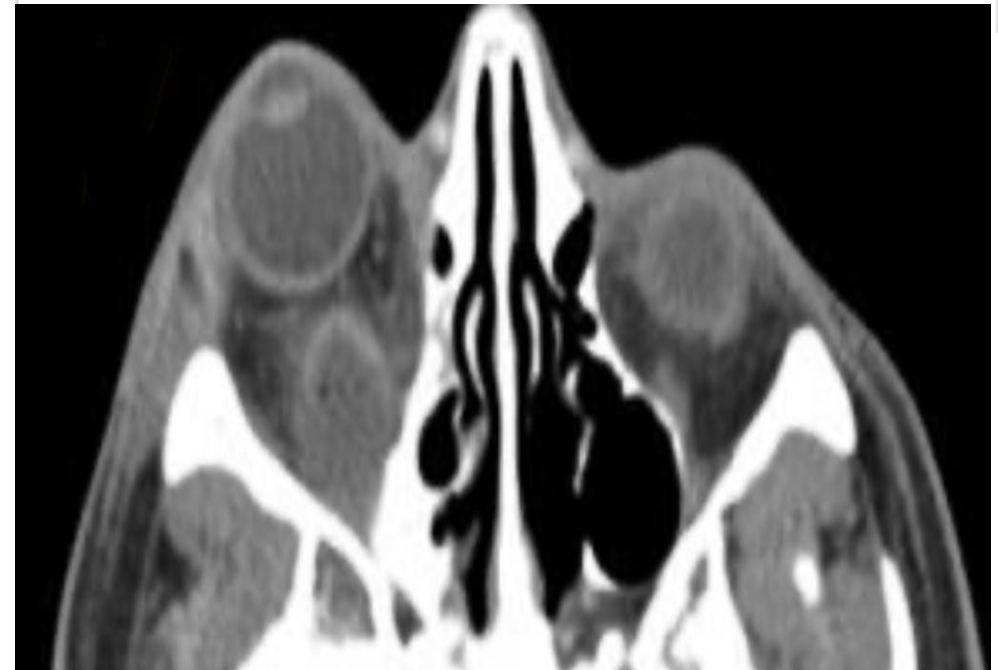
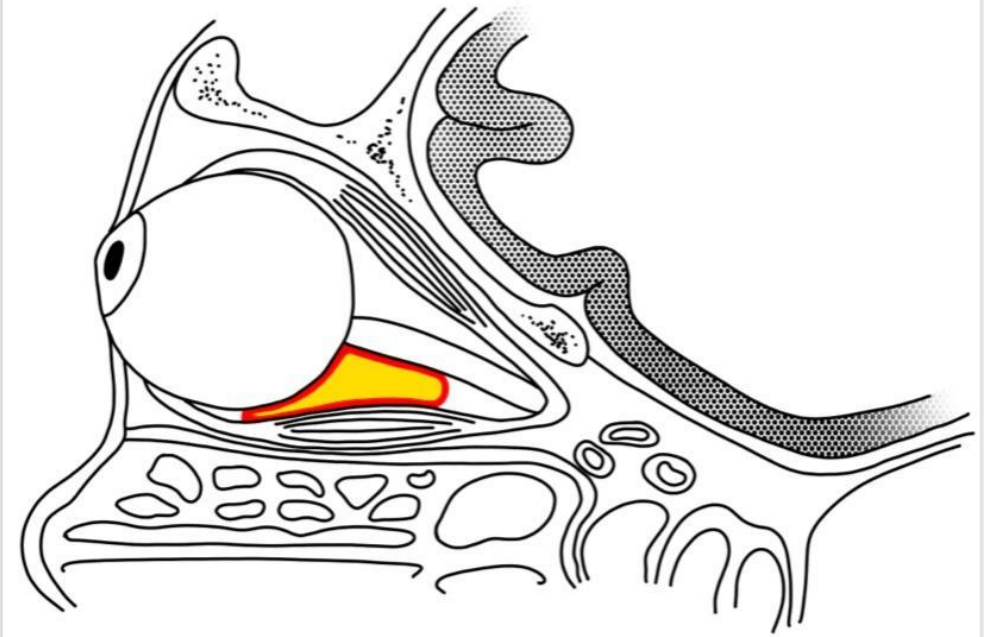
- экзофтальм
- отек век
- возможно нарушение подвижности глаза и снижение остроты зрения
- выраженная общая реакция организма-интоксикацией.
- повышением температуры тела до 38С
- выраженная головной боль



РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ АБСЦЕСС

Клиника

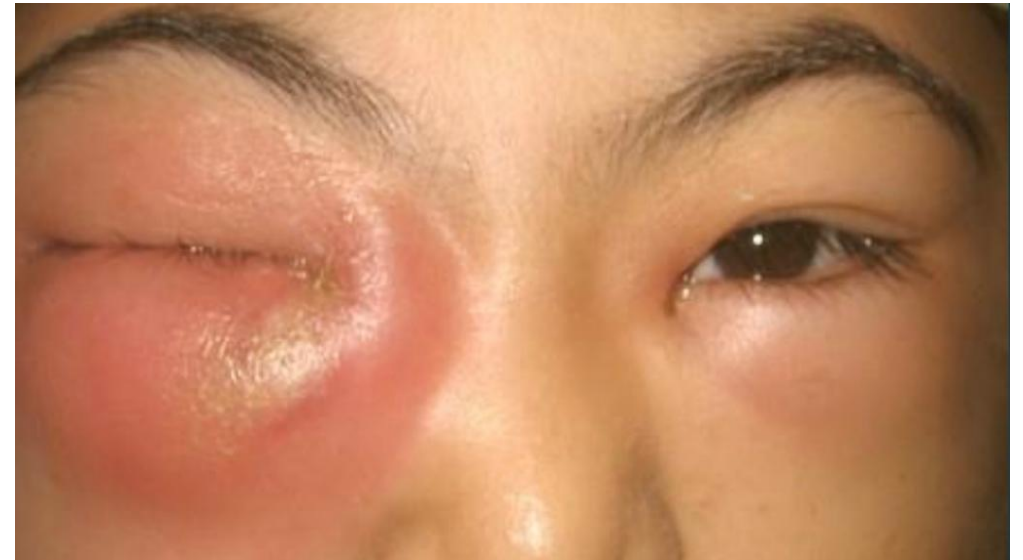
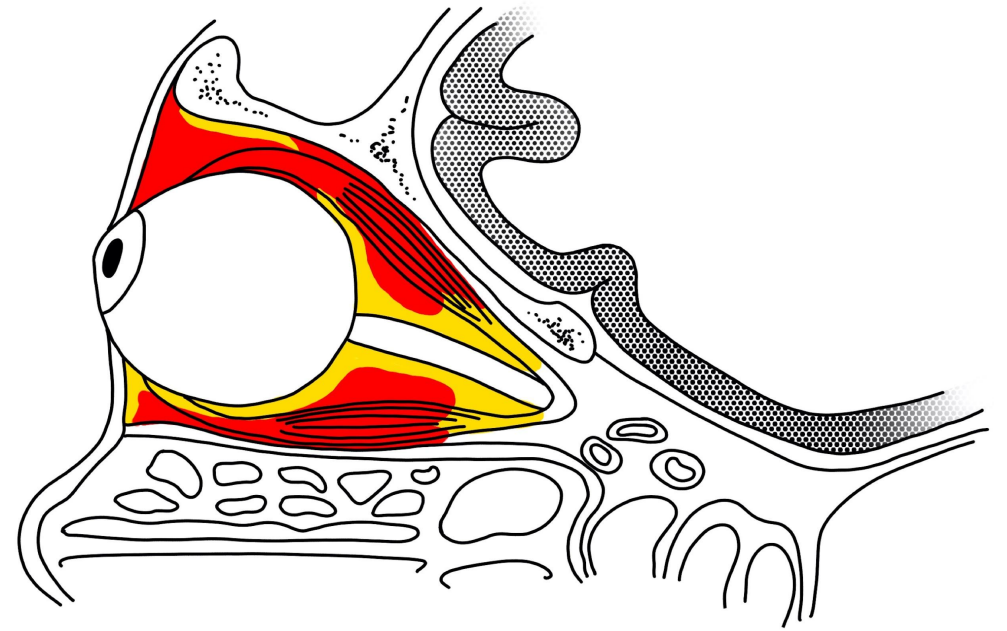
- резко выраженная общая реакция организма, явления интоксикации
- высокая температура тела 38-39 С,
- ознобы
- выраженные изменения воспалительного характера в крови (ОАК, СРБ)
- выраженный экзофтальм
- ограничение подвижности глазного яблока



ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ

КЛИНИКА

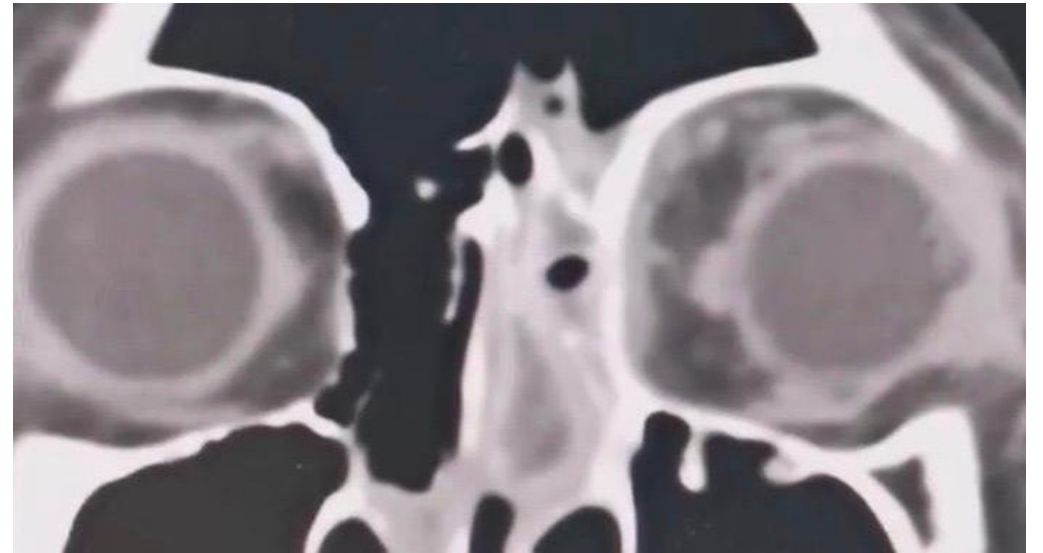
- веки плотные, резко отечные, гиперемированные, расширение их затруднено
- резкий хемоз конъюнктивы (ущемление ее в глазной щели)
- экзофтальм
- ограничение подвижности глазного яблока или оно полностью неподвижно.
- зрение значительно снижается, вплоть до светоощущения (как результат развития неврита зрительно нерва, тромбоза центральной вены сетчатки).



ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ

КЛИНИКА

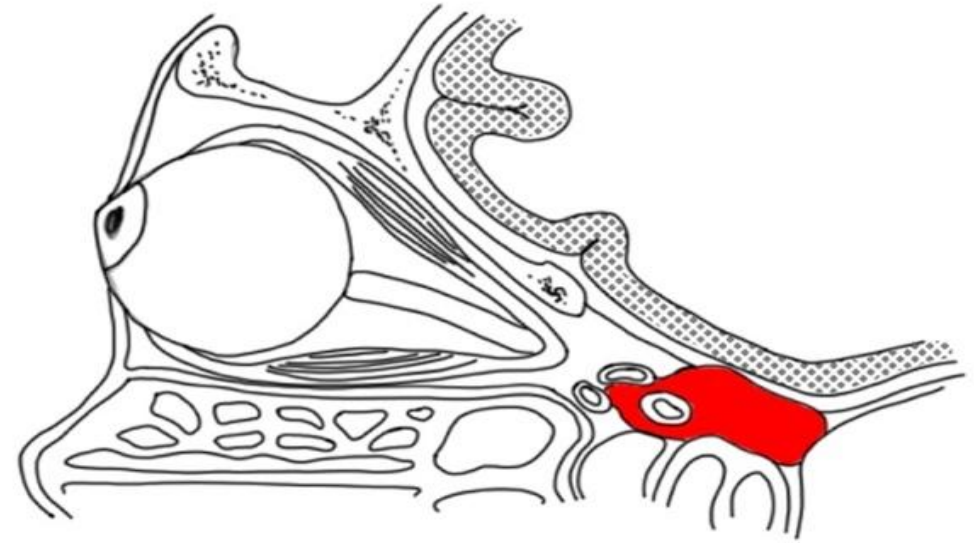
- веки плотные, резко отечные, гиперемированные, расширение их затруднено
- резкий хемоз конъюнктивы (ущемление ее в глазной щели)
- экзофтальм
- ограничение подвижности глазного яблока или оно полностью неподвижно
- зрение значительно снижается, вплоть до светоощущения (как результат развития неврита 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-
интермиттирующая лихорадка, с потрясающими
ознобами, проливными потами при общем
крайне тяжелом состоянии больного

-экзофтальм, отек век и конъюнктивы

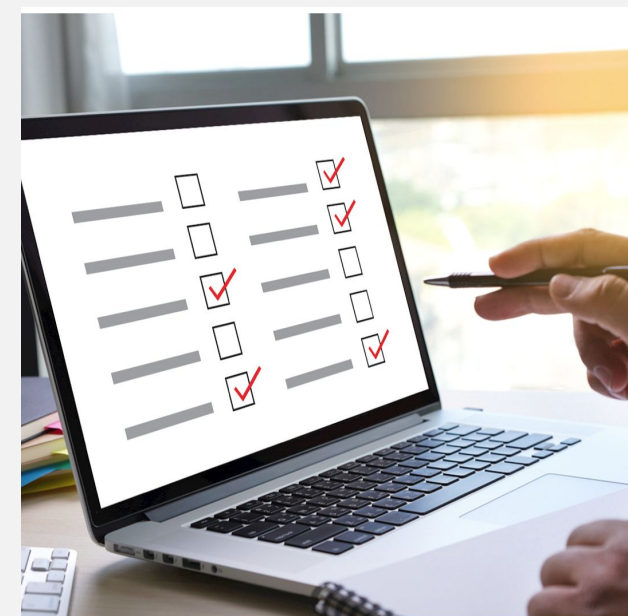
-движения глазного яблока- ограничены-
вследствие отека клетчатки



ДИАГНОСТИКА

Стационарная помощь 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, MD](#) [Steven M Archer, MD](#) [Michael Barza, MD](#) Section Editors: [Morven S Edwards, MD](#) [Marlene L Durand, MD](#) [Deborah S Jacobs, MD](#) Deputy Editor: [Allyson Bloom, MD](#) [Contributor 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 (от 40-60 мг/кг)+ цефтриаксон (50 мг/кг) (цефатоксим)	Метронидазол (30 мг/кг) <i>* Всем пациентам с хроническим риносинуситом и наличием одонтогенного источника</i>

Ампициллин 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.

ХИРУРГИЯ

1. Пациенты с плохой реакцией на лечение АБ
 - NB! Ухудшение зрения, изменения зрачков
2. При выявлении рентгенологически абсцессов, особенно более 10 мм.
3. Если клинические данные или КТ не показывают улучшения в течении 24-48 часов
4. Наличие деструкции стенок в следствии риносинусита

Orbital cellulitis

Authors: [Christopher Gappy, MD](#), [Steven M Archer, MD](#), [Michael Barza, MD](#) Section Editors: [Morven S Edwards, MD](#), [Marlene L Durand, MD](#), [Deborah S Jacobs, MD](#) Deputy Editor: [Allyson Bloom, MD](#) Contributor [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.

Rena 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!

