

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ОРБИТЫ: ОСТЕОПЕРИОСТИТ, ТЕНОНИТ

Выполнила интерн Калягина О.А.

Глазница

Глазница (орбита) — замкнутое пространство, в котором располагается большое количество сложных анатомических структур, обеспечивающих жизнедеятельность и функции органа зрения.

Анатомо-топографическими особенностями орбиты (ее взаимоотношение с окружающими областями — полостью черепа и придаточными пазухами носа, отсутствие клапанов в венах орбиты, непосредственная связь ее артериальной системы с системами внутренней и наружной сонных артерий, изолированность орбитального пространства) объясняется частое появление односторонних симптомов, в первую очередь экзофтальма, при различных заболеваниях орбиты и смежных областей.

Причины воспалительных процессов орбиты

- ▣ Заболевания придаточных пазух носа (синуситы)
- ▣ Кариес зубов
- ▣ Острые инфекционные болезни (ангины, корь, грипп, скарлатина, тиф)
- ▣ Рожистое воспаление
- ▣ Фурункулы кожи лица и головы
- ▣ Травмы
- ▣ Метастаз при сепсисе
- ▣ Пиемиа
- ▣ Туберкулез, сифилис и т.д.

Проявления воспаления глазницы

- ▣ Боли в глазнице, усиливающиеся при движении глазных яблок
- ▣ Интоксикационный синдром: головные боли, беспокойство, повышение температуры тела, нарушение сна, уменьшение аппетита
- ▣ В зависимости от локализации воспалительного процесса и его интенсивности появляется экзофтальм, смещается глазное яблоко и ограничивается его подвижность, возникает диплопия – эти изменения обуславливаются отеком, инфильтрацией, кровоизлияниями в мягкие ткани

Воспалительные процессы глазницы у детей встречаются чаще всего в виде флегмоны и тенонита. Периостит, кариес, тромбофлебит, эмпиемы наблюдаются преимущественно у взрослых и пожилых людей. Периоститы и кариес нередко являются следствием врожденного сифилиса или костного туберкулеза.

Остеопериостит

- воспалительный процесс периоста и костной стенки орбиты (глазницы).

Клинически обычно диагностируется как периостит, но в большинстве случаев захватывает не только периост, но и костную стенку орбиты.

Различают передние и задние, простые (серозные) или гнойные остеопериоститы.

Заболевание может развиваться остро за 2-3 дня или постепенно — несколько недель.

Передний остеопериостит

Передние остеопериоститы располагаются по краю глазницы, распознаются легче и раньше и протекают более благоприятно.

При локализации процесса в передней части глазницы появляется выраженная припухлость – плотный на ощупь разлитой или отграниченный отек, болезненный при пальпации, постепенно переходящий на соседние участки. Кожа век гиперемирована, отечна, особенно по утрам, на ощупь теплее окружающих тканей и соответствующих участков второй глазницы. Возможны отек слизистой оболочки век и конъюнктивальная инъекция.

Гнойный остеоperiостит имеет острое начало с высокой температурой тела у больного, головной болью и общей слабостью. В случаях локализации процесса в лобной, гайморовой пазухах или передних клетках решетчатого лабиринта, а также с распространением инфекции из слезного мешка, верхней челюсти, при травмах возникает остеоperiостит края глазницы. Для него типична краснота и отечность кожи век, конъюнктивы, утолщение костного края и болезненность при надавливании на него. В дальнейшем происходит размягчение инфильтрации, перфорация кожи с выделением гноя, иногда образование стойкой фистулы до излечения от периостита. Зондированием определяется измененный костный край.

В дальнейшем в зависимости от характера процесса происходит рассасывание воспалительного очага с замещением его соединительной тканью (при серозной форме) или размягчение с прорывом гноя наружу либо в орбитальную клетчатку (при абсцессе). Вскрытие гнойника через кожу может сопровождаться обнажением кожи, секвестрацией, образованием свищей, которые закрываются только после отхождения секвестров. В дальнейшем по ходу свищей возникают спаянные с костью рубцы.

Остеопериоститы туберкулезной и сифилитической этиологии имеют переднее расположение, причем первые, как правило, возникают в нижненааружном отделе глазницы, а вторые - в верхненааружном.

Сифилитические остеопериоститы сопровождаются самопроизвольными ночными болями. Гуммы возникают на внутренней поверхности нижне-орбитального края вблизи слезного мешка. Сифилитические остеопериоститы орбиты возникают у детей, как правило, в качестве проявлений врожденного сифилиса и наблюдаются как во вторичном, так и в третичном его периоде.

Туберкулезные безболезненны и чаще встречаются у детей. У детей также часто образуются субпериостальные гнойные очаги.

Задний остеопериостит

Задний остеопериостит в большинстве случаев представляет большие трудности для диагностики, так как его трудно отличить от флегмоны глазницы.

На первый план выходит экзофтальм — смещение глазного яблока, ограничение его подвижности, выраженный отек конъюнктивы. В зависимости от локализации очага может присоединиться потеря чувствительности кожи век, роговицы, падение зрительных функций. Для остеопериостита у вершины глазницы типична диссоциация между нерезко выраженным экзофтальмом и значительным нарушением зрения.

Задний остеоperiостит у вершины орбиты характеризуется наличием синдрома вершины орбиты:

- 1) наружной и внутренней офтальмоплегии,
- 2) анестезии кожи в области распространения первой ветви тройничного нерва,
- 3) амавроза
- 4) застойного соска зрительного нерва.

При эмпиемах задних клеток решетчатого лабиринта и основной пазухи развивается остеоperiостит стенки глазницы с незначительным отеком и гиперемией кожи век, но выраженным хемозом и воспалением конъюнктивы, особенно переходных складок, экзофтальмом, смещением и ограничением подвижности глаза, диплопией, невритом зрительного нерва, застойным диском со снижением остроты зрения.

Дополнительные исследования и лечение

- Уточнить диагноз помогает рентгенологическое исследование, лабораторные анализы. При подозрении на остеоperiостит необходимо обследование пазух носа, горла и зубов. Проводят санацию обнаруженных очагов воспаления.
- При переднем расположении серозного остеоperiостита проводят местную терапию: УВЧ, диатермия на глазницу, ежедневное введение антибиотиков в очаг воспаления.
- При гнойных передних и задних periоститах любого характера показаны антибиотики внутримышечно или внутрь, сульфаниламиды (по 1г каждые 4 часа).
- При сифилитических и туберкулезных остеоperiоститах проводят курсы специфического лечения, выскабливание свищей, удаление секвестров, раннее вскрытие абсцессов.

Тенонит (tenonitis)

- воспаление влагалища глазного яблока (теноновой капсулы)

Возникновение тенонита, как правило, связано с воспалениями глаза, повреждениями влагалища глазного яблока при травмах и операциях на мышцах, рожистым воспалением, ревматизмом, гриппом, эпидемическим паротитом и т.д.

Под влиянием любой из причин в эписклеральном (теноновом) пространстве возникает серозное или гнойное воспаление.

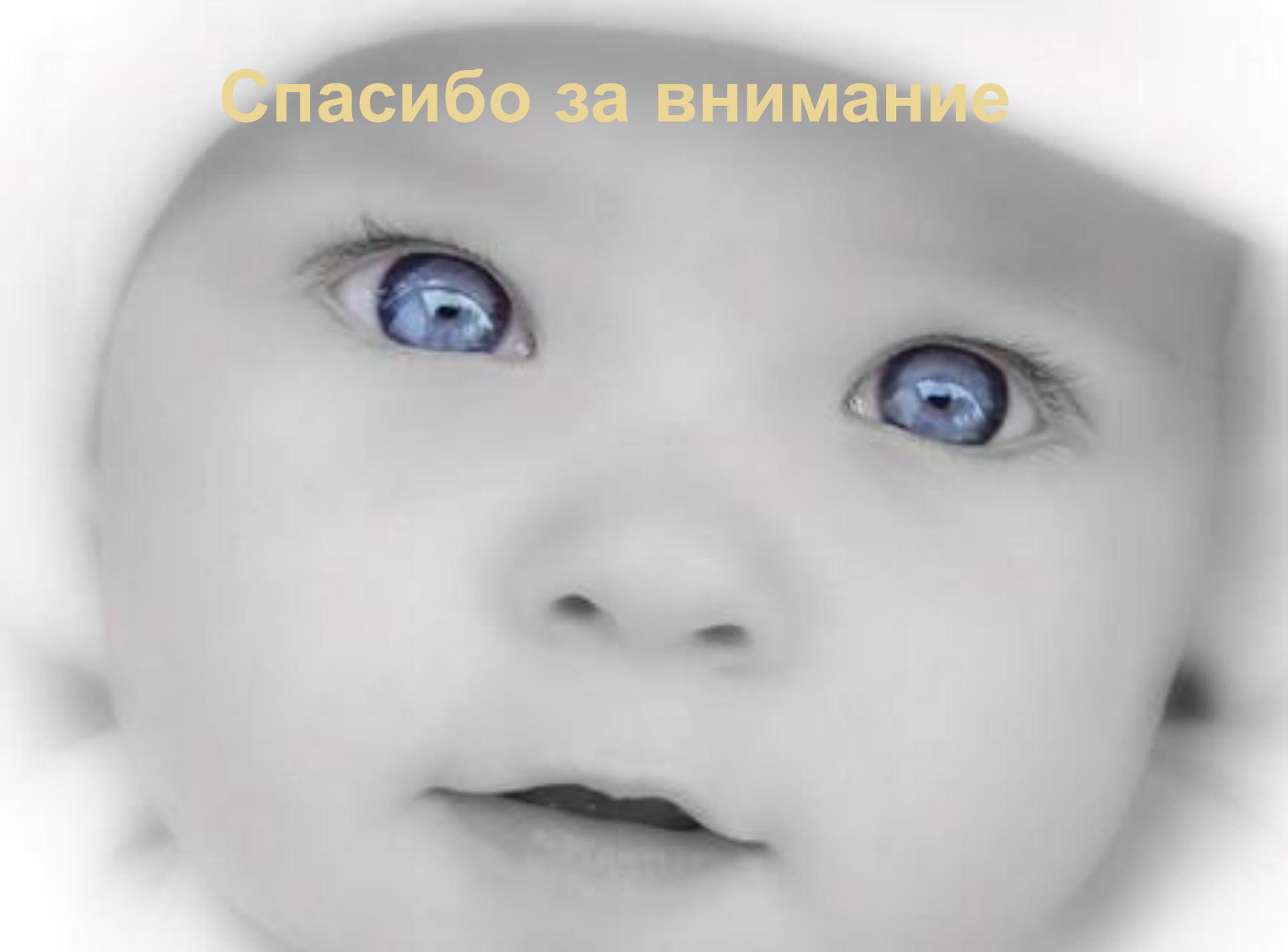
Проявляется болями при движении глаз, чувством «выпираания» глаза из глазницы. Постепенно возникает и увеличивается экзофтальм, нарастает отек век, появляется ограничение подвижности глазного яблока, развивается хемоз. Отделяемого из конъюнктивальной полости нет. В связи с экзофтальмом и ограничением подвижности глазного яблока возникает диплопия. Изменений на глазном дне чаще всего не бывает. Общее состояние больного при теноните не нарушается. Процесс развивается в течение 3-4 дней.

Серозный тенонит быстро и бесследно подвергается обратному развитию. При гнойном процессе экссудат часто прорывается в конъюнктивальную полость.

Лечение тенонита

- При серозном теноните хороший эффект дают местные тепловые процедуры: УВЧ-терапия, облучение кварцевой лампой, диатермия, сухое тепло. Показаны субконъюнктивальные и ретробульбарные инъекции кортизона с антибиотиками, осмотерапия, салицилаты.
- При серозном теноните применяют местно кортикостероиды в виде частых инстилляций: 0,5–2,5 % суспензию гидрокортизона, 0,3 % раствор преднизолона, 0,1 % раствор дексаметазона, глазные капли «Софрадекс».
- При гнойном теноните назначают внутримышечные инъекции бензилпенициллина натриевой соли по 300 000 ЕД 3–4 раза в сутки, внутрь сульфамидазин по 0,5 г 2–4 раза в 1-й день лечения и 1–2 раза в последующие дни, ампиокс по 0,25 г, оксациллина натриевую соль по 0,25 г, метациклина гидрохлорид по 0,3 г, ампициллин по 0,25 г, фурацилин по 0,1 г, индометацин по 0,025 г, бутадион по 0,15 г 3 раза в день.
- Основной метод лечения гнойного тенонита – вскрытие и дренирование теноновой сумки, внутримышечное введение антибиотиков, впоследствии местное физиотерапевтическое лечение.

Спасибо за внимание



Использованная литература

- ▣ Глазные болезни: Учебник/под ред. В.Г. Копаевой. – М.: Медицина, 2002. – 560с.
- ▣ Глазные болезни. Полный справочник/В.А. Передерий. – М.: Эксмо, 2008. – 704с.
- ▣ Офтальмология: национальное руководство /под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 944с.
- ▣ Офтальмология: Учебник/под ред. Е.И. Сидоренко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 408с.
- ▣ Руководство по детской офтальмологии / Аветисов С.Э., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. - М.: Медицина, 1987. – 496с.