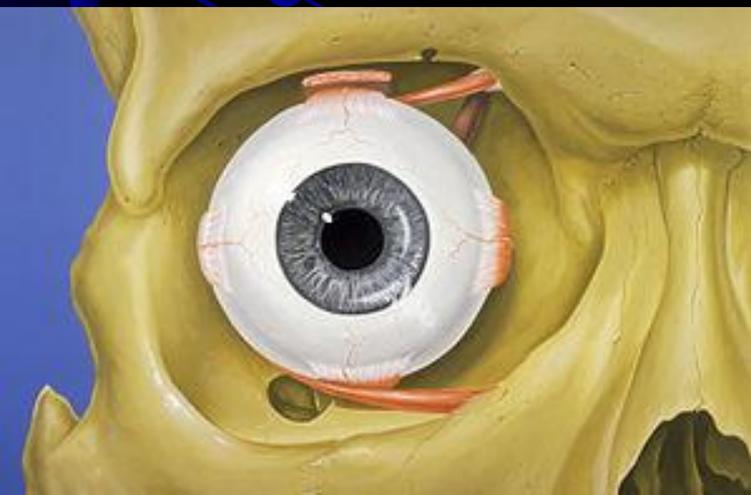




ГОО ВПО  
«Донецкий медицинский  
университет им. М.Горького»  
Кафедра офтальмологии ФИПО  
РДКБ г.Донецка

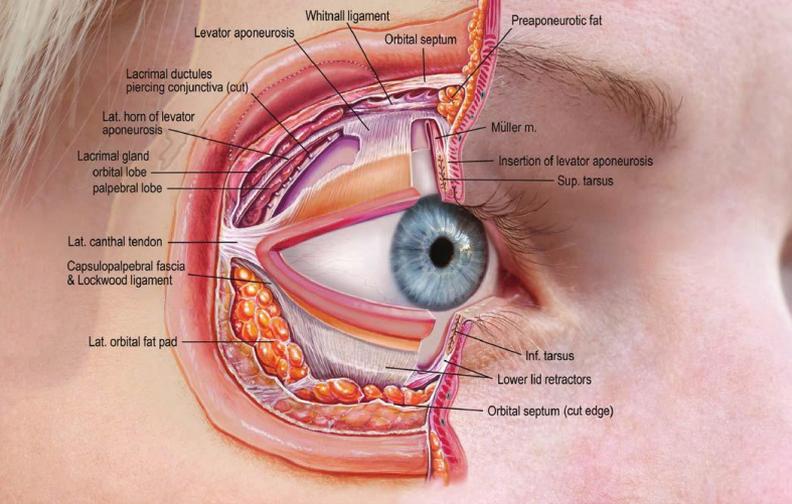
## Флегмоны орбиты у детей



*Доц. Голубов К.Э. ,  
доц. Смирнова А.Ф.,  
асс.Котлубей Г.В.*

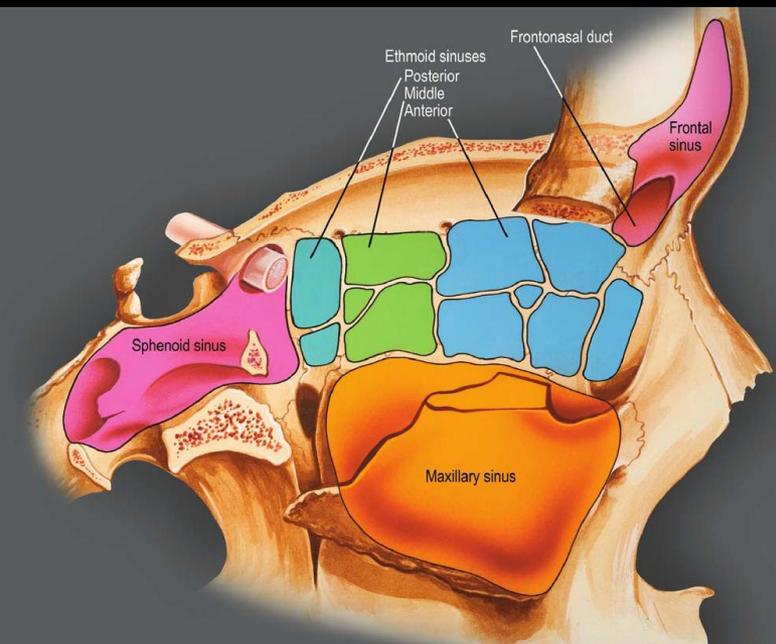


- На протяжении многих десятилетий внимание офтальмологов было сосредоточено на изучении гнойно-воспалительных заболеваний орбиты.
- Это объясняется высокой частотой встречаемости данной патологии среди различных воспалительных заболеваний орбиты — 20%, тяжестью течения заболеваний, высоким риском слепоты у 14 - 52% , летального исхода - 29% (Завгородний А.Э., 2000; Дерюгина О.В., Чумаков Ф.И., 2001)(Rahbar R., Robson C.D., Petersen R.A. et al., 2001; Rutar T., Zwick O.M., Cockerham K.P., Horton J.C., 2005).

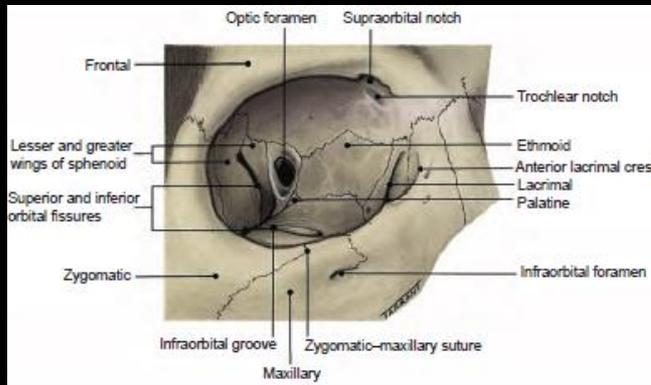


- Согласно последней классификации Mortimer S., Wormald P. (1997) выделяют

**пресептальные и постсептальные** гнойно—воспалительные заболевания орбиты по отношению к тарзо-орбитальной фасции — *septum orbitae*.



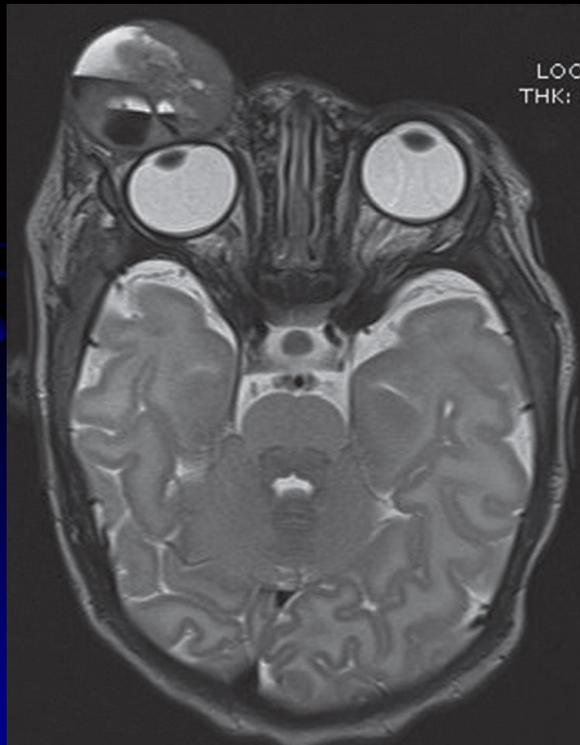
- *Пресептальные* заболевания представлены абсцессом век и гнойным дакриоциститом; *постсептальные* - субпериостальным абсцессом и флегмоной орбиты.



- Особое внимание офтальмологов было сосредоточено на изучении флегмоны орбиты (Головин С.С., Одинцов В.П., Орлов К.Х., 1933; Войно-Ясенецкий В.Ф., 1934; Золотарева М.М., 1969; Бровкина А.Ф., 1993; Reynolds D.J., Kodsi S.R., Rubin S.E., Rodgers I.R., 2003, Karkos P.D., Karagama Y., Karkanavatos A., Srinivasan V., 2004; Goodyear P.W., Firth A.L., Strachan D.R., 2004).



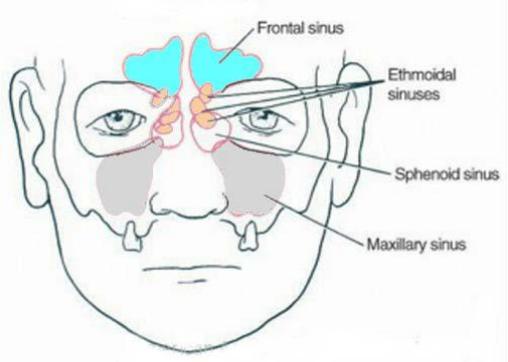
Флегмона орбиты у 10,4- 22,5% больных имеет тяжелое течение, характеризуется выраженным интоксикационным синдромом, воспалительными изменениями век и орбиты, значительным риском слепоты, развитием тромбоза кавернозного синуса, сепсиса, летального исхода (Casady D.R.etal, 2005; Yen M.T., Yen K.G., 2005,Caruso P.A.etal., 2006, Kessler A., etal., 2015).





- Флегмона орбиты встречается чаще у детей 7-9 лет и до 1 года жизни. Клиническая картина флегмоны орбиты имеет возрастные особенности.
- Возбудителями флегмоны орбиты чаще бывают золотистый и белый стафилококки, гемолитический и зеленящий стрептококки, реже пневмоцилла Фридлендера и диплококк Френкеля, кишечная палочка

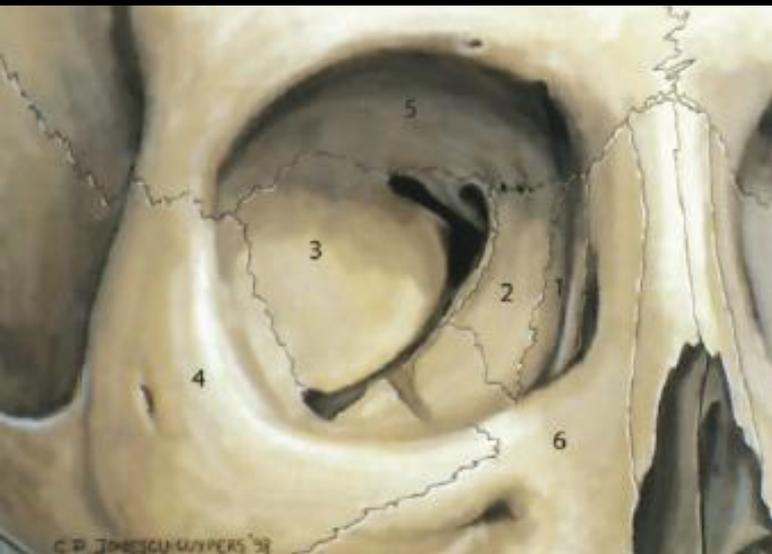




## Причинами возникновения флегмоны орбиты бывают:

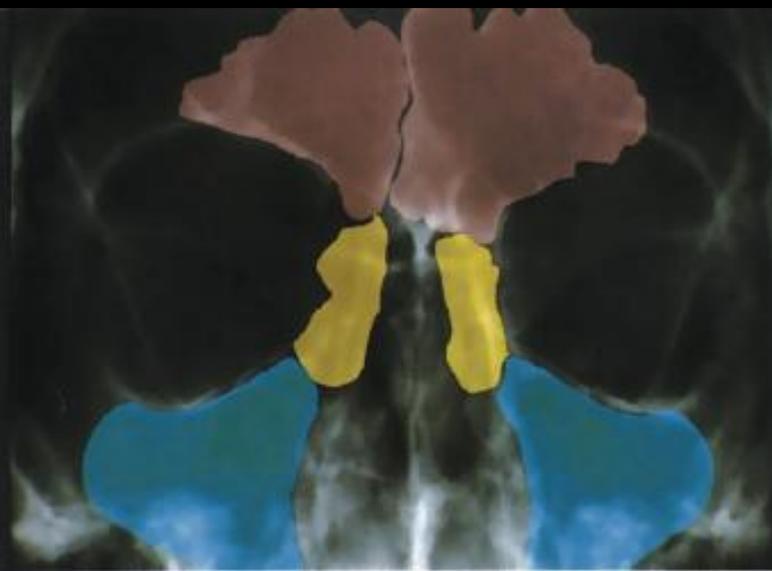
- ✓ воспалительные процессы придаточных пазух носа,
- ✓ рожистое воспаление лица,
- ✓ метастатические инфекционные и гнойные процессы в организме или в полости черепа,
- ✓ фурункул носа, тромбофлебит,
- ✓ ячмень, врожденный гнойный дакриоцистит,
- ✓ пупочный и кожный сепсис,
- ✓ грипп, корь и другие детские инфекции,
- ✓ заболевания зубов.

Флегмонозный процесс первично развивается чаще в пазухах носа, а затем уже в глазнице.

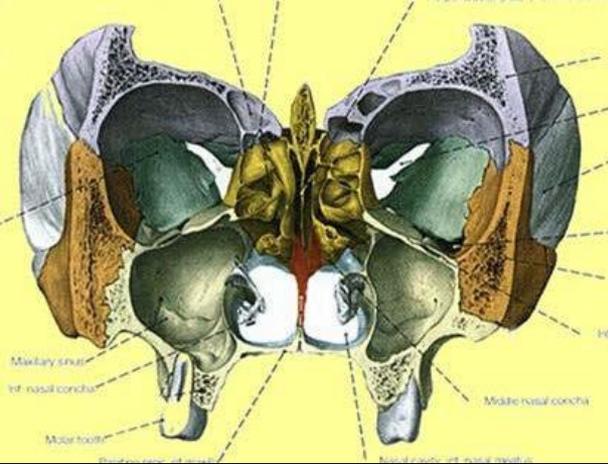


Поражение околоносовых пазух как главная причина воспалительных заболеваний орбиты сохраняет свое значение и в детском возрасте.

У ребенка до 2,5-3 лет поражаются обычно только передние этмоидальные клетки, а позже в процесс может быть вовлечена и лобная пазуха.



Заболевания задних пазух дают наиболее тяжелые осложнения с потерей зрения, главным образом, вследствие поражения зрительного нерва.



Различают следующие пути распространения инфекции из носа и околоносовых пазух в глазницу и полость черепа:

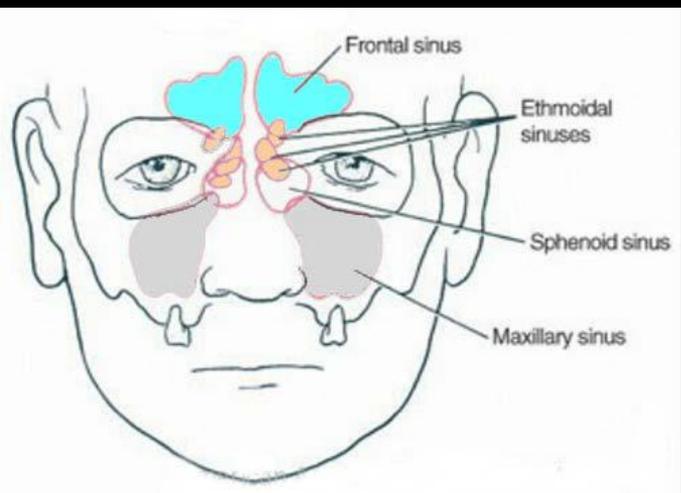
1) Глазница окружена с трёх сторон стенками околоносовых пазух (снизу – верхне-челюстной, изнутри – решетчатыми и клиновидной, сверху – лобной).

Передняя черепная ямка граничит с лобной и решетчатыми пазухами, средняя - с клиновидной. Таким образом, можно говорить о контактном пути распространения инфекции из околоносовых пазух.

- 2) Периневральные лимфатические пути обонятельного нерва отводят лимфу из полости носа в субарахноидальное пространство головного мозга (так называемый лимфогенный путь распространения инфекции).
- 3) Обильная васкуляризация лицевого скелета и основания черепа



- Распространение инфекции из околоносовых пазух в орбиту у взрослых происходит, как контактным так и гематогенным путем, у детей преобладает лимфогематогенное инфицирование.
- А.Р.Сыртланов(2001) при обследовании детей показал, что в 81,4% наблюдалось комбинированное поражение клеток решетчатого лабиринта и других околоносовых пазух, а 18.6%-изолированное. В 74,4% отмечен острый синусит, а в 25,6%- на фоне хронического процесса.



- Риносинусогенные орбитальные осложнения у детей раннего периода жизни, как правило, возникают при остром этмоидите, даже при катаральной форме, и клинически проявляются в виде реактивного отека клетчатки орбиты.
- Патология полости рта(одонтогенные флегмоны)-10-21%
- В раннем детском возрасте дно орбиты расположено над двумя рядами фолликулов молочных и постоянных зубов
- У взрослых на пути одонтогенной инфекции находится верхнечелюстная пазуха, то в детском возрасте указанная инфекция может непосредственно попасть в орбиту



Заболевание сопровождается тяжелым общим состоянием, ознобом, подъемом температуры до  $40^{\circ}\text{C}$  и выше. В 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.

Глазная щель сомкнута, экзофтальм, смещение глазного яблока и хемоз конъюнктивы.

- Подвижность глазного яблока ограничена, иногда имеет место полная офтальмоплегия. Больные жалуются на сильные тупые боли за глазом, усиливающиеся при попытке взгляда в сторону.



Отмечаются резкая боль при надавливании на глазное яблоко, интенсивный отек, гиперемия и плотность кожи век и конъюнктивы. Однако при этом определенных болезненных точек, какие бывают при периоститах и синуситах, не отмечается. Не возникают также боли при надавливании на костные края орбиты.



- У детей любого возраста, но чаще на первом году жизни и в школьном возрасте среди полного здоровья внезапно и быстро появляется отек век, иногда значительный, возможен хемоз.
- Быстро развивается экзофтальм, но может наблюдаться и смещение глазного яблока в сторону (при этмоидитах, периоститах).
- Подвижность глазного яблока, как правило, бывает ограничена вследствие механического препятствия, поражения мышц и двигательных нервов. Наблюдаются тяжелое общее состояние, высокая температура, головные боли и боль в области орбиты.



- У детей грудного возраста общие симптомы заболевания зачастую преобладают над местными.
- У детей первых месяцев жизни, кроме экзофтальма, не удастся выявить других признаков заболевания.
- У детей грудного возраста флегмона орбиты чаще связана с воспалительными процессами в области верхней челюсти, пупочным сепсисом и дакриоциститом
- Установлению его причины способствуют тщательно собранный анамнез, консультации отоларинголога, стоматолога, рентгенография придаточных пазух носа.



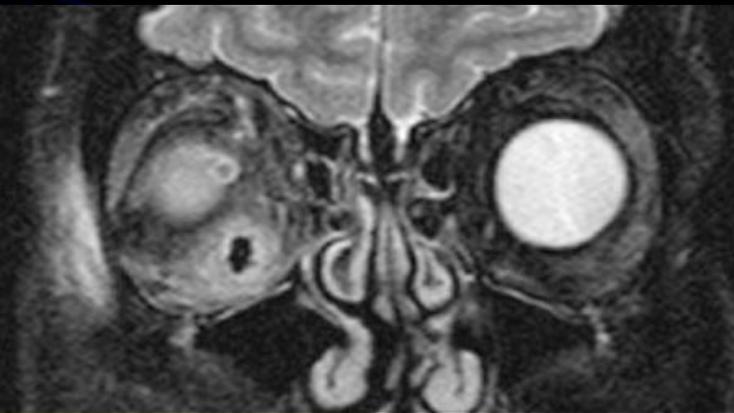
- У школьников флегмона орбиты чаще связана с повреждениями орбиты и синуситами.



- В клинике заболевания у детей в возрасте 12 -15 лет преобладают местные признаки повреждения

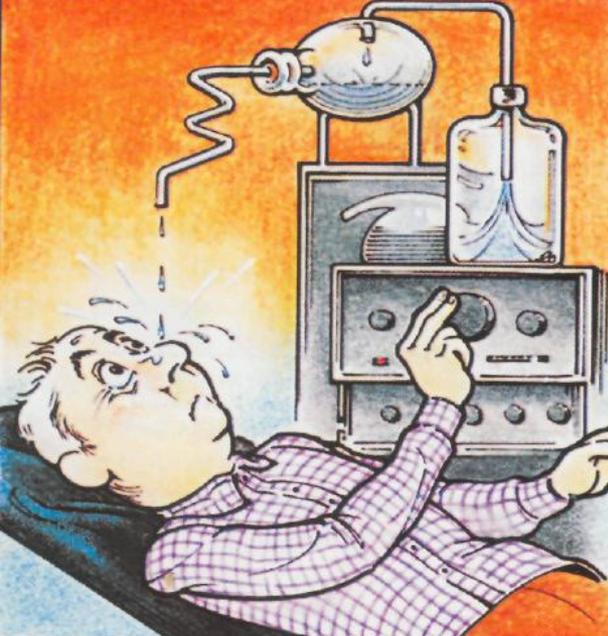


- На рентгенограмме орбиты выявляется понижение прозрачности орбиты и прилегающих придаточных пазух носа.



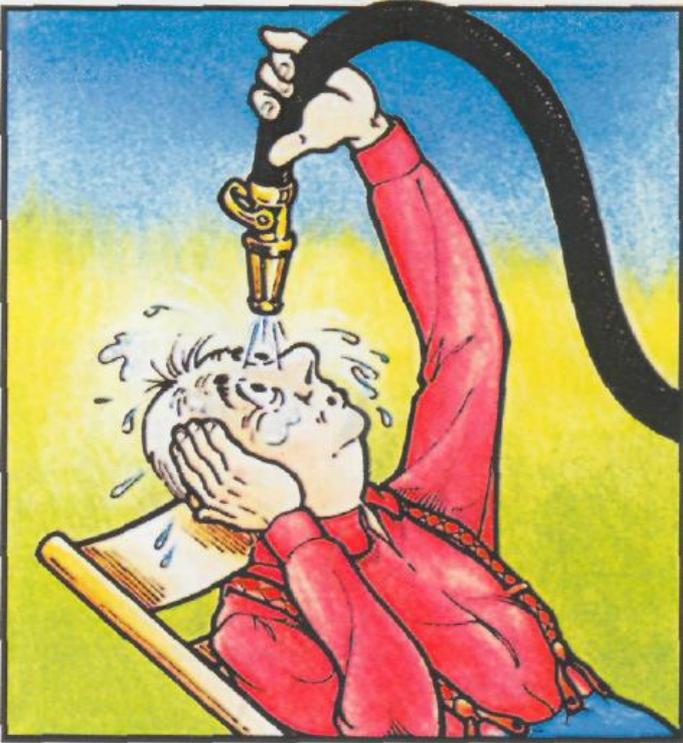
- Ранними достоверными признаками, выявляемыми лучевыми методами исследования являются множественные мелкие полости в ретробульбарной клетчатке.
- Для флегмоны орбиты определена чувствительность УЗИ - 86,8%, МРТ - 94,1%; специфичность УЗИ - 45,5%, МРТ - 75,4%,
- По данным КТ и МРТ преимущественно на стороне пораженной орбиты были выявляются характерные для риносинуситов изменения (понижение пневматизации, полипы и утолщение слизистой околоносовых пазух, наличие гнойного экссудата в пазухах)





Одним из основных аспектов комплексного лечения является интенсивная антибиотикотерапия с применением современных средств широкого спектра действия (комбинация цефалоспоринов 2-й (цефураксим, цефамандол, цефакситин) и 3-й (цефтазидим, цефтриаксон, цефотаксим, цефперазон) генераций в сочетании с аминогликозидами.

- При флегмонах орбиты и подозрении на анаэробную флору назначается метронидазол (метрогил).
- Антибиотики применяли на фоне дезинтоксикационной, десенсибилизирующей, противогрибковой, гормоно- и витаминотерапии с одновременной активной санацией первичного очага инфекции.
- Курс антибиотикотерапии продолжался в течение 10-14 суток и более до полного стихания острых явлений



- Комплекс лечения включает обязательное местное применение антибиотиков в виде инстилляций антибиотиков -фторхинолонов нового поколения: 0,5% раствора левофлоксацина (офтаквикс, сигницеф) и моксифлоксацина (вигамокс), 0,3% раствора офлоксацина (унифлокс), аминогликозидов (0,3% раствора гентамицина, тобрамицина).
- После ликвидации гнойного очага антибиотики применяют в сочетании с кортикостероидами (тобрадекс, гаразон, макситрол).

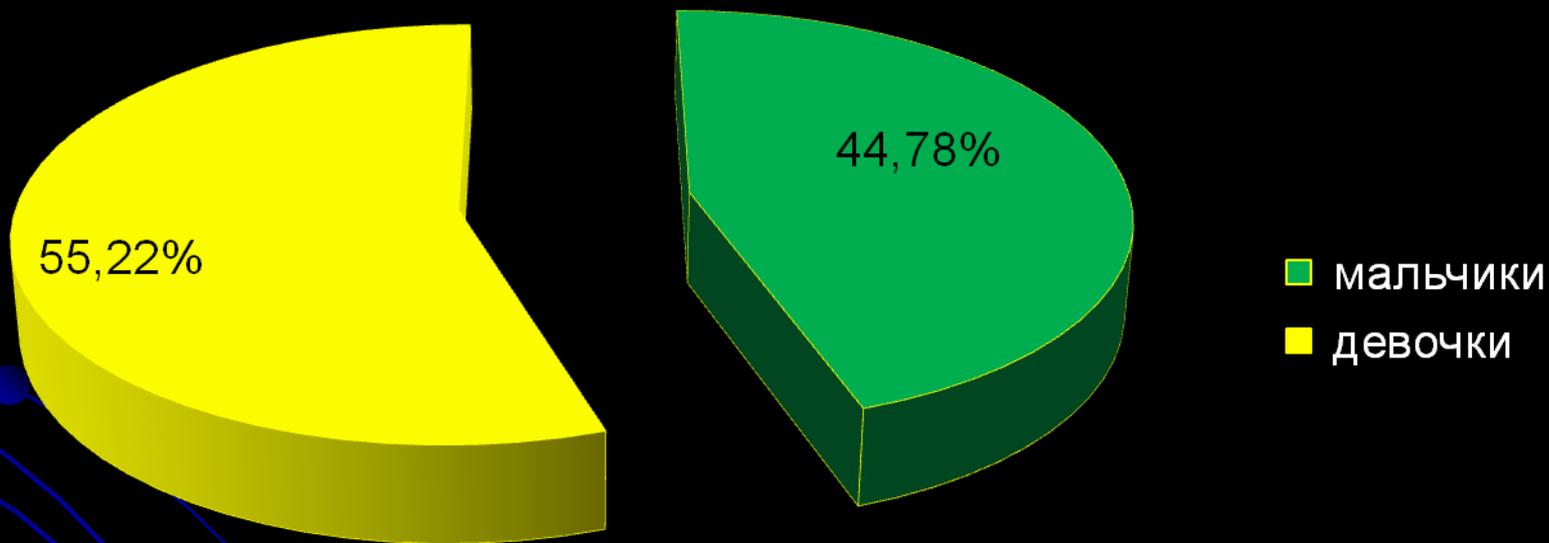


- Тактика хирургического лечения, его характер и объем зависят от особенностей патологического процесса в глазнице и смежных областях



- За период с 2010г по 2020год в глазном отделении РДКБ находились на лечении 9 детей с флегмоной орбиты
- Возраст:
  - до года – 2
  - 1-3 года- 3
  - 3-6 лет- 2
  - 6-15 лет- 2

# Распределение детей в зависимости от пола





- Причины развития флегмоны орбиты:
  - ✓ воспалительные процессы в придаточных пазухах носа -5
  - ✓ дакриоцистит- 1
  - ✓ фурункул в носогубной области 1
  - ✓ остеомиелит верхней челюсти-1
  - ✓ сепсис- 1



- У четырех пациентов с риногенными орбитальными осложнениями (реактивным отеком век и мягких тканей орбиты, флегмоной орбиты в начальной стадии) после санации пораженных ОНП орбитальные проявления быстро регрессировали без орбитотомии, сохранилось и исходное зрение
- На фоне массивной антибактериальной терапии у остальных детей возникла потребность в хирургическом лечении



*Благодарю за  
внимание*