

Абсцесс, флегмона области глазницы (regio orbitalis)

Подготовил:
Сызганов Даниил
Николаевич 388
группа

Топографическая анатомия

Границы

Область ограничена костными стенками, замыкающими полость глазницы с ее содержимым. Вход в полость глазницы закрыт плотной фасцией, так называемой глазничной перегородкой (*septum orbitale*). Эта фасциальная пластинка прикрепляется к надкостнице костей, ограничивающих вход в глазницу, и к хрящам век. Таким образом, глазничная перегородка разделяет область глазницы на два отдела — поверхностный или область век (*regio palpebralis*) и глубокий или собственно область глазницы (*regio orbitalis*), в котором расположены глазное яблоко, мышцы, сосуды, нервы и жировая клетчатка

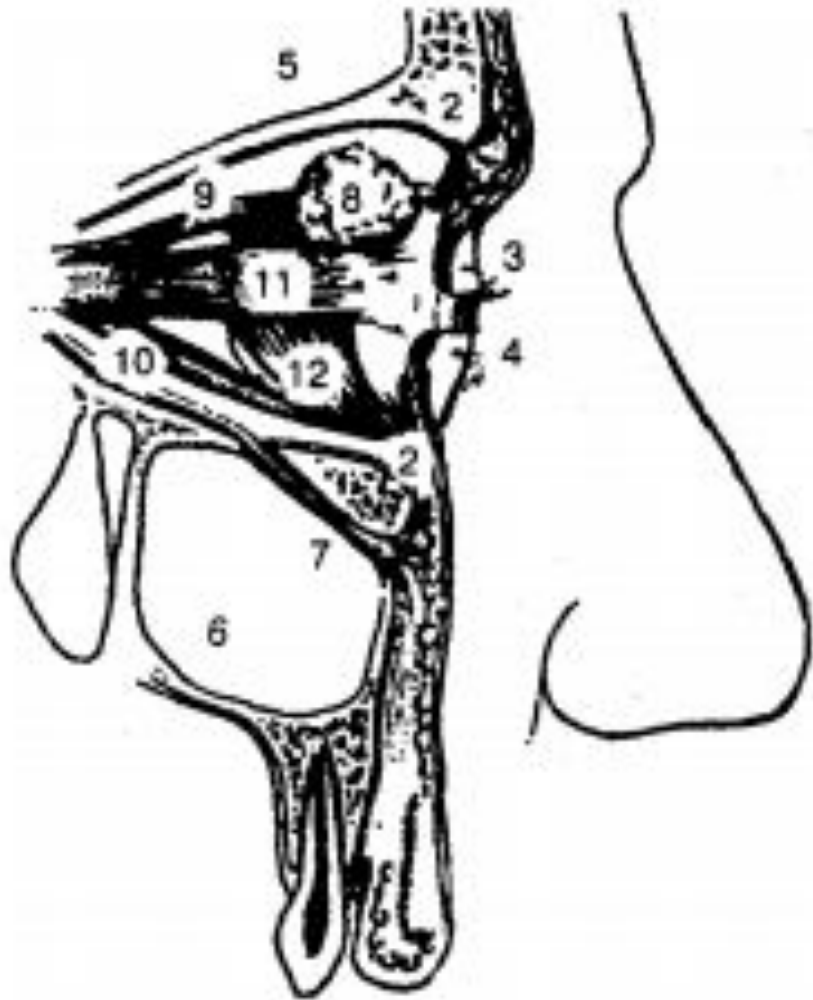
Верхняя стенка глазницы (paries superior) граничит с передней черепной ямкой (fossa cranii anterior) и лобной воздухоносной пазухой (sinus frontalis), нижняя (paries inferior) — с верхнечелюстной (Гайморовой) пазухой (sinus maxillaris). На нижней стенке имеется отверстие подглазничного канала (canalis infraorbitalis), а на наружной стенке — отверстие скуловисочного канала.

Внутренняя стенка (paries medialis) граничит с клиновидной пазухой (sinus sphenoidalis) и клетками решетчатого лабиринта (cellulae ethmoidales). Она очень тонкая, нередко имеет дефекты и отверстия для прохождения сосудов и нервов, что обуславливает возможность распространения гнойно-воспалительного процесса с придаточных пазух носа на клетчатку глазницы.

В заднем отделе глазницы между костями имеются верхне- и нижнеглазничные щели (fissura orbitalis superior et inferior). Первая из них сообщает полость глазницы со средней черепной ямкой (fossa cranii media) и содержит ряд сосудов и нервов: vv. ophthalmicae, n. oculomotorius, n. ophthalmicus, n. trochlearis, n. abducens. Зрительный нерв проникает в глазницу через зрительный канал (canalis opticus) вместе с глазной артерией (a. ophthalmica) — ветвью внутренней сонной артерии (a. carotis interna).

Нижнеглазничная щель соединяет глазницу с крылонебной (*fossa pterygopalatina*) и подвисочной (*fossa infratemporalis*) ямками. Через эту щель в глазницу проникает конечная ветвь *r. maxillaris n. trigemini (n. infraorbitalis)*. Здесь же располагаются анастомозы между крыловидным венозным сплетением (*plexus pterygoideus*) и нижней глазничной веной.

Передний отдел полости глазницы занимает глазное яблоко. Позади него имеется обильное скопление жировой клетчатки, окутывающей проходящие здесь сосуды и нервы. Глазное яблоко отделено от клетчатки плотной соединительнотканной капсулой (*capsula bulbi*). В полости глазницы расположены 7 мышц, одна из которых (*m. levator palpebrae sup.*) прикрепляется к верхнему веку. Остальные (4 прямых и 2 косых) прикрепляются к белочной оболочке глаза и обеспечивают его движения



Глазница — regio orbitalis (схема сагиттального сечения): 1 — bulbus oculi, 2 — septum orbitale, 3 — palpebra superior, 4 — palpebra inferior, 5 — fossa crania anterior, 6 — sinus maxillaris, 7 — canalis infraorbitalis, 8 — glandula lacrimalis, 9 — m. rectus superior, 10 — m. rectus inferior, 11 — m. rectus lateralis, 12 — m. obliquus inferior

Основные источники и пути проникновения инфекции

Очаги одонтогенной инфекции в области 15 14 13 23 24 25
зубов, при тромбозе угловой вены (*v. angularis*).

Вторичное поражение в результате распространения
инфекционно-воспалительного процесса из верхнечелюстной
пазухи, решетчатой кости, подвисочной, крылонебной ямок,
подглазничной области, век.

Характерные местные признаки абсцесса, флегмоны глазницы

Жалобы на сильную боль в области глаза, головную боль, нарушение зрения.

Объективно. Отек век и конъюнктивы глазного яблока (хемоз), экзофтальм. Глазная щель сужена, движения глазного яблока ограничены. Давление на глазное яблоко (через веки) вызывает боль. Зрение снижено вплоть до полной потери.

Пути дальнейшего распространения инфекции

Венозные синусы твердой мозговой оболочки, оболочки
головного мозга, головной мозг, подвисочная, крылонебная
ямки, кости основания черепа.

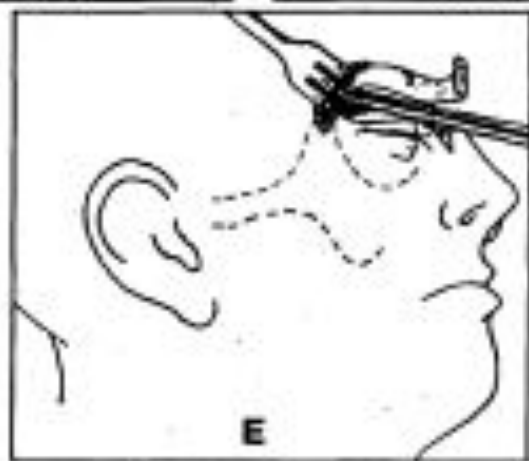
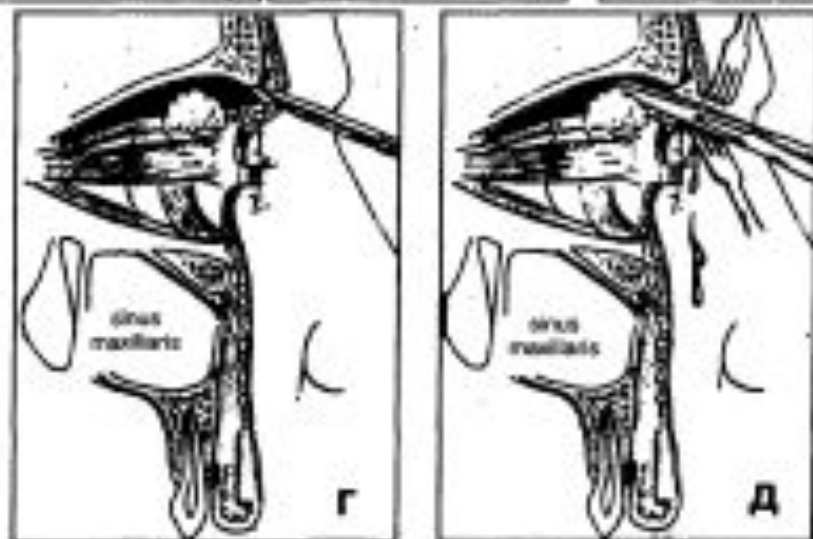
Диагностика

Пациент с флегмоной глазницы должен быть безотлагательно проконсультирован офтальмологом, отоларингологом и стоматологом. Постановке диагноза флегмоны глазницы способствует анализ анамнестических данных: наличие предшествующих гнойных процессов челюстно-лицевой области, характерная клиническая картина, наружный осмотр глаза с помощью векоподъемника, пальпация.

Необходимая инструментальная диагностика включает УЗИ и рентгенографию орбиты, ультразвуковое и рентгеновское исследование придаточных пазух, ортопантограмму. С уточняющей целью может применяться диафаноскопия, офтальмоскопия для оценки состояния зрительного нерва, экзофтальмометрия, биомикроскопия, КТ орбит и тд. Из лабораторных анализов при флегмоне глазницы первоочередное диагностическое значение имеют общеклинический анализ крови и посев крови на стерильность.

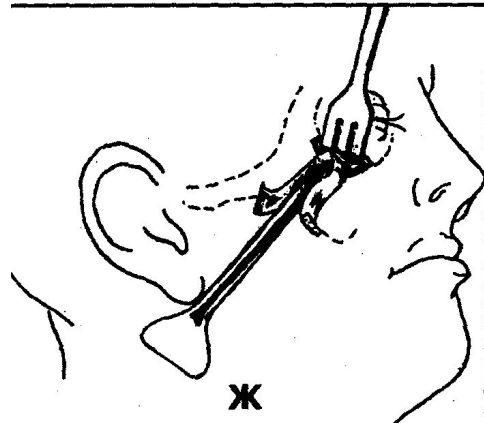
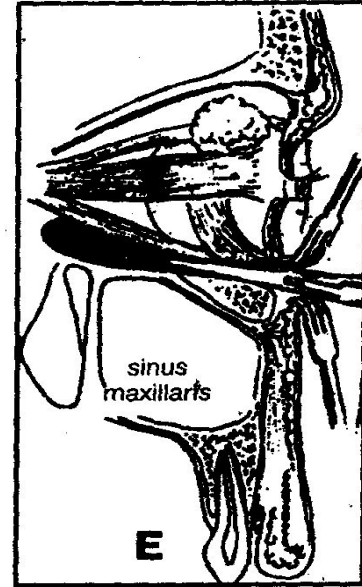
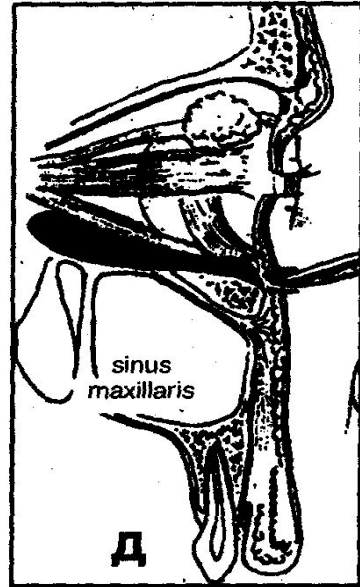
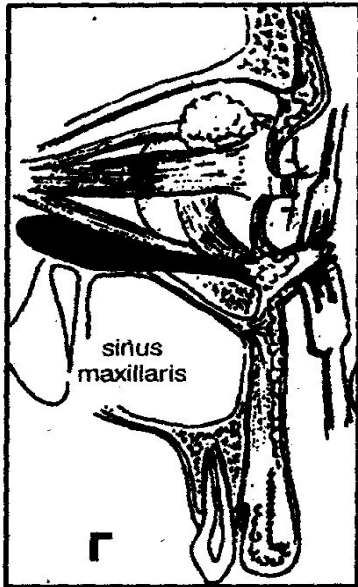
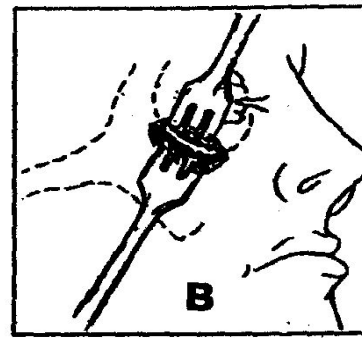
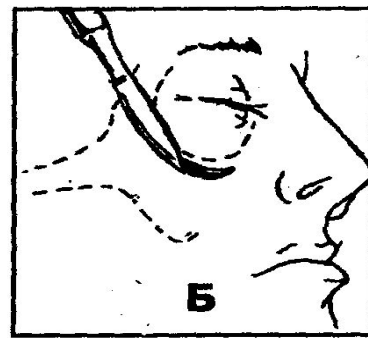
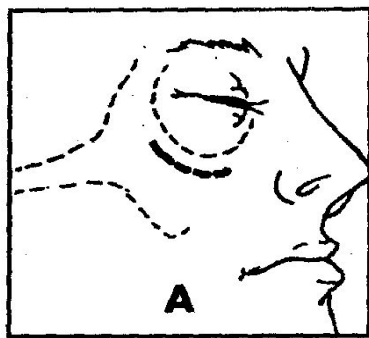
Методика операции вскрытия абсцесса, флегмоны глазницы. При локализации гнойно-воспалительного процесса в верхнем отделе глазницы.

1. Обезболивание — наркоз (внутривенный или ингаляционный), местная инфильтрационная анестезия в сочетании с проводниковой у круглого отверстия (foramen rotundum) по М.М.Вайсблату.
2. Разрез кожи и подкожной клетчатки в области верхненааружного или верхневнутреннего края орбиты (в зависимости от локализации воспалительного инфильтрата) проводят вдоль нижнего края брови длиной около 2 см. Гемостаз.
3. Отслойка нижнего края раны от надкостницы с обнажением верхненааружного или верхневнутреннего края орбиты.
4. Рассечение скальпелем глазничной перегородки (septum orbitale) в месте прикрепления ее к верхнему краю орбиты на протяжении 0,7-1,0 см.
5. Вскрытие абсцесса (флегмоны) путем расслоения клетчатки верхнего отдела глазницы с помощью кровоостанавливающего зажима, который вводят через разрез в глазничной перегородке и продвигают между глазным яблоком верхней и стенкой глазницы к центру гнойно-воспалительного очага.
6. Взятие гнойного отделяемого из раны на микробиологический посев для дальнейшей АБ терапии.
7. Введение через операционную рану ленточного резинового или полиэтиленового дренажа в клетчаточное пространство .верхнего отдела глазницы к центру гнойно-воспалительного очага.
8. Наложение асептической повязки с гипертоническим раствором, антисептиками.



При локализации гнойно-воспалительного процесса в нижнем отделе глазницы:

- разрез кожи и подкожной клетчатки вдоль нижненааружного или нижневнутреннего края орбиты (в зависимости от локализации воспалительного инфильтрата), отступя от него ка 0,5-0,7 см книзу, длиной около 2 см. Гемостаз;
- отслойка верхнего края раны от надкостницы с обнажением нижненааружного или нижневнутреннего края орбиты;
- рассечение скальпелем глазничной перегородки (septum orbitale) в месте прикрепления ее к краю орбиты на протяжении 0,7-1,0 см;
- вскрытие абсцесса (флегмоны) путем расслоения клетчатки нижнего отдела глазницы с помощью кровоостанавливающего зажима, который вводят через разрез в глазничной перегородке и продвигают между глазным яблоком и дном глазницы к центру гнойно-воспалительного очага;
- введение через операционную рану ленточного резинового или полиэтиленового дренажа в клетчаточное пространство нижнего отдела глазницы к центру гнойно-воспалительного очага;
- наложение асептической ватно-марлевой повязки с гипертоническим раствором, антисептиками.



При распространении инфекционно-воспалительного процесса на клетчатку верхнего и нижнего отделов глазницы вскрытие флегмоны осуществляют из двух оперативных доступов

- Обезболивание — наркоз (внутривенный или ингаляционный), местная инфильтрационная анестезия в сочетании с проводниковой у круглого отверстия (foramen rotundum) по М.М.Вайсблату.

Первым этапом производят вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага в клетчатке верхнего отдела глазницы:

- разрез кожи и подкожной клетчатки в области верхненаружного или верхневнутреннего края орбиты (в зависимости от локализации воспалительного инфильтрата) вдоль нижнего края брови длиной около 2 см. Гемостаз;
- отслойка нижнего края раны от надкостницы с обнажением верхненаружного или верхневнутреннего края орбиты;
- рассечение скальпелем глазничной перегородки (septum orbitale) в месте прикрепления ее к верхнему краю орбиты на протяжении 0,7-1,0 см;
- вскрытие абсцесса (флегмоны) путем расслоения клетчатки верхнего отдела глазницы с помощью кровоостанавливающего зажима, который вводят через разрез в глазничной перегородке и продвигают между глазным яблоком и верхней стенкой глазницы к центру гнойно-воспалительного очага;
- введение через операционную рану ленточного резинового или полиэтиленового дренажа в клетчаточное пространство верхнего отдела глазницы к центру гнойно-воспалительного очага;
- наложение асептической повязки с гипертоническим раствором, антисептиками.

Вторым этапом производят вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага в клетчатке нижнего отдела глазницы наружным подглазничным доступом или доступом через верхнечелюстную пазуху. Показанием для использования второго доступа является наличие у больного с флегмоной глазницы клинико-рентгенологических признаков острого гнойного или обострившегося хронического гайморита.

Методика операции вскрытия флегмоны глазницы доступом через верхнечелюстную пазуху

- обезболивание — наркоз (внутривенный или ингаляционный), местная инфильтрационная анестезия в сочетании с проводниковой анестезией у круглого отверстия (foramen rotundum) по Вайсблату;
- разрез слизистой оболочки и надкостницы альвеолярного отростка верхней челюсти проводят от клыка до второго моляра на 3-4 мм ниже переходной складки;
- отслойка распатором верхнего края раны вместе с надкостницей от передней поверхности верхней челюсти до подглазничного отверстия (foramen infraorbitale);
- вскрытие верхнечелюстной пазухи путем удаления части ее передней стенки с помощью бормашины или долота и костных кусачек;
- эвакуация гноя и удаление полипозно измененной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи юретажной ложкой;
- удаление острой юретажной ложкой заднего отдела верхней стенки верхнечелюстной пазухи (дна глазницы) с целью вскрытия и дренирования гнойно-воспалительного очага в клетчатке нижнего отдела глазницы. Эвакуация гноя;
- создание соустья между нижним носовым ходом и верхнечелюстной пазухой путем резекции участка стенки носовой полости с помощью долота и юретажной ложки для лучшего дренирования гнойновоспалительного очага в глазнице и пазухе;
- сближение краев операционной раны слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней

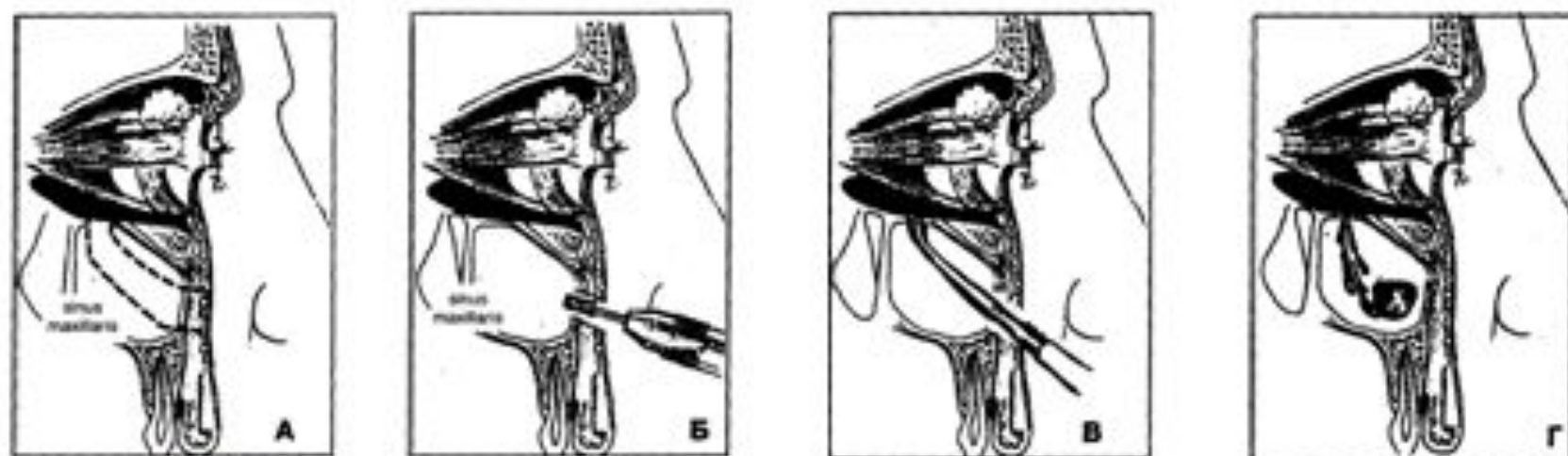


Рис. 32. Основные схемы операции вскрытия флегмоны глазницы доступом через верхнечелюстную пазуху (схема сагиттального сечения через глазницу и верхнечелюстную пазуху)

Конец!

Finita la Commedia