

Государственный медицинский университет г.Семей

**Синдром изменения органа зрения при
различных заболеваниях зубо-челюстной
системы**



**Составитель: доцент дисциплины офтальмологии,
к.м.н., доцент Гиря Л.Г.**

Сложные и многочисленные связи органа зрения обуславливают значительное разнообразие и частоту проявлений в нём осложнений зубо-челюстной патологии. Нередко первый контакт больных с теми или иными заболеваниями глаз происходит со стоматологом, поэтому знания и умение в необходимых случаях свое – временно поставить правильный диагноз и оказать в полном объёме 1-ую помощь имеет для больного жизненно важное значение, предупреждает потерю им трудоспособности по зрению и возможную инвалидизацию.

Наиболее частой стоматологической патологией являются кариес, парадонтоз, периодонтит, остеомиелит челюсти.

Нередкими осложнениями зубо-челюстной патологии являются глазные невралгии, возникающие на фоне зубной боли, обусловленной воспалительными заболеваниями зубов кариесом, периодонтитом), зубными гранулёмами.

Кроме того, при кариесе и парадонтозе на фоне недостаточности вит. С кровоточивости дёсен сопутствуют и кровоизлияния в различные отделы глаза, застойный диск зрительного нерва с

переходом в его атрофию;

на фоне недостаточности витамина Д – остеомаляция, деформация и искривление костей черепа и орбиты, её уменьшение с появлением экзофтальма;

на фоне недостаточности витамина В1 (тиамина) – развиваются парезы, параличи глазодвигательных мышц, ведущих к косоглазию, кератиты, невриты, причём, ретробульбарный неврит может быть единственным и основным симптомом указанной патологии;

кариес на фоне инфекционных заболеваний (в т.ч. и туберкулеза, сифилиса) вызывает поражение глаза как контактным путём, так и гемостатическим - в виде блефаритов, конъюнктивитов, дакриoadенитов, дакриоциститов, кератитов, склеритов, иридоциклитов, ретинитов, невритов, периартериитов, перифлебитов сетчатки.

Прорезывание зубов может явиться причиной блефароспазма (роговичного синдрома) и гиперемии конъюнктивы (явлений конъюнктивита).

При парадонтозе в 3-ей стадии наличие десневых и костных карманов, воспалительных

очагов в виде ограниченных абсцессов, периодонтита и пиореи, а также абсцессов и флегмон близлежащих полостей, в т.ч. и орбиты, могут быть причиной развития хронической интоксикации, стоматогенного сепсиса с поражением различных органов и систем (почек, сердца, мозга, глаз, суставов).

Со стороны глаз осложнения этой стоматологической патологии проявляется в виде т.н. «фокальных» одонтогенных uveитов, метастатической офтальмии, эндофтальмита (гнойного воспа-

ления стекловидного тела) или панофтальмита (воспаления всех оболочек глаза), расплавления склеры с последующим сморщиванием глазного яблока (его субатрофией и атрофией).

К тяжелым последствиям одонтогенной патологии, относятся и изменения в органе зрения, не дающие внешних объективных симптомов поражения глаза, но опасных не только слепотой и слабовидением пациентов, но и поражением самых различных органов и систем организма. Это те патологические процессы, которые локализуют-

ся в глубине, на заднем полюсе глаза - в сетчатке и зрительном нерве. Эти отделы глаза, не имея чувствительной иннервации, не дают болевых симптомов. В таких ситуациях основной задачей стоматолога является своевременное распознавание поражения этих отделов органа зрения у стоматологических больных, как по субъективным признакам, характерным для данного отдела глаза, так и зная его объективные симптомы, возможные осложнения и последствия в целях высокой эффективности лечения больных, улучшения прогноза их заболеваний и для скорейшего направления больных к необходимым смежным

специалистам.

Наиболее типичными симптомами поражения сетчатки и зрительного нерва являются: **жалобы** больных на острое снижение зрения, наличие постоянного пятна перед глазом или сужение зрения с различных сторон, нарушение цвето — ощущения. При локализации патологических изменений в центральной зоне сетчатки характерны жалобы на вспышки света (фотопсии), искажение рассматриваемых объектов (метаморфопсии). При локализации патологических очагов на периферии сетчатки - жалобы на ухудшение зрения в темноте.

Пятно перед глазом



Метаморфопсия



Для диагностики заболеваний сетчатки и зрительного нерва решающее значение имеют: визометрия, офтальмоскопия, периметрия, кампиметрия, адаптометрия, исследование цветоощущения, ЭРГ, ЗВП, ОСТ, флюоресцентная ангиография, доплерография, дуплексное сканирование внутренней сонной и позвоночных артерий и РЭГ).

Помимо воспалительных заболеваний зубо-челюстной области глазные осложнения могут возникать и вследствие острых расстройства кровообращения в сетчатке и зрительном нерве в виде

спазма и септической эмболии центральной артерии сетчатки (ЦАС) и её веточек, тромбоза центральной вены (ЦВС) и её веточек, ретинитов, периартериитов, перифлебитов; оптического и ретро – бульбарного невритов.

Острые нарушения сосудистой проходимости сетчатки и зрительного нерва могут возникнуть и при удалении зубов (часто верхнего маляра и премоляра), при заполнении полости кариозного зуба остатками пищи и при удалении пульпы зуба.

Эмболия ЦАС клинически характеризуется внезапной, в течение нескольких секунд (чаще в утренние часы) полной потерей зрения или до светоощущения. На глазном дне – симптом «вишнёвой

косточки», артерии резко сужены, вены мало изменены. Предвестниками данного состояния служат жалобы на кратковременные внезапные потери зрения с самопроизвольным его восстановлением. Обратный процесс длится до трех месяцев с исходом в атрофию зрительного нерва.

Тромбоз ЦВС отличается не внезапным, а более медленным в течении нескольких дней снижением зрения и не до полной слепоты - от 0,02 до 0,1. В поле зрения - секторальные и центральные абсолютные скотомы. В качестве предвестников больными отмечается кратковременный самопроходя-

ший туман в утренние часы, чувство дискомфорта зрения. На глазном дне – симптом «раздавленного помидора». Период обратного развития медленный, может длиться до года; возможен ретробоз, поэтому больные нуждаются в постоянном лечении. В исходе возможно или полное восстановление кровообращения, или неполное (с развитием дистрофии сетчатки в месте кровоизлияний и атрофии зрительного нерва).

Неотложная помощь должна быть оказана любым специалистом, причем, в самые ранние часы проявления патологии (40 мин.), иначе на-

ступают необратимые изменения в сетчатке и зрительном нерве и стойкая слепота. Надо быстро и максимально расширить сосуды для восстановления их проходимости и питания сетчатки:

в\в эуфиллин 2,4% р-р 5 мл на изотоническом растворе 15 мл, медленно;

фибринолизин 20-40 тыс.ЕД в 300 мл физ. раствора с 10-20 тыс. гепарина - в течение 3-6 ч.;

внутри- антикоагулянты непрямого действия; ношпа; диакарб 0,25 x 2 раза в день или другие мочегонные; ангиопротекторы – дицинон, этамзилат натрия (лучше в/м); аскорутин; осмотера -

пия (по показаниям).

Оптический неврит (папиллит) – воспаление диска зрительного нерва (ДЗН). Характеризуется появлением «пятна» перед глазом, быстрым снижением зрения до слепоты. При периметрии – центральная скотома или сужение границ поля зрения. На глазном дне – ДЗН гиперемирован, отёчен, границы ступеваны, сосуды расширены, могут быть геморрагии в ткань диска и сетчатку.

Жалобы при ретробульбарном неврите (воспалении части нерва вне полости глазного яблока) – те же, что при папиллите. Но характерно появление болей при движениях глаз. Глазное

дно может быть в норме. Но при периметрии обнаруживается центральная скотома.

Неотложная терапия включает антибиотики в/в или в/м, сульфаниламиды; в/в осмопрепараты; для снятия отека – диакарб, глицерин внутрь, мочегонные; адреналин-кокаиновая блокада среднего носового хода; витамины группы В.

Застойный ДЗН имеет схожую с невритом офтальмоскопическую картину (в частности, при длительном лечении одонтогенной флегмоны орбиты), но зрительные функции долго не страдают – ют. Однако, длительное существование застойного

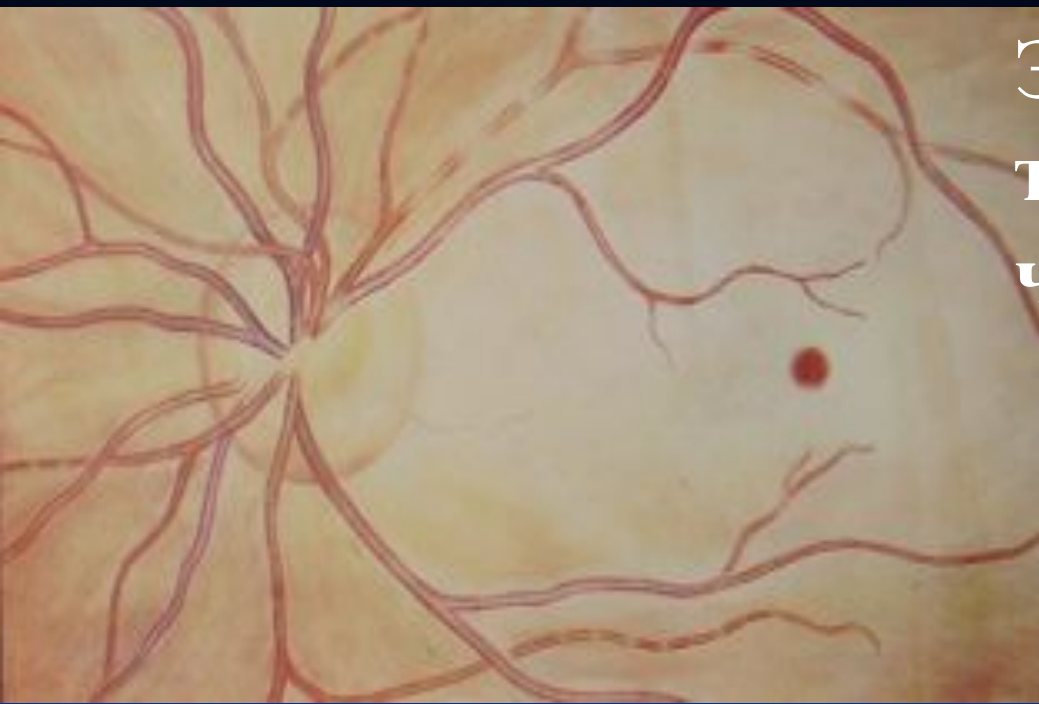
диска (чаще, при повышенном ВЧД) ведёт к атрофии зрительного нерва и полной слепоте.

Массу осложнений со стороны глаз даёт **остеомиелит челюстей** при периоститах различной этиологии, возникающих гематогенным, лимфогенным путем (туберкулезной, сифилитической, тифозной, актиномикозной, травматической). Но наиболее часто он развивается, как осложнение кариозного процесса, периодонтита. При этом гнойный процесс распространяется в кости и под надкостницу с развитием периостита и субпериостального абсцесса, осложняющегося абсцессами и флегмонами лица, головы, шеи. Наиболее тяжело протекает остеомиелит верхней челюсти,

особенно в области челюстного бугра. В этом случае возникают осложнения в виде гайморита, тромбофлебита лицевых вен, вен орбиты, ретробульбарной флегмоны, периоститов стенок орбиты, остеомиелита нижнего орбитального края, а также скуловой кости (чаще, у детей).

Одонтогенными источниками глазных осложнений могут быть также инородные тела, слюнные камни, костные секвестры, длительные незаживающие раны, язвенные процессы зубо-челюстной области. Следовательно, сохранность зрения пациентов – в руках и стоматологов!!!

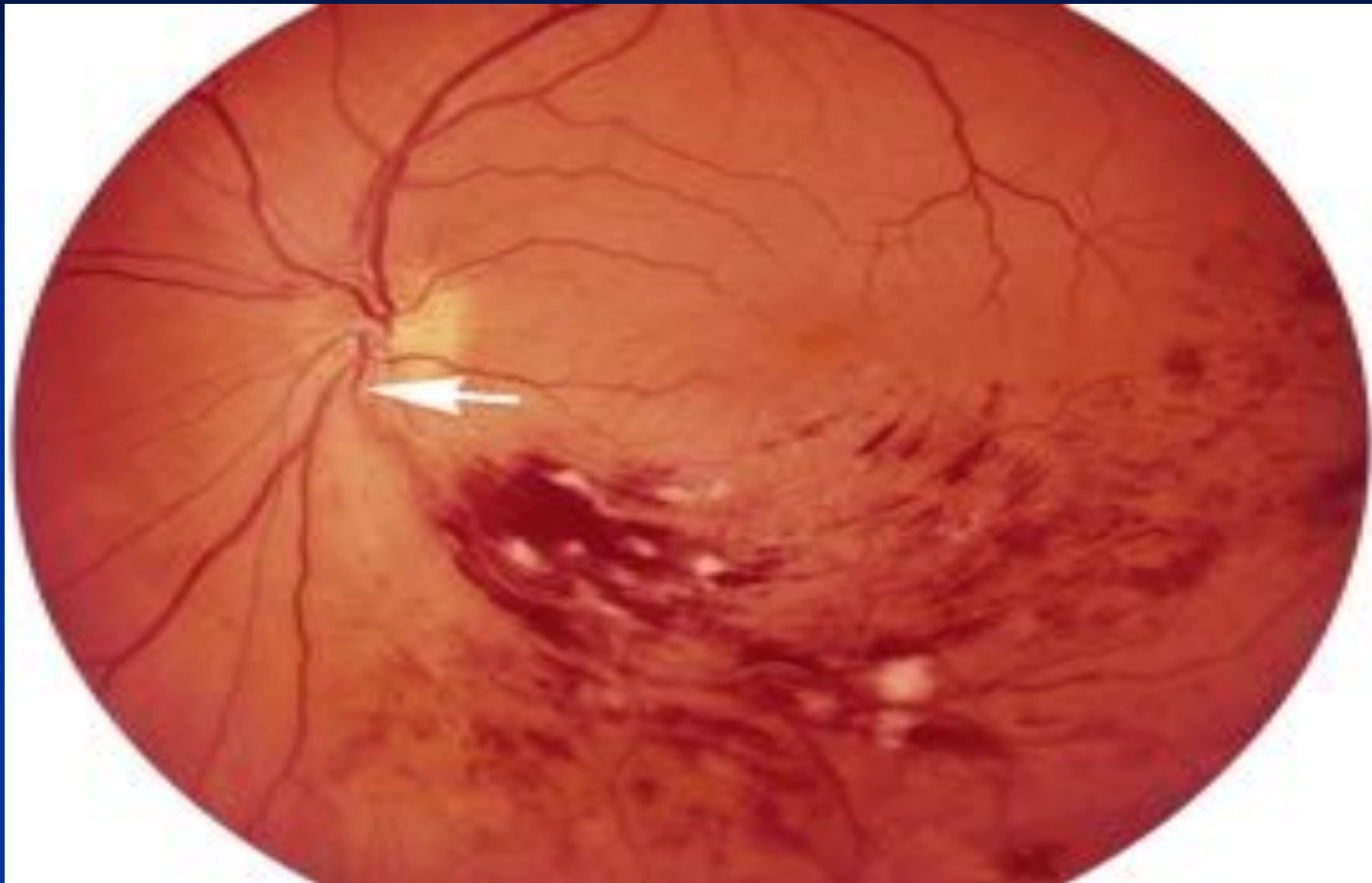
**Эмболия ЦАС – сим-
том «вишнёвой косто-
чки»**



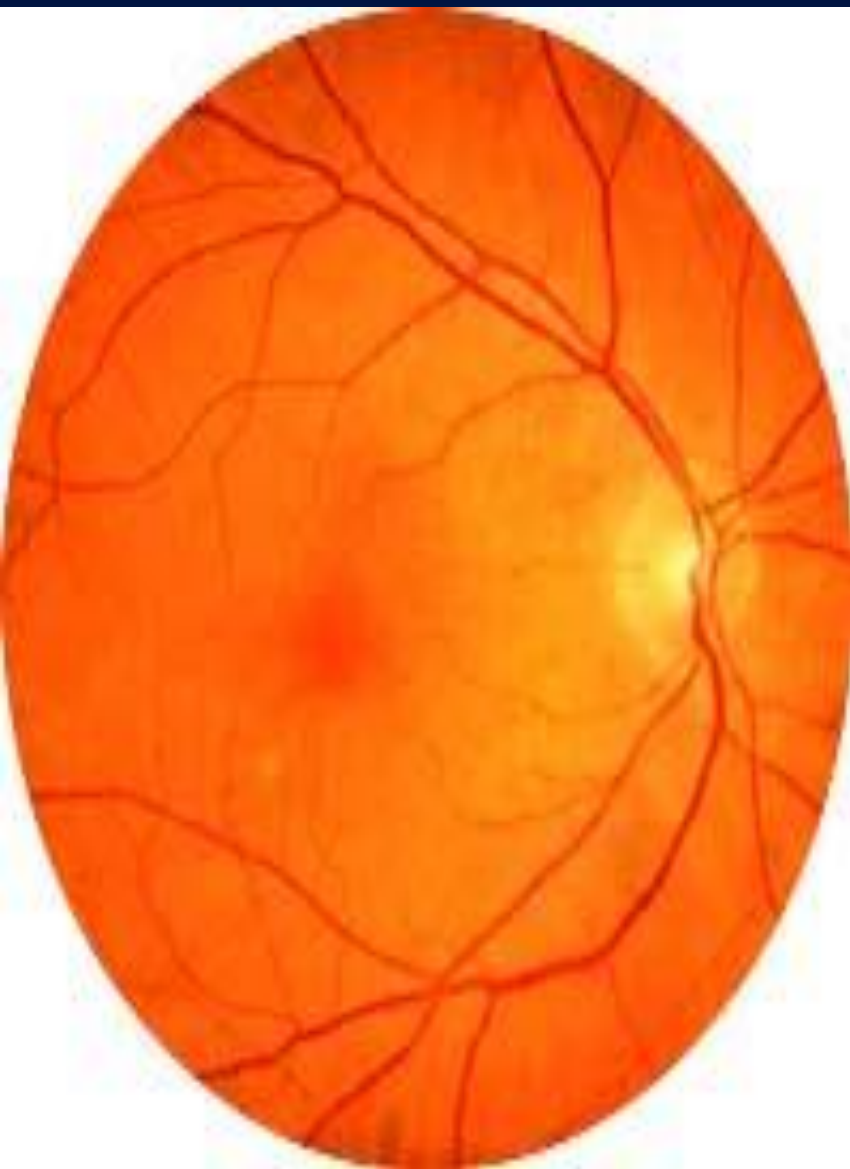
**Тромбоз ЦВС – сим-
том «раздавленного
помидора»**



Тромбоз нижневисочной ветви ЦВС OS



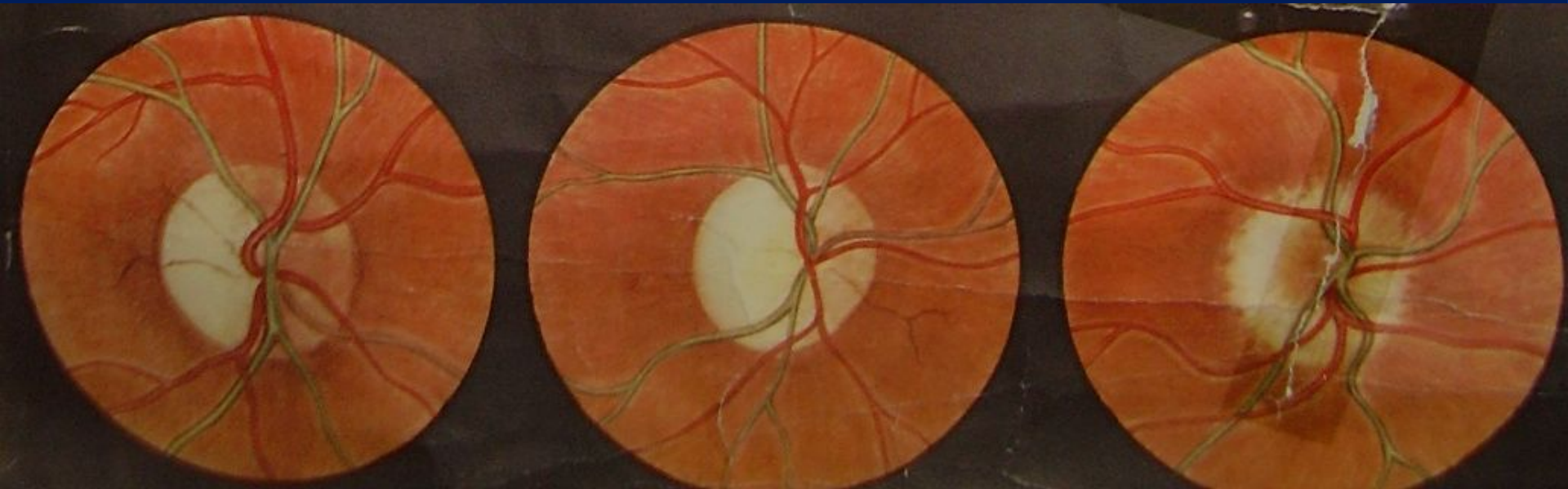
Нормальное глазное дно



Оптический неврит (папиллит)



Атрофии зрительного нерва

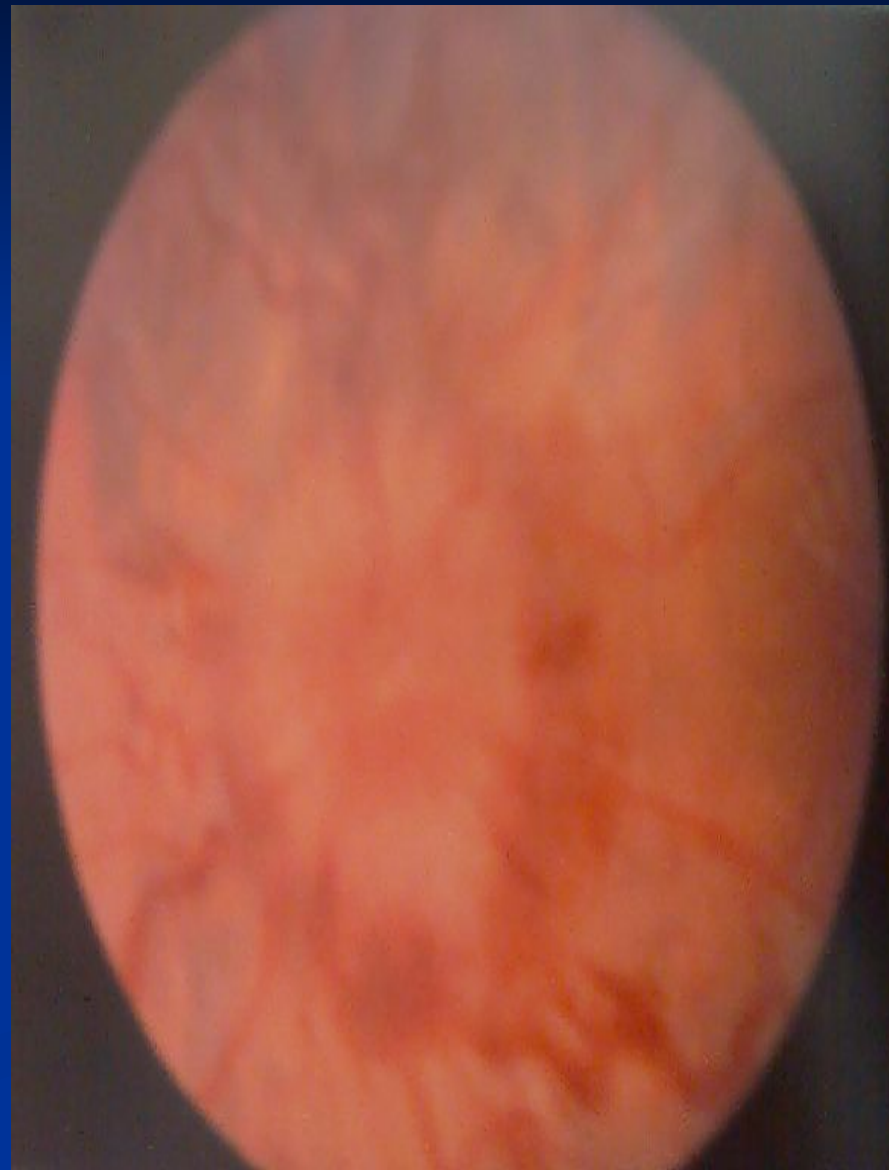


Первичная
частичная

Первичная
полная

Вторичная
неполная

Застойный ДЗН



БЛАГОДАРЮ

ЗА

ВНИМАНИЕ !

Контрольные вопросы :

1. Назовите характерные жалобы при острой непроходимости ЦАС.
2. Назовите характерные жалобы при острых оптических невритах.
3. Назовите предвестники эмболии и тромбоза сосудов сетчатки