ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

Заведующий кафедрой
дмн, профессор С.Г. Вахрушев
Куратор
кмн, доцент М. А. Петрова

Реферат
На тему «Риногенные орбитальные осложнения в оториноларингологии»

Выполнила:
клинический ординатор 1-го года, группы 115
Д.Б. Иваненко

Красноярск
2023 г.

Оглавление:

1. Причины и пути распространения инфекции;

2. Классификация;

3. Вид осложнения:

А) Симптоматика;

Б) Диагностика;

В) Дифференциальная диагностика;

Г) Лечение;

4. Доврачебная помощь;

5.Список использованной литературы.

Причины и пути распространения инфекции:

Близкое расположение носа и околоносовых пазух к глазнице и полости черепа определяет возможность развития риногенных глазничных и внутричерепных осложнений. Известны следующие пути распространения инфекции, обусловленные:

1) анатомическими особенностями: глазница окружена с трех сторон стенками околоносовых пазух, снизу - верхнечелюстной, изнутри - решетчатыми и клиновидной, сверху – лобной, распространение инфекции происходит через дефекты данных стенок в результате остеомиелита или через врожденные костные дефекты (дегисценции) - тонкая, как бумага, пластинка, отделяющая решётчатый лабиринт от глазницы, так же как и верхняя стенка верхнечелюстной пазухи, во многих случаях имеет дегисценции; основная пазуха, задние клетки решётчатого лабиринта нередко примыкают к каналу зрительного нерва, который также может иметь дефекты;

2) сосудисто-нервными связями: вены полости носа через угловую и верхнюю глазничную вены анастомозируют с пещеристым синусом и венозными сплетениями твердой мозговой оболочки. Основная пазуха, задние клетки решетчатой кости, а также иногда лобная пазуха, распространяясь далеко кзади, могут близко прилежать к верхней глазничной щели, через которую проходят глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы, а также первая и вторая ветви, тройничного нерва;

3) лимфатическая сеть полости носа сообщается с подпаутинным пространством головного мозга.

Таким образом, проникновение инфекции в полость глазницы и черепа может происходить различными путями: контактным, гематогенным, периневральным и лимфогенным. Наиболее частым из них является контактный путь.

Глазница и глаз могут страдать не только в результате перехода воспалительных заболеваний, но и от механического давления со стороны

придаточных пазух, стенки которых распираются изнутри в сторону глазницы, смещая в большей или меньшей степени глазное яблоко. К таким смещающим глаз заболеваниям придаточных пазух могут быть отнесены:

1) опухоли кости (рак, саркома, остеома);

2) кистозные растяжения придаточных пазух при закрытии их выводных отверстий, (мукоцеле, пиоцеле).

Зрение при заболевании придаточных пазух может ещё страдать в результате расстройств при так называемых ретробульбарных невритах, которые иногда вызываются непосредственным распространением патологического процесса из придаточных пазух и полости носа на зрительный нерв.

Самой частой причиной риногенных осложнений в орбите служат заболевания лобной пазухи, среди последних острые и обострения хронических фронтитов.

Классификация:

Наиболее полно возможные риногенные глазничные осложнения представлены в классификации, предложенной Б. В. Шеврыгиным и Н. И. Курановым (1976). Она включает следующие осложнения:

- 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.

Тяжесть заболевания нарастает по мере прогрессирования заболевания и развития гнойных вариантов поражения глазницы - субпериостального, ретробульбарного абсцесса, флегмоны глазницы.

Наиболее легким орбитальным осложнением при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух является

1)реактивный отек клетчатки глазницы и век , а также их

2)диффузное негнойное воспаление .

Данная патология среди всех риносинусогенных орбитальных осложнений занимает первое место по частоте возникновения, собенно часто такая форма орбитальных осложнений развивается в детском возрасте при острых этмоидитах, возникающих на фоне респираторной инфекции.

При этом заболевании отмечаются:

- припухлость,

- покраснение кожи в области век,

- сужение глазной щели,

- гиперемия и отек конъюнктивы, век и глазного яблока,

- болезненность при пальпации.

Реактивный отек мягких тканей глазницы может быть обусловлен двумя факторами: нарушением коллатерального дренирования, скоплением секрета в пазухах и бактериальной инвазией в ткани глазницы с их последующим гнойным расплавлением

В случаях диффузного негнойного воспаления клетчатки глазницы и век может наблюдаться

- хемоз (отек конъюнктивы),

- и даже экзофтальм со смещением глазного яблока в ту или иную сторону, в зависимости от локализации пораженной пазухи,

-ограничение подвижности глазного яблока,

- боли при движениях глаза,

- характерна выраженная болезненность при давлении на глазное яблоко или на край глазницы,

- как правило, наблюдаются гнойные выделения и заложенность носа, - снижение зрения наступает быстро (в течение ближайших часов может наступить слепота), особенно при глубоком расположении очага воспаления,

- в некоторых случаях могут наблюдаться парезы мышц и нервов глаза.

Однако, в отличие от гнойного процесса, указанные изменения очень непостоянны и скоропроходящи.

Диф.диагноз : реактивный отек и диффузное негнойное воспаление клинически схожи, также следует отличать диффузное негнойное воспаление от гнойного, чтобы правильно избрать патогенетическую и этиотропную терапию.

Начатое *лечение* , улучшающее отток патологического содержимого из околоносовых пазух, быстро купирует симптомы орбитального осложнения, т.е. лечение данных осложнений заключается аналогично терапии синуситов, приведших к данной патологии (режим и диеты, АБ-терапия, назначение жаропонижающих и антиневралгических средств, физиотерапевтические методы лечения, противоинтоксикационная терапия, в крайнем случае пункция пазухи и промывание ее).

3) Более выраженной клинической патологией является воспаление стенок орбиты - **периостит (остеопериостит).** Периостит – воспаление надкостницы.

Различают

- простую (негнойную),

- и гнойную формы.

Простой периостит наблюдается при катаральном воспалении пазух, гнойный - при эмпиемах.

Клиническое проявление простого периостита ограничивается - воспалительной инфильтрацией тканей в виде отека век,

- инъекции сосудов конъюнктивы (гиперемия),

-процесс на ограниченном участке глазницы.

Локализация болезненной припухлости зависит от локализации воспалительного процесса в околоносовых пазухах. С ликвидацией последнего клинические проявления периостита быстро проходят.

Иногда простая форма периостита, заканчиваясь излечением, оставляет после себя фиброзные наслоения; тогда при пальпации определяется некоторое утолщение кости, вернее, надкостницы.

Гнойный периостит протекает более тяжело. Для него характерна 1)выраженная общая реакция

-высокая температура тела,

-общая слабость,

-головная боль,

2) и местно

-на одной из стенок орбиты образуется болезненный клеточный, гнойный инфильтрат, в котором возможно отслоение периоста от кости с образованием субпериостального (периорбитального) абсцесса.

Диф.диагноз . Простой периостит клинически трудно отличить от рассмотренных выше реактивного отека и диффузного негнойного воспаления клетчатки глазницы и век.

Для подтверждения диагноза периостита требуются рентгенологические специфические и лабораторные исследования.

Лечение . 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 предположительно серозного характера можно ограничиться местным лечением: УВЧ-терапия, диатермия на глазницу, ежедневные введения антибиотиков в область воспалительного фокуса.

При гнойных и глубоких остеопериоститах любого характера показаны антибиотики (пенициллин и др.) в виде внутримышечных инъекций по 500 000 - 1 000 000 ЕД/сут или внутрь (тетрациклин и др.), сульфаниламиды (по 1 г через 4 ч).

При сифилитических и туберкулезных периоститах показаны курсы специфического лечения, выскабливания свищей, удаление секвестров, раннее вскрытие абсцессов.

По показаниям оперативное лечение.

3) Субпериостальный абсцесс в области верхней стенки верхнечелюстной пазухи при прорыве гноя из верхнечелюстной пазухи через задние отделы ее внутренней стенки приводит к

- смещению глазного яблока кверху,

- экзофтальму,

-отеку нижнего века,

- хемозу нижнего отдела конъюнктивы.

Имеет острое начало.

При абсцессе века глазное яблоко обычно закрыто отечным, инфильтрированным и неподвижным веком. Последнее резко болезненно при пальпации, напряжено.

Субпериостальный абсцесс глубоких отделов глазницы протекает более тяжело. Они возникают чаще при гнойных процессах в задних решетчатых клетках и клиновидной пазухе. При этом возможно развитие

- расстройств зрения (центральные скотомы - небольшой участок в пределах поля зрения, в котором зрение ослаблено или полностью отсутствует; со всех сторон этот участок окружен областями нормального видения),

- нарушение подвижности глазного яблока (парез отводящего и глазодвигательного нерва)

- и выпячивание его (экзофтальм).

Субпериостальный абсцесс, являющийся следствием поражения глубоких параназальных синусов, может осложняться ретробульбарным абсцессом и флегмоной глазницы . При прорыве гноя в ретробульбарную клетчатку и последующим его осумкованием развивается ретробульбарный абсцесс. В случае большой вирулентности микробов и ослабления

сопротивляемости организма осумкование абсцесса может не наступить, и тогда развивается флегмона орбиты.

Диагностика :Диагноз ставят на основании острого начала и характерной клинической картины. Для выявления источника процесса необходимо рентгенологическое и клиническое исследование придаточных пазух носа.

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

Лечение : Устраняют первичный очаг инфекции. Применяют полусинтетические пенициллины, обладающие пенициллиназоустойчивостью, внутримышечно - оксациллина натриевую соль по 0,25-0,5 г через каждые 4-6 ч (через несколько дней переходят на прием внутрь по 1 г через 4-6 ч). Внутримышечно вводят 4 % раствор гентамицина по 40 мг, нетромицин, клафоран, имипенем, роцефин. Внутрь дают рулид, ципробай, докситромицин, эритромицин, олеандомицина фосфат, линкомицина гидрохлорид, ампиокс, максаквин. При образовании гнойника необходимо хирургическое вмешательство - вскрытие абсцесса с последующим дренажем раны.

4) Ретробульбарный абсцесс - гнойный очаг в задних отделах клетчатки глазницы, который может перерасти в флегмону глазницы - разлитой гнойный процесс, сопровождающийся расплавлением клетчатки глазницы. Основным признаком заболевания является:

- характерны отек и застойная гиперемия век,
- болезненный экзофтальм,
- с резким нарушением подвижности или полной неподвижностью глазного яблока (**офтальмоплегия**),
- снижением зрения,
- и изменениями глазного дна,
- экзофтальм,

- неврит зрительного нерва

Различают:

- пресептальную

- и постсептальную локализацию воспалительного процесса в зависимости от расположения гнойника - впереди или позади фасциальной перегородки глазницы, что важно при определении хирургического подхода к очагу воспаления.

Диагноз ставят на основании острого начала и характерной клинической картины. Для выявления источника процесса необходимо рентгенологическое и клиническое исследование придаточных пазух носа.

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

Лечение : то же, что и при субпериостальном абсцессе.

5) Флегмона орбиты - диффузное, разлитое, гнойное воспаление всей клетчатки орбиты.

Заболевание сопровождается:

- тяжелым общим состоянием,

- ознобом,

-подъемом температуры до 40°С и выше.

- некоторых случаях отмечаются головные боли, общая слабость,

- резко повышена СОЭ,

- отмечаются лейкоцитоз,

- сдвиг формулы крови влево.

Веки:

- резко отечны и гиперемированы,

- горячи на ощупь,

- плотны.

Отек и гиперемия распространяются иногда на область корня и спинки носа, щеку или всю одноименную половину лица.

Глазная щель сомкнута,

-экзофтальм,

-смещение глазного яблока

-и хемоз конъюнктивы.

Подвижность глазного яблока ограничена, иногда имеет место полная офтальмоплегия.

Снижение остроты зрения или слепота наступает под влиянием механических и токсических факторов нарушения кровообращения.

Больные жалуются на сильные тупые боли за глазом, усиливающиеся при попытке взгляда в сторону.

Отмечаются резкая боль при надавливании на глазное 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 превалируют общие симптомы, у взрослых - местные.

Через несколько дней веки становятся мягче и в каком-нибудь участке орбиты появляется сначала флуктуация, а затем фистула в мягких тканях с

выделением гноя.

На рентгенограмме орбиты выявляется понижение прозрачности орбиты и прилегающих придаточных пазух носа без изменения костных стенок.

Осложнения : язва роговицы, нейропаралитический кератит, стойкие параличи глазных мышц, косоглазие, птоз, редко панофтальмит.

Флегмона глазницы опасна не только для зрения, но и для жизни больного ввиду возможного перехода гнойного процесса в полость черепа и развития менингита, абсцесса мозга, тромбоза пещеристой и других пазух, сепсиса.

Диагноз : клиника и рентгенологическое исследование.

Диф .диагноз : Бурное начало, быстрое прогрессивное и тяжелое течение отличают флегмону глазницы от тенонита. 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.

Неотложная доврачебная помощь при флегмоне орбиты - в/м введение антибиотика широкого спектра действия 500000 ЕД и 1 г сульфаниламида, срочно направляют в глазное отделение.

Лечение :Показано применение антибиотиков внутрь, внутримышечно и в тяжелых случаях внутривенно.

Внутримышечно - бензилпенициллина натриевая соль по 500 000 ЕД 4 раза в сутки,

оксациллина натриевая соль по 0,25-0,5 г через каждые 4-6 ч (затем через несколько дней переходят на прием внутрь по 1 г через 4-6 ч);

4 % раствор гентамицина по 40 мг,

Гентамицин , несмотря на высокую эффективность при лечении гнойной инфекции, ввиду нефротоксического и ототоксического действия применяют в средних дозах, комбинируя с другими антибиотиками.

Для внутривенного введения - бензилпенициллина натриевую соль растворяют в 10 мл воды для инъекций или стерильного изотонического раствора натрия хлорида, вводят 1-2 раза в сутки в сочетании с внутримышечными инъекциями. Суточная доза бензилпенициллина натриевой соли для внутривенного введения 2 000 000-3 000 000 ЕД. Применяют также внутривенно или внутримышечно высокоактивные антибиотики: лендацин, нетромицин, клафоран, имипенем, роцефин, аугментин.

Длительность курса лечения зависит от течения заболевания.

Внутрь дают - кларитромицин, эритромицин, олеандомицина фосфат, линкомицина гидрохлорид, ампиокс, ампициллин.

Если имеются участки флюктуации, показаны широкие разрезы тканей с проникновением в полость глазницы, вставление турунд для дренажа раневой полости, повязки с гипертоническим (10 %) раствором натрия хлорида. 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.)

6) Абсцесс века - ограниченное инфильтративно-гнойное воспаление тканей века.

Отмечаются

- гиперемия,
- и отечность кожи века,
- веко болезненное,
- кожа напряжена, иногда приобретает желтоватый оттенок,
- возможна флюктуация.

Лечение :

При своевременном и рациональном лечении возможно обратное развитие абсцесса.

Показаны бактерицидные и бактериостатические средства: внутримышечно - бензилпенициллина натриевая соль по 300 000 ЕД 3 раза в день, 4 % раствор гентамицина по 40 мг, нетромицин по 200 мг 2 раза в день, цефтазидим (фортум) по 250 мг 2 раза в день, ампиокс по 0,2 г; внутрь - оксациллина натриевая соль по 0,25 г, метациклин по 0,3 г, ампициллин по 0,25 г, аугментин по 375 мг (1 таблетка), фурацилин по 0,1 г; бактрим (бисептол) по 2 таблетки 2 раза в день; сульфаниламиды - сульфадимезин по 0,5 г, этазол по 0,5 г, сульфадиметоксин по 1 г в сутки (однократно, в течение 4-5 дней).

Местно: сухое тепло, УВЧ-терапия, инстилляция дезинфицирующих капель в конъюнктивальный мешок. При появлении флюктуации - вскрытие

абсцесса или флегмоны с последующим применением повязок с 10 % гипертоническим раствором натрия хлорида.

7) Тромбоз вен глазничной клетчатки (тромбофлебит) :

Тромбофлебит глазницы - 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.

Процесс развивается быстро и проявляется

- экзофтальмом,
- ограничением подвижности глазного яблока,
- хемозом конъюнктивы глазного яблока,
- отеком век,
- характерны расширение вен век, некоторых участков кожи лица,
- застойная гиперемия кожи,
- *на глазном дне* - явления застойного диска зрительного нерва и кровоизлияния в сетчатку.

Тромбофлебит орбитальных вен может перейти в выраженный абсцесс глазницы, нередко он предшествует флегмоне глазницы.

Осложнения : при распространении процесса из глазницы в череп возможно развитие тромбоза кавернозного синуса, менингита, субдурального и церебрального абсцессов.

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).

Диф .диагноз : в начальных стадиях тромбофлебит глазницы следует дифференцировать от флегмоны глазницы. Для тромбофлебита глазницы характерны тромбоз вен век и лица, застойная гиперемия кожи, преобладание застойных явлений над воспалительными, менее плотная инфильтрация тканей глазницы.

Лечение : Обязательна санация очагов инфекции. Назначают антибиотики внутримышечно - бензилпенициллина натриевую соль через каждые 4 ч круглосуточно по 300 000- 400 000 ЕД на инъекцию; полусинтетические пенициллины, обладающие пенициллиназоустойчивостью, - оксациллин. Вводят внутримышечно 4 % раствор гентамицина по 40 мг (следует учитывать его ото- и нефротоксическое действие), нетромицин, имипенем, роцефин. Внутрь дают кларитромицин, рулид, ципробай, амоксиклав, эритромицин, олеандомицина фосфат, линкомицина гидрохлорид, фузидиннатрий (в сочетании с другими антибиотиками), максаквин.

Следует отметить, что симптомы орбитальных осложнений часто совпадают, иногда одна форма переходит в другую, что создает трудности в дифференциальной диагностике. Больные с риногенными орбитальными и внутричерепными осложнениями относятся к тяжелому контингенту, что требует экстренной специализированной хирургической помощи в условиях стационара, с привлечением офтальмологов и нейрохирургов.

Доврачебная помощь. Все больные с орбитальными осложнениями подлежат госпитализации в порядке срочной помощи в оториноларингологическое отделение. В отдельных случаях, в зависимости от местных условий, допустима госпитализация в хирургическое или глазное отделение. До госпитализации показано назначение жаропонижающих И антиневралгических средств: аспирин по 0,5 г с кофеином 0,05 г 2—3 раза в день по 1 таблетке; пирамидон с анальгином по 0,25 г 2—3 раза в день по 1 таблетке, а также сульфаниламидных препаратов и антибиотиков

(пенициллин, пенициллин в комбинации со стрептомицином). Для уменьшения отека и набухлости слизистой оболочки в области выводных отверстий придаточных пазух носа назначают капли или мази из сосудосуживающих средств (3% раствор эфедрина или 3% раствор кокаина с адреналином 1:1000).

Список литературы

1)Медицинский портал

http://eurolab-portal.ru/otorhinolaryngology/3299/3309/27074/

2)Офтальмология

www.glazmed.ru

3) "Оториноларингология" под редакцией академика РАМН профессора И.Б.Солдатова

4)Медицинский портал

http://medvuz.info