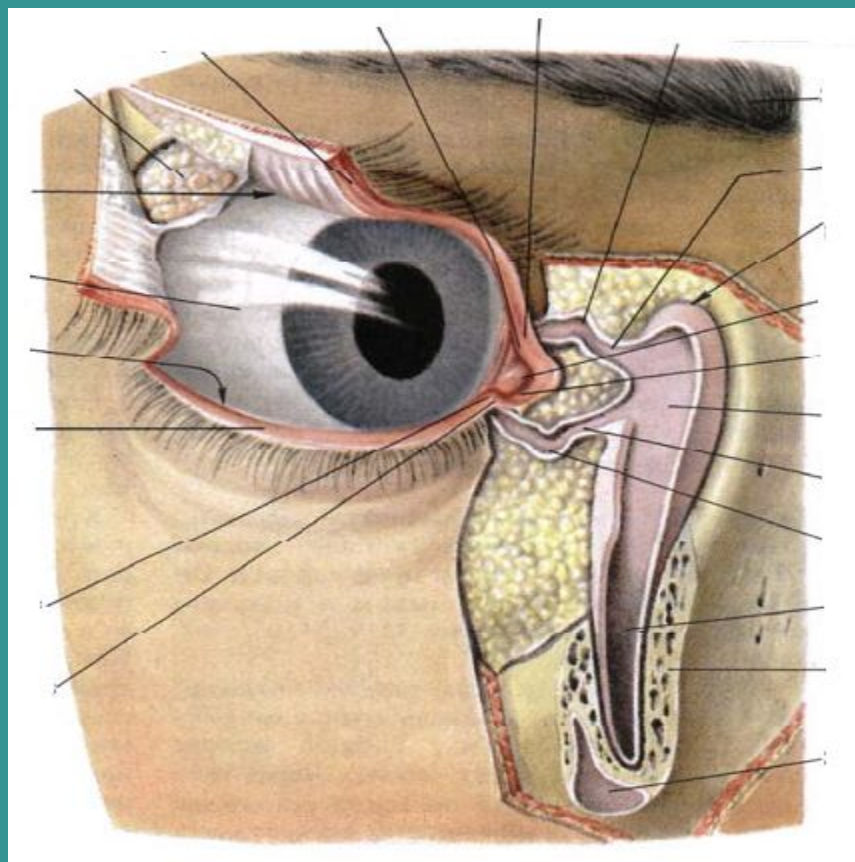
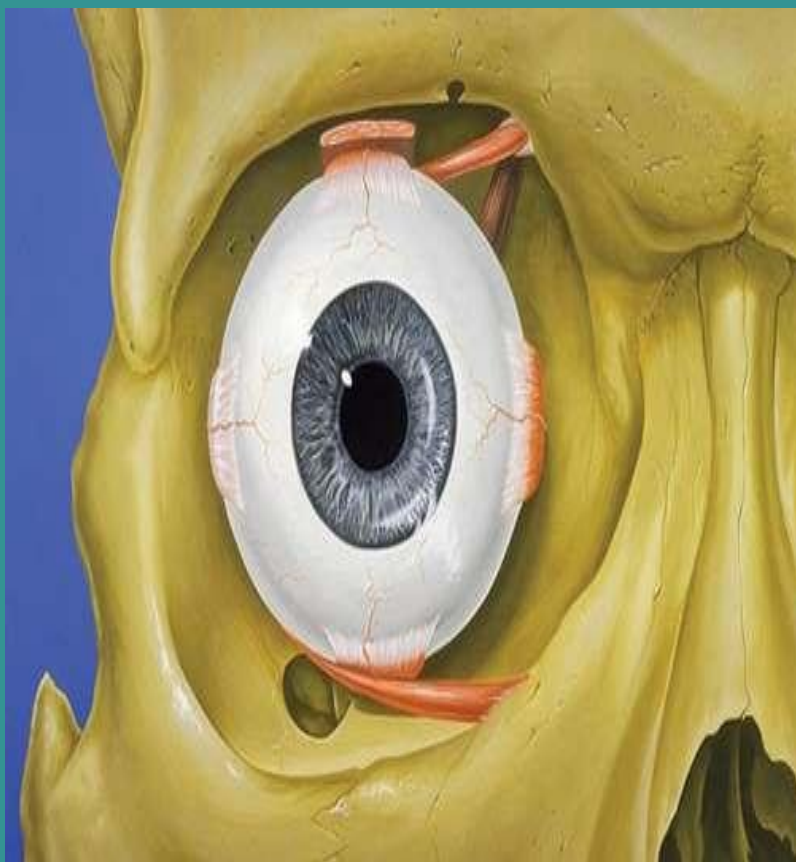


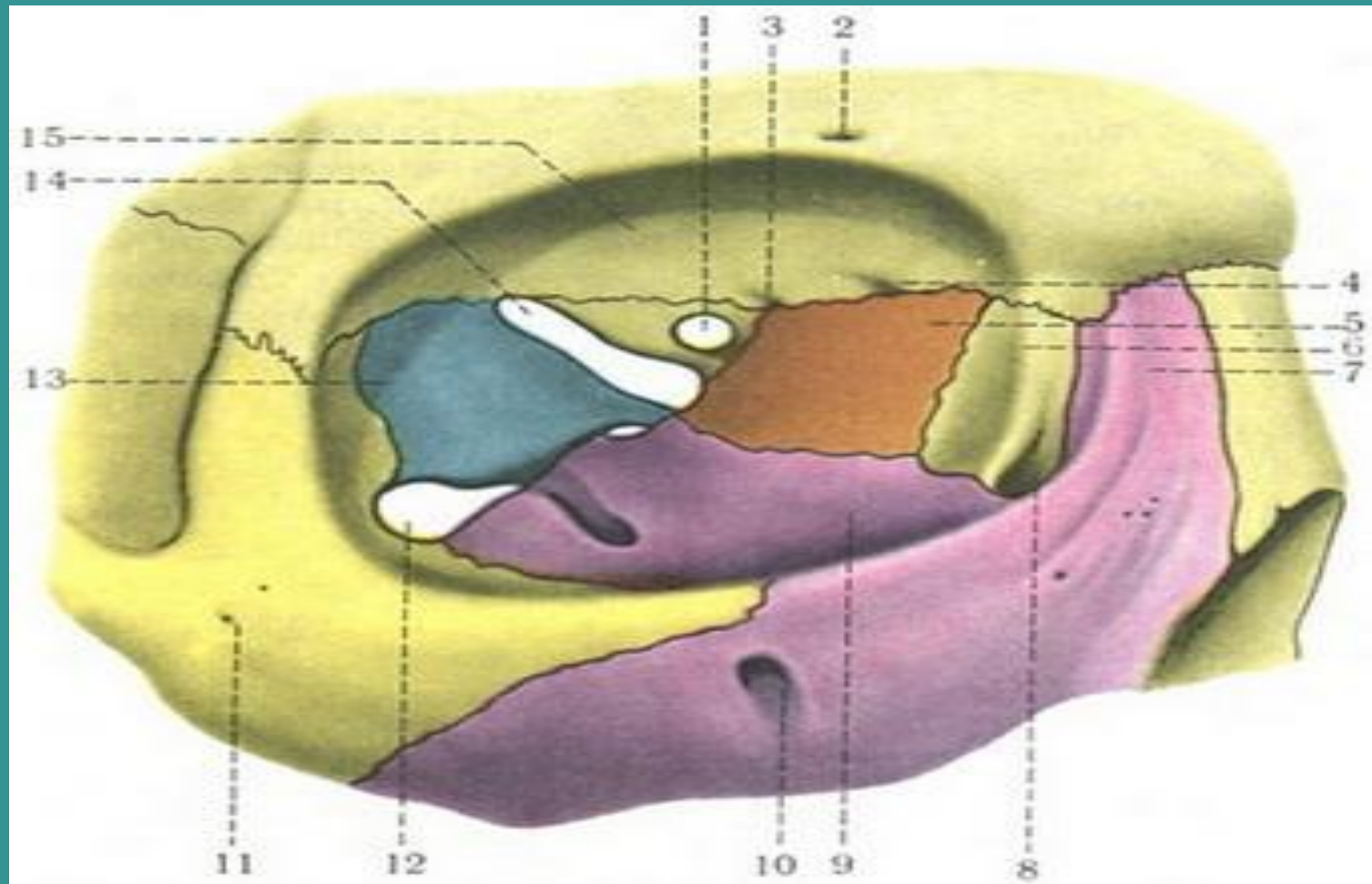
Діагностика та  
невідкладна допомога ,  
профілактика запалення  
повік, сльозових органів  
та орбіти (ячмінь, абсцес  
повік, дакріоцистит,  
періостит, флегмона  
орбіти).

Головна частина периферичного відділу органа зору - очне яблуко-надійно захищене від несприятливих зовнішніх факторів захисним апаратом, до якого належать: орбіта (очниця), слізний апарат, повіки, кон'юнктива.

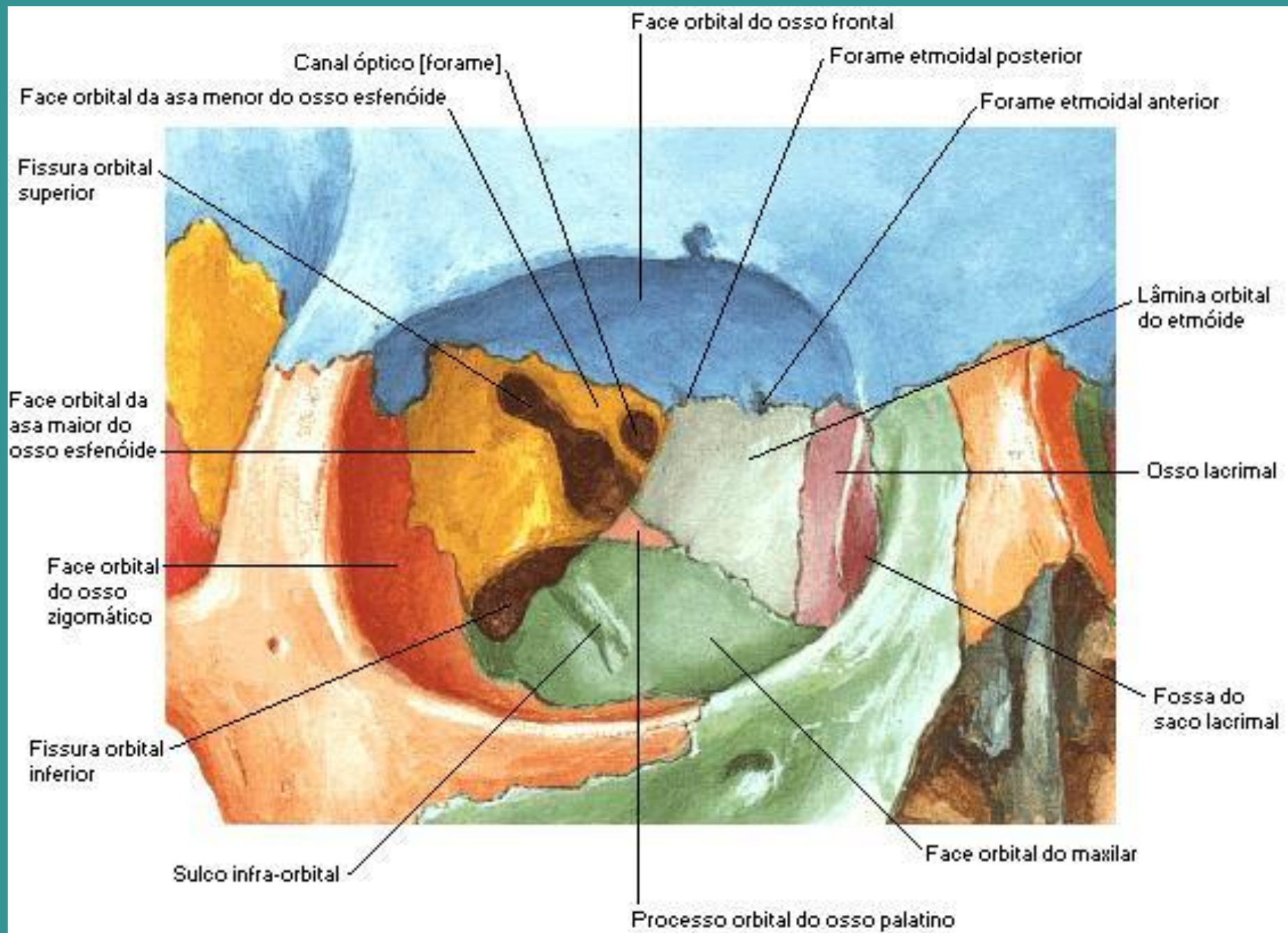




Орбіта - кісткове вмістилище для ока, має форму чотирьохгранної піраміди, поверненої своєю основою допереду і назовні, а вершиною- дозаду і до середини. Довжина передньої осі орбіти 4-5 см, висота в ділянці входу 3,5 см, ширина 4 см.



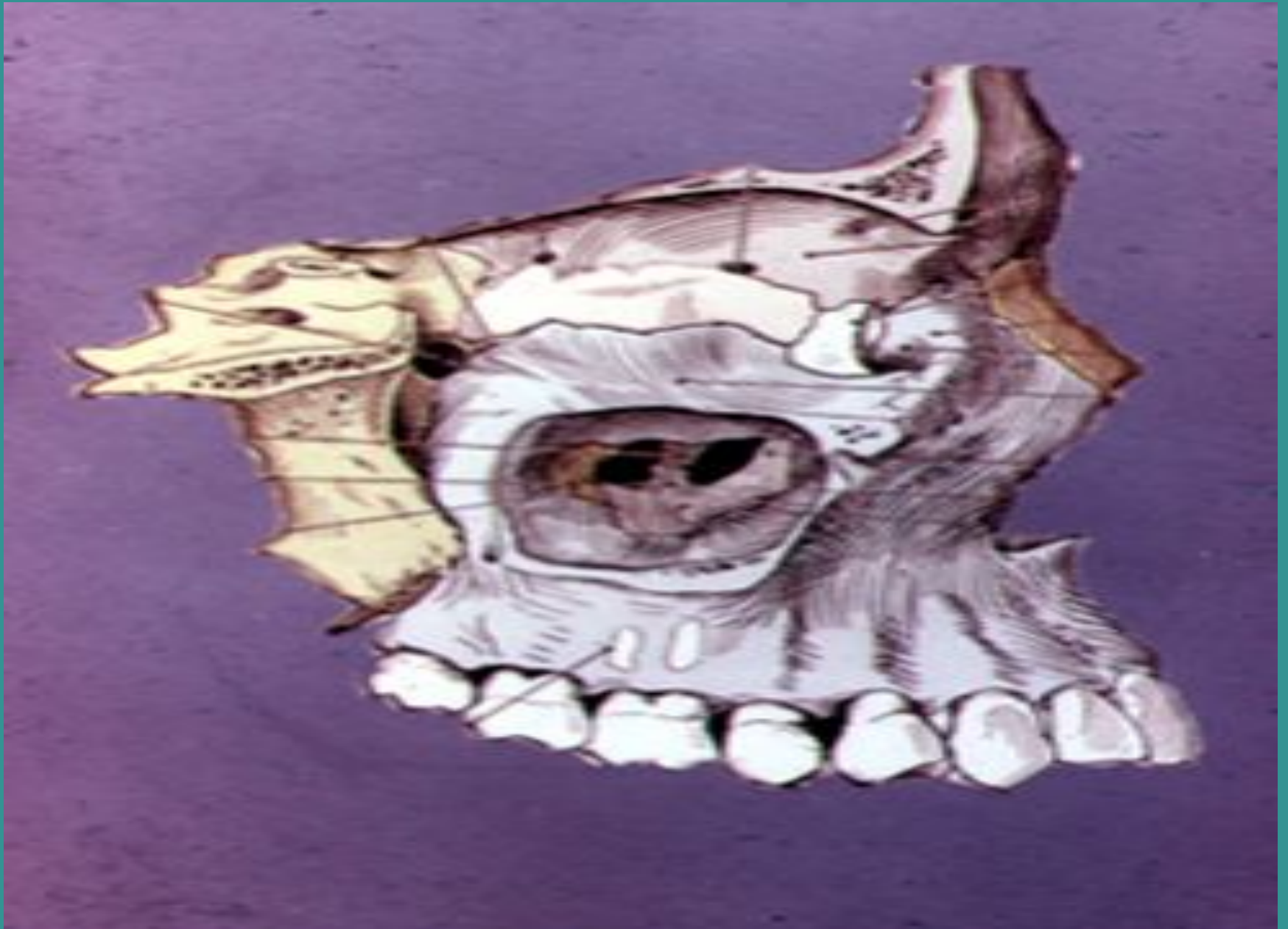
В орбіті розрізняють чотири стінки. Зовнішня складається з трьох кісток: лобного відростка скулової, скулового відростка лобної і великого крила клиновидної. Внутрішня має найбільш складну будову і найменшу товщину. Її утворюють спереду слъозна кістка, яка прилягає до лобного відростка верхньої щелепи, орбітальна пластинка решітчастої кістки, передня частина клиновидної кістки. На поверхні слъозної кістки є ямка для слъозного мішка, яка знаходиться між переднім слъозним гребенем в лобному відростку верхньої щелепи і заднім слъозним гребенем слъозної кістки. Верхню стінку орбіти формують орбітальна частина лобної кістки і мале крило клиновидної кістки.



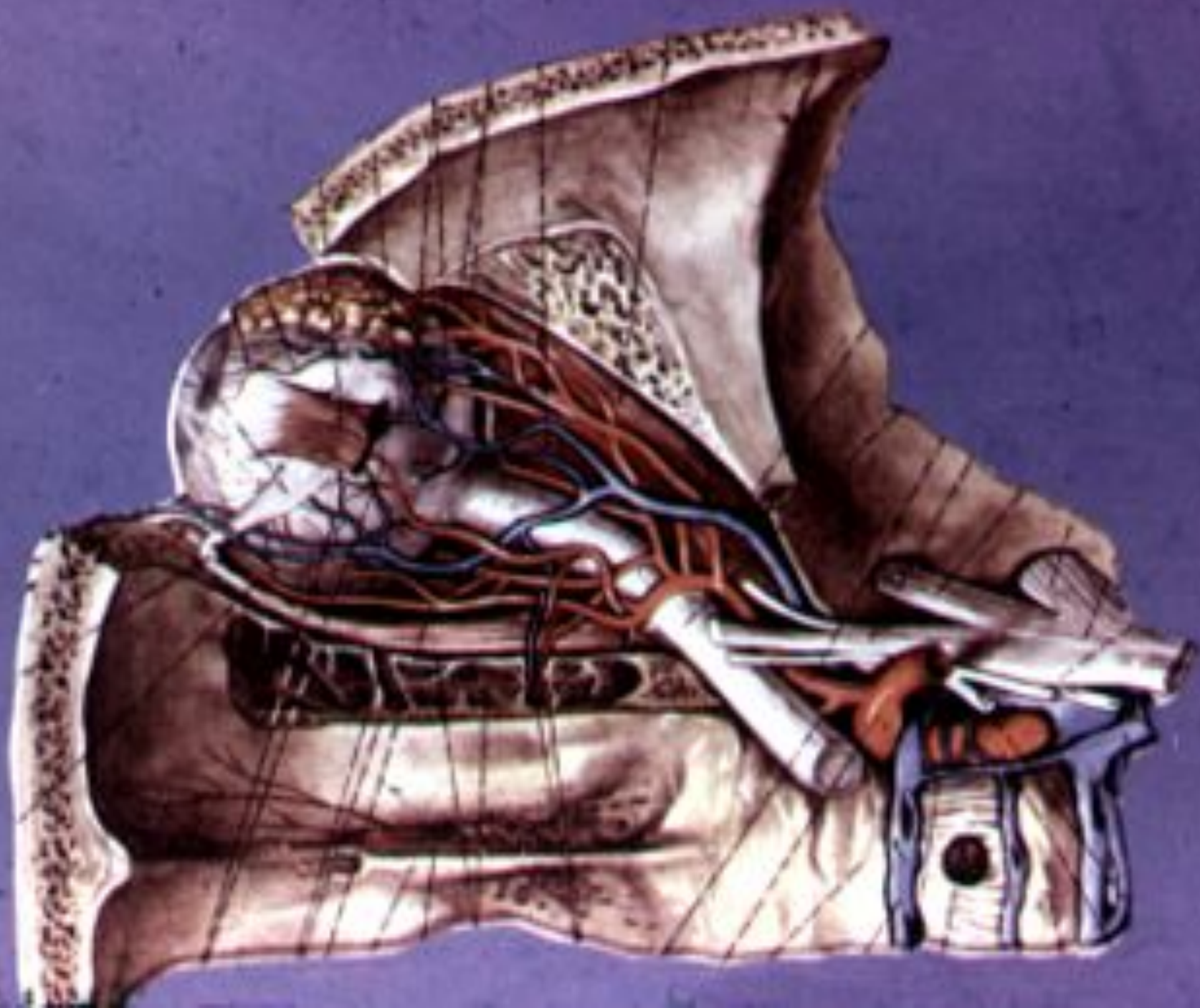
- . На межі внутрішньої і середньої третин верхнього орбітального краю є супраорбітальний отвір або вирізка-місце виходу одноіменної артерії і нерва. В 5 мм дозад від вирізки розміщений блоковидний шип, через який перекидається сухожилля верхнього косого м'язу. Біля зовнішнього краю верхньої стінки є ямка, в якій розміщується слюзна залоза. Нижня стінка складається з орбітальної поверхні верхньої щелепи, невеликого орбітального відростка піднебінної кістки і орбітального відростка скулової кістки. На 7-10 мм нижче інфраорбітального краю знаходиться борозна, в якій проходять одноіменні артерія і нерв.











# ХВОРОБИ ОРБІТИ

Зустрічаються відносно рідко, але при несвоєчасній діагностиці, неадекватному лікуванню призводять до втрати зорових функцій і внаслідок тісного зв'язку з порожниною черепа, нерідко загрожують життю хворого.

Патологічні процеси в орбіті як правило однобічні, характеризуються такими головними симптомами:

- екзофтальм внаслідок збільшення вмісту орбіти за рахунок набряку,ексудату,крововиливів);
- обмеження рухомості ока;
- косоокість з диплопією при пристінковій локалізації патологічного процесу, збоку від очонго яблука;

Діагностика патологічних станів орбіти відносно проста, доступна лікарю загальної практики і базується на проведенні :

- зовнішнього огляду
- оцінки положення ока в орбіті
- його рухомості
- дослідження репозиції ока
- його пальпації (стан внутрішньоочного тиску, болючість).



З хвороб орбіти найчастіше спостерігаються:

- запалення її кісток, окістя (остеоперіостити),
- клітковини (флегмона, абсцес орбіти),
- тенової оболонки (теноніти).



Етіологія запальних хвороб орбіти - це загальні інфекції, фокальні інфекції. Особливо часто запалення тканин орбіти виникають внаслідок хронічних запалень додаткових порожнин носа.

Запальні хвороби орбіти супроводжуються загальними ознаками запального процесу в організмі:

- лихоманкою
- слабкістю
- нездужанням
- головним болем
- типовими змінами загального аналізу крові

Місцево при них наявні:

- гіперемія
- набряк шкіри обох повік.
- звуження очної щілини
- набряк (хемоз) кон'юнктиви змішана ін'єкція
- болючість при рухах ока, при його репозиції.







# Остеоперіостит - запалення окістя.

Остеоперіостити бувають:

- Простими .
- Гнійними.

Простий остеоперіостит виникає при гострих катаральних захворюваннях, на ґрунті інфекційних хвороб ( грип, скарлатина, кір та ін.) і проявляється обмеженою гіперемією , набряклістю і болючістю шкіри повік і країв орбіти.

Запальні явища з боку повік, кон'юнктиви, екзофтальм розвиваються повільно, протягом 5-7 днів.

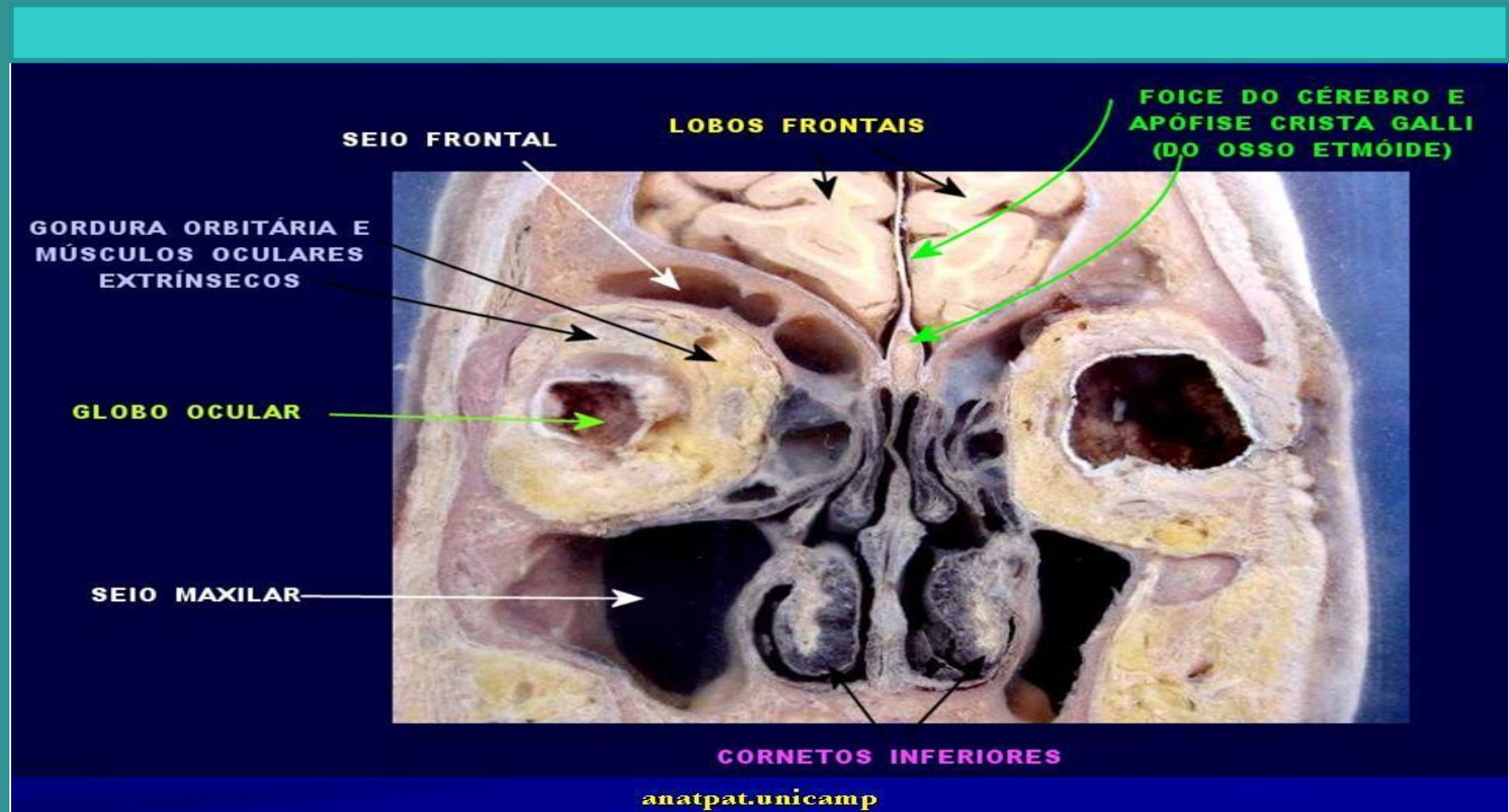
Процес добре піддається протизапальному лікуванню. В результаті наступає видужання хворого або збереження фіброзного потовщення на місці колишнього запалення.



Гнійний остеоперіостит має гострий початок з високою температурою тіла, головним болем і загальною слабкістю.

В випадках локалізації процесу в лобній , гайморовій пазухах або передніх клітинах решітчастого лабіринту, а також розповсюдження інфекції з слъозного мішка, верхньої щелепи, при травмах виникає остеоперіостит краю орбіти. Для нього типове почервоніння і набряклість шкіри повік, кон'юнктиви. Потовщення кісткового краю і болючість при натискуванні на нього. В подальшому проходить розм'якшення інфільтрації, перфорація шкіри з виділенням гною, іноді утворення стійкої фістули. Зондуванням виявляється змінений кістковий край.

При емпіємах задніх клітин решітчастого лабіринту і основної пазухи розвивається остеоперіостит стінки орбіти з незначним набряком і гіперемією шкіри повік. Але вираженим хемозом і запаленням кон'юнктиви, особливо перехідних складок, екзофтальмом. Обмеженням рухомості очей, диплопією, невритом зорового нерва, застійним диском зі зниженням гостроти зору.



**Туберкульозний остеоперіостит**- частіше розвивається в дітей і молодих людей в верхньо - зовнішньому або нижньо - зовнішньому відділі орбіти. Захворювання може виникати гематогенним шляхом або при туберкульозних ураженнях слізних органів , додаткових пазух носа, самого очного яблука. Тупі травми провокують початок процесу. Специфічні зміни і руйнування кістки можуть бути тільки на невеликій ділянці або проявляються інфільтрацією, схильністю до розповсюдження на сусідні кістки.



Захворювання розвивається повільно , без підвищення температури тіла, з невеликою гіперемією, набряклістю шкіри і помірно болючим потовщенням кістковим краєм. Тільки в випадках більш рідкісної локалізації процесу в глибині орбіти, виникає екзофтальм зі зміщенням ока, обмеженням його рухомості, диплопією. Цей процес важко диференціювати від пухлини. В період захворювання формується субперіостальний абсцес, який розкривається з утворенням нориці, виділенням гною і секвестрів. В результаті утворюється глибокий втягнутий рубець шкіри, зрощений з кісткою і виворіт верхньої чи нижньої повік.

# Орбітальний абсцес



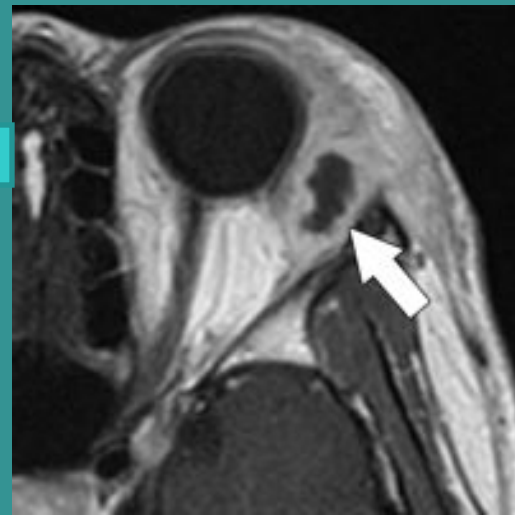
Сифілітичний періостит краю орбіти частіше виникає в її верхньому відділі, одночасно з невралгією першої гілки трійничного нерва. Часто процес розповсюджується на верхню стінку орбіти. При цьому буває набряк верхньої повіки, екзофтальм і зміщення ока донизу. Характерні спонтанні, особливо нічні болі, при яких крім вище перерахованих симптомів спостерігаються болючість країв орбіти, періостальні потовщення кісток обличчя. Черепна, позитивні серологічні реакції. Часто понижується чутливість рогівки або виникає нейропаралітичний кератит. Остеоперіостити сифілітичної етіології також можуть ускладнюватися запаленням м'яких тканин орбіти. Виникають гуми на внутрішній поверхні нижньо-орбітального краю, поблизу слезного мішка. Сифіліс орбіти – рідкісне захворювання, яке частіше буває в дітей на ґрунті вродженого сифілісу в віці від 2,5 до 16 років, а в дорослих, поряд з іншими проявами, в віці 30- 40 років.

## Можливі ускладнення періоститів

- абсцес повіки (1)
- ретробульбарний абсцес (2)
- флегмона орбіти. (3)



1



2

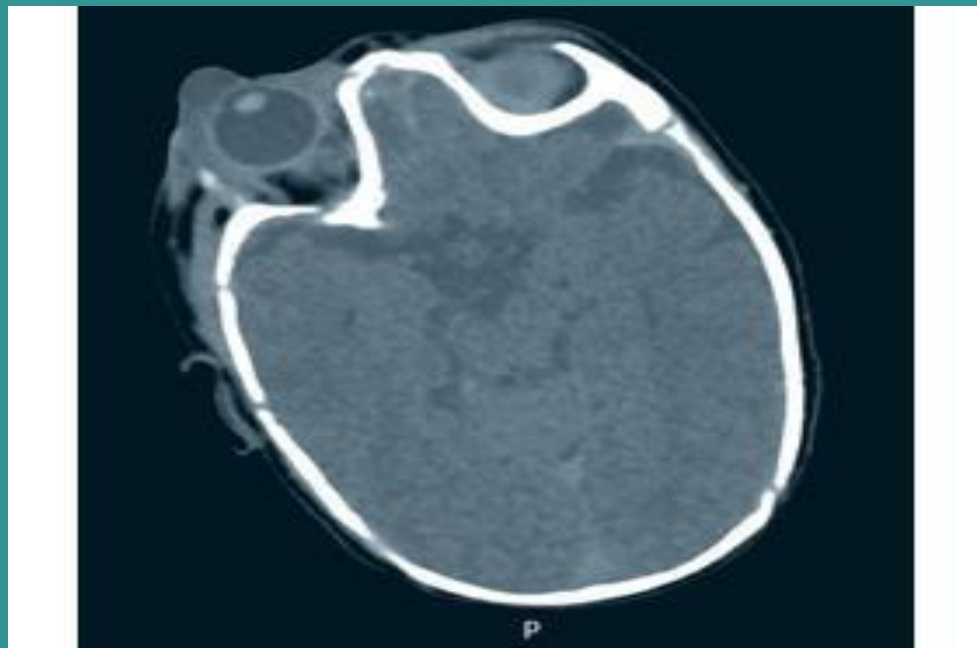


3

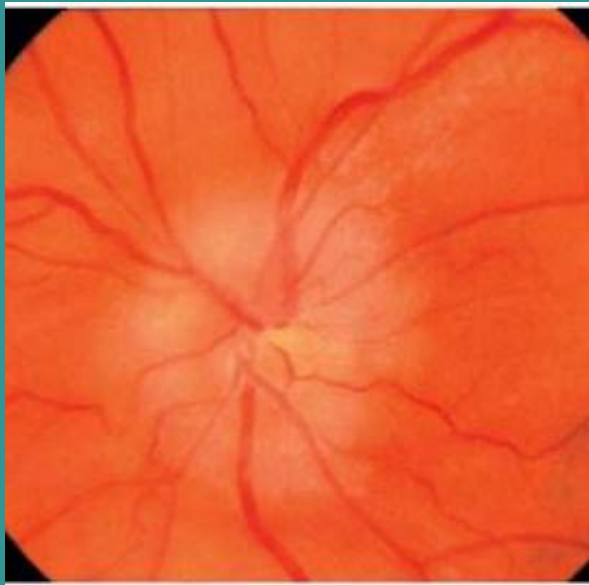


Ретробульбарний абсцес – обмежене гнійне вогнище в ретробульбарній клітковині, яке виникає в наслідок прориву субперіостального абсцесу, безпосереднього переходу інфекції з поразеної пазухи, тромбофлебіту, метастатичної інфекції при септичних станах. Клінічно симптоми виражаються набряком, застійною гіперемією повік, екзофтальмом, обмеженням рухомості очного яблука, невритом зорового нерва і пониженням гостроти зору. При близькому розміщенні до краю орбіти іноді визначається флюктуація.

Ретробульбарний  
абсцес у  
новонародженого



Флегмона орбіти - при флегмоні орбіти запальні ознаки з боку повік, кон'юнктиви ; екзофтальм, косоокість, обмеження рухомості ока вираженні максимально, виникають і наростають швидко . протягом 1-2 діб. Загальний стан важкий ,хворого турбує сильний біль, неможливість відкрити око. Вже в перші дні набряклі тканини орбіти стискають судинно-нервовий пучок, що веде до порушення кровообігу в сітківці, зоровому нерві, виникає непрохідність судин сітківки , застійний диск зорового нерва

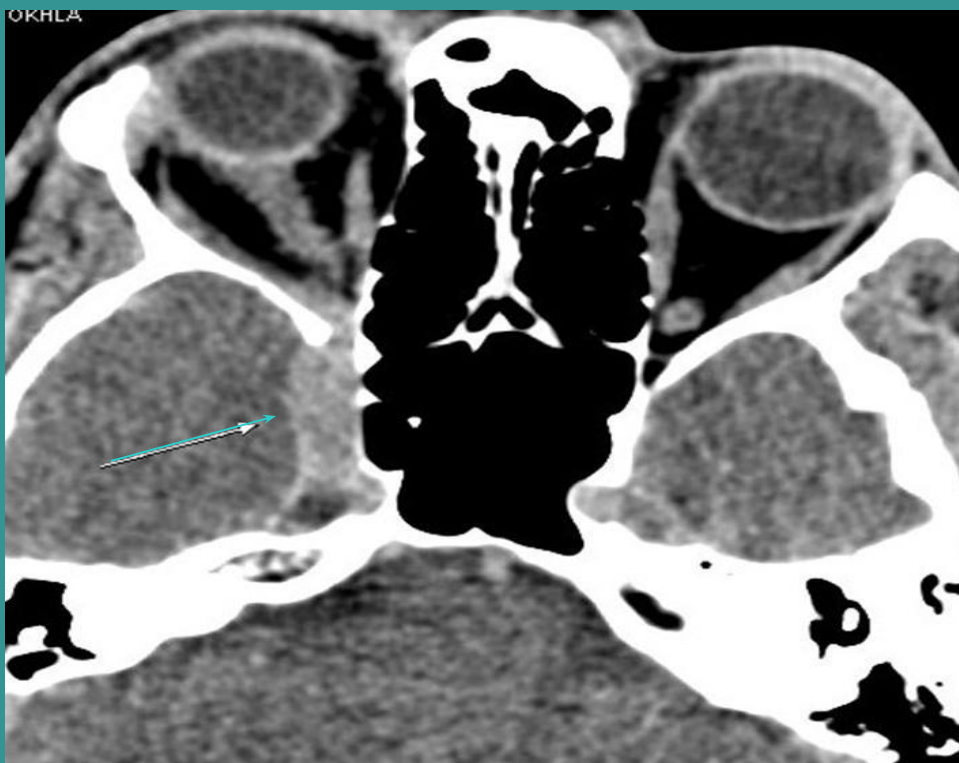


Застійний диск зорового нерва



Флегмона орбіти

Виникнення вказаних ускладнень може закінчитися втратою зорових функцій, сліпотою. Через щілини орбіти запалення може поширитися в порожнину черепа, викликати тромбоз кавернозного синуса. Різке розширення вен на шкірі лоба і скроні, набряк шкіри в ділянці сосковидного відростка є прогностично поганими ознаками і вказують на можливий розвиток ускладнень.



Тромбоз  
Каверноз  
ного  
синуса

Відмічається різка болючість при натискуванні на око, інтенсивний набряк, гіперемія і щільність шкіри повік і кон'юнктиви, значний екзофтальм з нерухомістю або зміщенням ока, неврит або атрофія зорового нерва.

Зниження гостроти зору або сліпота настає під впливом механічних і токсичних факторів порушення кровообігу, на ґрунті тромбофлебіту і тромбозу орбітальної або центральної вен. Частіше поражається зоровий нерв при поразенні задніх решітчастих клітин і основної кістки через їх тісний зв'язок з каналом зорового нерва.

В важких випадках, особливо при пізньому або недостатньому лікуванні, розвиваються важкі ускладнення: виразка рогівки, нейропаралітичний кератит, стійкі паралічі очних м'язів і косоокість, птоз, рідко панофтальміт.

Флегмона орбіти небезпечна не тільки для зору, але і для життя хворого, в зв'язку з можливим переходом гнійного процесу в порожнину черепа і розвитком менінгіту, абсцесу мозку, тромбозу кавернозного синусу, сепсису.



# Теноніт

Теноніт так само, як і флегмона, виникає швидко, але при ньому екзофтальм і запальні явища з боку повік незначні. Головне – різка болючість, обмеження рухів ока у всіх напрямках. Характерні сильний набряк, хемоз кон'юнктиви очного яблука, склепінь. Відмічається різка болючість ока при пальпації, репозиції. Прогноз здебільшого сприятливий, але можливий перехід в флегмону орбіти. Для етіологічної діагностики при запальних хворобах орбіти потрібне загальне обстеження хворого, оглядова рентгенографія орбіти та додаткових пазух носа, консультація оториноларинголога, стоматолога.





Лікування запальних процесів орбіти - стаціонарне.

Госпіталізація ургентна. Необхідна інтенсивна загальна антибіотикотерапія (внутрішньом'язеве, внутрішньовенне введення), сульфаніламідотерапія, осмотерапія, протизапальна терапія. Місцево (в краплях) антибіотики (гентаміцин, левоміцетин, норфлуксацин, цилоксан), сульфацил натрію, дімексид.

Якщо таке лікування не покращує загального і місцевого стану протягом першої доби, продовжують наростати екзофтальм, явища порушення кровообігу з боку очного дна, то стає необхідним хірургічне лікування (орбітотомія з дренажуванням), при тенонітах – розрізи кон'юнктиви і тенонової капсули, спрямовані до рогівки.

# ХВОРОБИ СЛЬОЗНИХ ОРГАНІВ

- Сльозні органи складаються з сльозопродукуючої та сльозовідвідної частин.
- Сльозна залоза розміщена в верхньо - латеральному відділі орбіти в кістковій впадині . Вона має підковоподібну форму і по вигляду нагадує гроно з 15 – 40 окремих дольок, які відкриваються багатьма вивідними протоками в кон'юнктивальний мішок.





За добу в людини виділяється 0,4- 1,0 мл сльози, яка являє собою прозору рідину і містить 97,8 % води, біля 2 % складають білки, сечовина, глюкоза, натрій, калій, хлор, аскорбінова кислота та ін. Крім того, в сльозі є фермент лізоцим, який має бактеріостатичні властивості. Реакція сльози здебільшого лужна. Сльоза інервується гілочками трійничного нерва, гілками лицевого нерва і симпатичними волокнами від верхнього шийного вузла. Секреторні волокна проходять в лицевому нерві. Кровопостачання слізної залози здійснюється слізною артерією.



Найчастіша патологія сльозопродукуючої частини слізного апарату – дакріаденіт, який може мати гострий або хронічний перебіг.

Гострий дакріаденіт виникає переважно внаслідок ендогенного інфікування (кір, скарлатина, паротит, черевний тиф, ревматизм, ангіна, грип та ін.). Процес частіше односторонній, але іноді зустрічається і двохбічне поразення слізних залоз, особливо при паротиті, пневмонії, тифі, особливо під час епідемічних спалахів дитячих інфекцій.



Дакріоаденіт характеризується набряком, почервонінням, болючістю в ділянці слізної залози, очна щілина звужена, деформована, набуває S- подібної форми, можливе зміщення очного яблука до середини і донизу з обмеженням його рухомості догори і назовні, поява диплопії. При відтягуванні верхньої повіки і погляді хворого досередини і донизу виявляється гіперемована, набрякла слізна залоза. Характерне набрякання привушного лімфатичного вузла.



## Лікування дакріоаденіту

тепло, опромінення орбіти полем УВЧ або прогрівання діатермією, в\м ін"єкції антибіотиків, сульфаніламідних препаратів. При нагноєнні пальпебральної частини залози з появою флюктуації, можливе самотійне вскриття гнійника з випорожненням .

В випадках нагноєння орбітальної частини залози гній може прорватися через шкіру верхньої повіки. Іноді показане розкриття залози в місці найбільшої флюктуації через слизову або паралельно краю повіки з введенням турунди в рану і накладенням пов"язки.



Гідропс слізного мішка – це наслідок його частих запалень. Клінічно він нагадує кісту : еластична, з чіткими межами, рухома припухлість, без запальних явищ. Шкіра над ним може бути витончена. Просвічує сіруватий вміст. На те, що це не кіста, вказує локалізація і поява мутного гнійного вмісту в кон’юнктивальній порожнині та випорожнення кісти при натискуванні на неї. Лікування гідропсу тільки хірургічне (дакріоцисториностомія).

# ХВОРОБИ ПОВІК

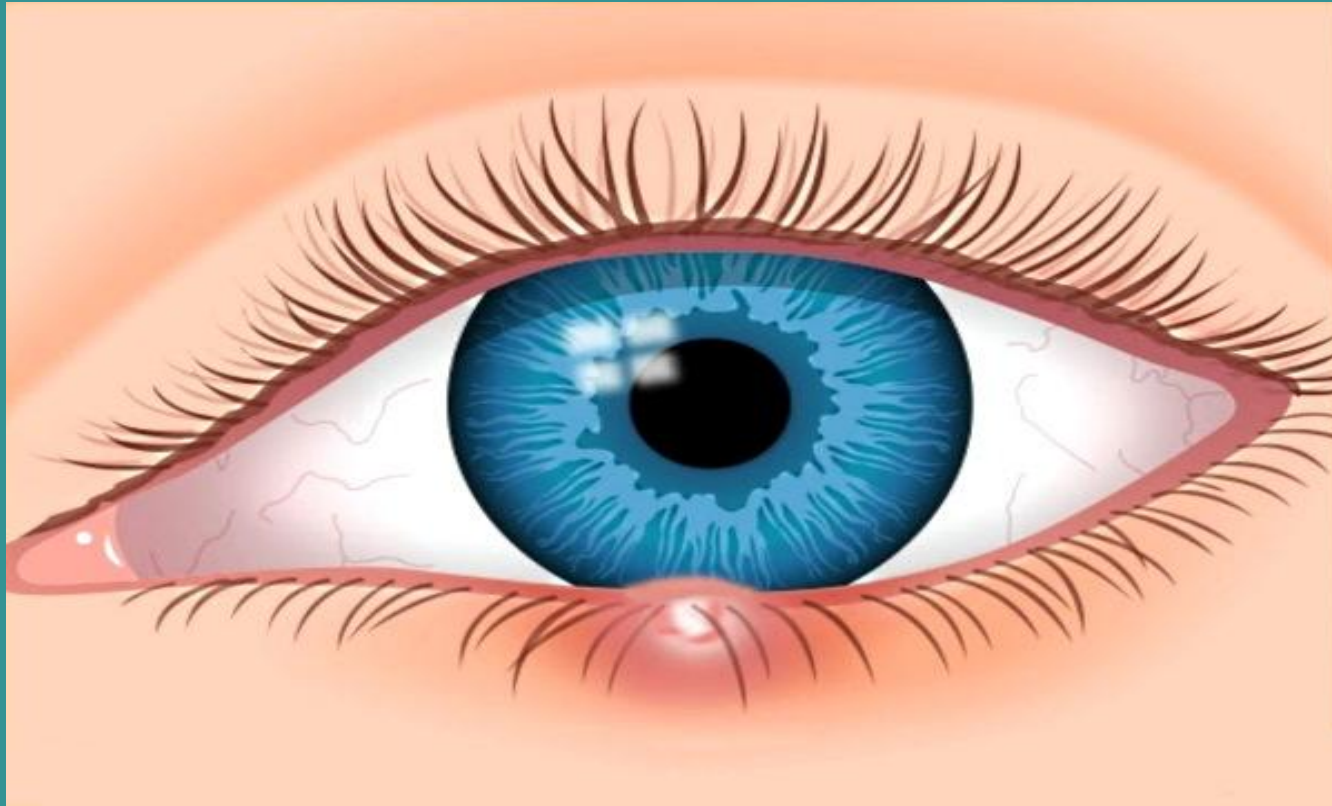
Серед запальних захворювань повік розрізняють запалення:

- шкіри повік;
- краю повік;
- залоз повік.

Запалення шкіри повік подібні зі змінами, які виникають при запаленнях влюбій частині шкірного покриву. Вони можуть викликатися фізичними і хімічними факторами, бактеріями, вірусами.

Ячмінь – це гостре гнійне запалення волосяного мішечка і сальної залози біля кореня вії.

До найпоширеніших збудників належить золотистий стафілокок.



Запальний інфільтрат досить швидко збільшується, супроводжується набряком повіки. На другий – третій день інфільтрат розплавляється, на 3 –4 день головка ячменя проривається назовні з виділенням гною. Після цього набряк і гіперемія шкіри зникають протягом кількох днів. Слід пам'ятати про те, що витискування ячменів не допустиме і може привести до виникнення таких важких ускладнень. Як флегмона орбіти, тромбоз кавернозного синуса, гнійний менінгіт





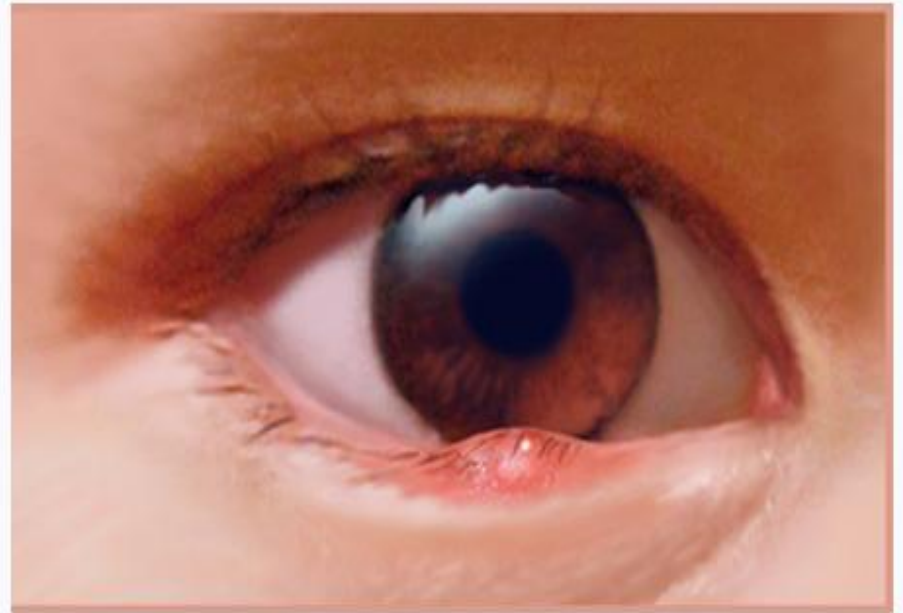
Лікування на початку захворювання полягає в змащуванні місця інфільтрації 70% розчином спирту, розчином брилляного зеленого. Закапування в кон'юнктивальний мішок дезінфікуючих крапель ( альбуцид, левоміцетин), показано сухе тепло. УВЧ. При необхідності, в разі загрози абсцедування, рекомендовано сульфаніламідні препарати, антибіотики, загальноукріплюючі препарати в середину.

**Халязіон** – це хронічне проліферативне запалення мейбомієвої залози. Клінічно воно проявляється в формі обмеженого набухання в повіці, в товщі хряща. Шкіра над ним не змінена, зі сторони кон'юнктиви можлива гіперемія, набряклість. Розвивається халязіон повільно, іноді буває множинним. При невеликих розмірах, а також в випадку декількох халязіонів можливе введення в порожнину розчину кеналогу, дексаметазону. При відсутності ефекту, а також при наявності халязіонів великих розмірів проводять оперативне лікування – видалення халязіона з послідуочим гістологічним дослідженням.





ХОЛЯЗІОН



ЯЧМІНЬ

Абсцес повіки викликається найчастіше стафілококами. Можливе екзогенне (після травмування, вищипування брів) інфікування, рідше ендогенне (гематогенне) занесення мікроорганізмів.

Клінічно абсцес характеризується вираженим набряком. Інфільтрацією, болючістю повіки, набряком кон'юнктиви, збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів. Через деякий час в інфільтрованій повіці появляється флюктуація . витончення шкіри, зміна її забарвлення. Потім може відбутися спонтанний прорив гною.



Лікування стаціонарне, полягає в створенні відтоку для гною шляхом широкого розкриття. Загальне лікування включає антибіотики, сульфаніламід, десенсибілізуючі, загальноукріплюючі препарати. В стадії інфільтрації можливе консервативне лікування в умовах офтальмологічного стаціонару.



# Виворіт повік

## Ектропіон

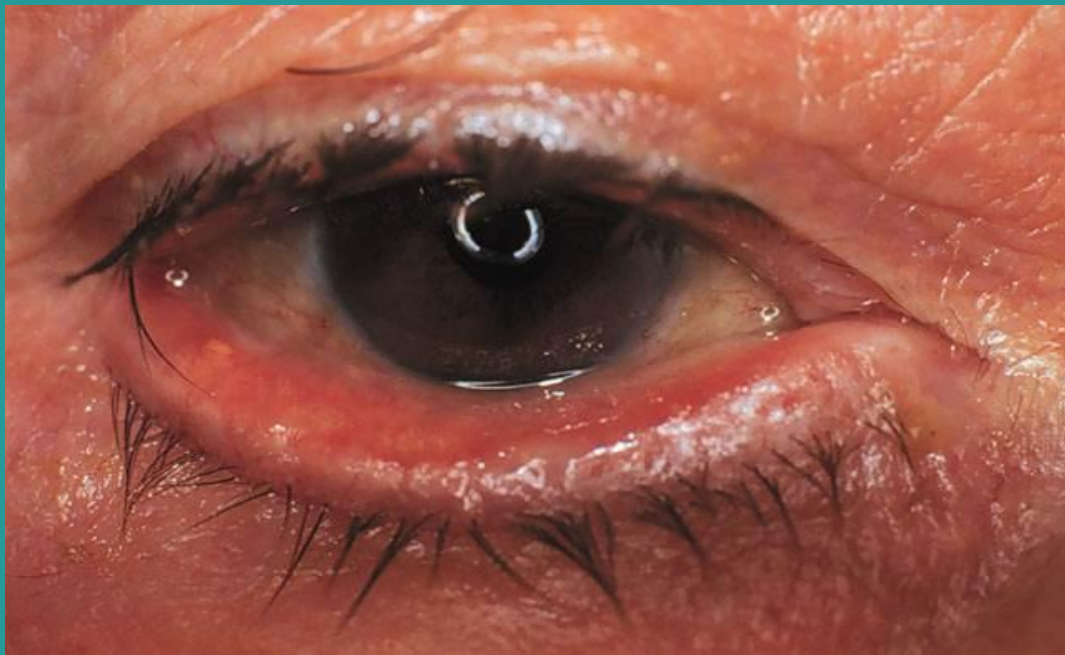
- **Виворіт повік** – зміна положення одного або обох повік, при якому край повіки відстає від очного яблука або відгорнутий вниз, внаслідок чого слизова оболонка вивернута на зовні.
- **Виворіт повік буває** - спастичний, паралітичний, старечий і рубцевий.
- Спастичний виворіт повік виникає в результаті скорочення орбітальної частини кругового м`язу ока (часто при гострих та хронічних кон`юнктивітах, кератитах).
- Паралітичний виворіт повік спостерігається лише на нижній повіці і виникає при ураженні лицьового нерва.
- Старечий виворіт повік виникає внаслідок слабості кругового м`язу ока.
- Рубцевий виворіт повік виникає внаслідок стягування шкіри повік після поранень, опіків, а також інших патологічних процесів в області повік (туберкульоз кісток орбіти, пухлини, язвенні блефарити та ін.).

На початкових стадіях вивороту наявне невелике відставання краю повік від очного яблука. У виражених випадках край повіки і майже вся слизова оболонка вивернуті на зовні, край повіки інколи знаходиться біля краю орбіти. Виворіт повік викликає сльозотечу, що призводить до мацерації шкіри повіки. Вивернута кон`юнктива пересихає, гіпертрофується та приймає характер епідермісу. Діагноз ставиться на основі характерної клінічної картини.

**Профілактика** полягає в своєчасному лікуванні основного захворювання, ретельній обробці країв повік.

**Лікування.** При рубцевих виворотах застосовують різні пластичні операції, суть яких полягає у видаленні всіх рубців та закриття дефекту шкірою. Лікування паралітичного і старечого вивороту – також хірургічне. При спастичному вивороті проводять лікування, направлене на усунення його причини.

Прогноз по відношенню до зору сприятливий. Досягнення косметичного ефекту і відновлення функцій сльозовідведення залежить від виду і ступеня вивороту, а також від своєчасного і правильного хірургічного лікування



# Заворот повіки

## Ентропіон

**Заворот повіки (ентропіон)** - аномалія положення повіки, при якій край повіки, його переднє ребро з віями частково або на всьому протязі повернуті до очного яблука.

### Етіологія

- Інволюційний (старечий вік).
- Рубцевий (внаслідок рубцевих змін кон'юнктиви при пемфігусі очей, синдром Стівенса-Джонсона, хімічні опіки, травми, трахома тощо).
- Спастичний (внаслідок хірургічної травми, подразнення ока, блефароспазму).
- Вроджений.

**Скарги** - подразнення і почервоніння ока, відчуття стороннього тіла, слезоточивість.

### Основні об'єктивні симптоми

Загортання краю повіки всередину.

**Клініка.** Хворі відмічають біль, світлобоязнь і слезотечу.

-Очна щілина звужена.

-Нижня повіка вільним війковим краєм повернута вбік очного яблука.

-При рухах ока і повік її травмують кон'юнктиву і рогову оболонку.

-Біль в оці, світлобоязнь і слезотеча посилюються.

-В нижній половині очного яблука з'являється змішана ін'єкція.

-Нижня половина рогівки інфільтрована, на її поверхні можливі ерозії.

-Якщо нашаровується гнійна інфекція, в оці розвивається важкий запальний процес - повзуча виразка рогівки, енд офтальміт і пан офтальміт, що призводить до значного зниження зору або загибелі ока.



**Лікування** при рубцевому і старечому завороті хірургічне. При спастичному завороті проводять лікування основної хвороби, а в разі його неефективності показана операція. У період до операції слід закладати за повіки мазі антисептичної дії, закапувати олійні розчини вітамінів. Можливе відтягання краю завернутої повіки смужкою лейкопластиру.

**Прогноз** при своєчасному лікуванні сприятливий.





Дякую за увагу