

Дрогомирецька М.С., Поляник Н.Я.

ВЗАЄМОЗУМОВЛЕНІСТЬ АНОМАЛІЙ І ДЕФОРМАЦІЙ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ, ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ І СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ ПІД ЧАС СНУ В ДІТЕЙ

Інститут стоматології НМАПО імені П.Л. Шуплика

Поширеність зубощелепних аномалій та деформацій серед дитячого населення з кожним роком збільшується та зростає потреба в їх лікуванні. Загальновідомим фактом є те, що патологія верхніх дихальних шляхів у дітей викликає деформацію зубощелепного апарату (ЗЩА), але й аномалії зубощелепного комплексу є причиною проблем із функціями верхніх дихальних шляхів. Нині все частіше в дітей діагностується інша медична проблема - синдром обструктивного апное під час сну (СОАС), при якому одночасно виявляються аномалії та деформації ЗЩА, патологія верхніх дихальних шляхів і простежується їх взаємовплив. В Україні СОАС у дорослих привертає більше уваги та детальніше вивчається в лабораторіях сну. Вчасні обстеження, діагностика і лікування дуже необхідні в дітей і здійснюються міждисциплінарно.

Зупинимося детальніше на СОАС. Синдром обструктивного апное під час сну (СОАС) – це потенційно загрозливий для життя стан, який характеризується розвитком зупинок дихання під час сну, тривалістю більше 10 секунд із частотою розвитку понад 15 за годину, незважаючи на дихальне зусилля.

Причини синдрому обструктивного апное під час сну такі: макроголсія (при синдромах Дауна, П'єра-Робена, при гіпотиреодизмі, акромегалії); збільшення мигдаликів, аденоїдів; видовжене м'яке

піднебіння; аномалії розвитку лицьового скелета (ретрогнатія, мікрогнатія верхньої та нижньої щелепи; незрощення верхньої губи, твердого, м'якого піднебіння); викривлення носової перегородки, гострі та хронічні риніти, неправильні положення і функція язика, губ; шкідливі звички (смоктання пальця); неправильна функція дихання, ковтання; порушення постави; нескоординована робота заднього гортанного м'яза; ларингоспазм; ожиріння, коротка товста шия; ахондроплазія.

Клінічними симптомами СОАС є хрипіння, шумне дихання, неспокій під час сну, підвищене нічне потовиділення, ранковий головний біль, сухість у роті, нічні жахи та енурез.

Діагностика СОАС. Детальний анамнез з уточненням усіх симптомів та огляд. Лабораторний метод - нічна *полісомнографія* є «золотим стандартом» у діагностиці СОАС. Проводиться реєстрація показників електроенцефалограми, електроокулограми, електроміограми та дихання (орональний потік повітря, дихальні рухи грудної і черевної стінок та рівень насиченості крові киснем). Якщо під час сну наявний тільки симптом храпу, без проявів дихальної дизритмії та гіповентиляції, то підтверджується діагноз первинного храпу. На жаль, метод *полісомнографії* досить дорогий, що обмежує його використання. Визначення тестів затримки сну: *індекс дихальних порушень*

(*respiratory disturbance index – RDI*), *індекс апное/зипное (apnea/hypopnea index – AHI)*. Бокова *телерентгенографія*, за якою можна оцінити тип росту щелеп (тенденція до вертикального типу росту), розміри (мікрогнатія) та положення щелеп (ретрогнатія), положення язика, співвідношення м'якого піднебіння і кореня язика, прохідність носоглотки, ротоглотки та гортаноглотки. *Комп'ютерна томографія* і *конусно-хвильова комп'ютерна томографія* для визначення в 3D-просторі анатомічної аномалії зменшення об'єму, протяжності в поперечному розрізі дихальних шляхів і скелетних лицевих структур. Ендоскопія, фарингоскопія, передня та задня риноскопія. Лікування СОАС.

Нехірургічні методи лікування СОАС

- Зменшення надмірної ваги тіла. Усунення алергенів і тютюнового диму.
- CPAP-терапія (Continuous Positive Airway Pressure), прилад респіраторного підтримання в дихальних шляхах під час сну підвищеного тиску повітря (як на фазі вдиху, так і видиху), утворюється своєрідна повітряна «розпірка», яка не дає стінкам дихальних шляхів спадатися та вібрувати. Метод ефективний для усунення симптомів і наслідків СОАС - храпу, сонливості, гіперактивності, затримки росту і т.д. Необхідне по-

стійне використання СРАР-апарата, інакше всі симптоми повертаються.

• *Внутрішньоротові апарати*

✓ Апарат, який висуває нижню щелепу (Mandibular advancement device – MAD), – схожий на спортивну шину, висуває нижню щелепу вперед і трохи донизу, що робить дихальні шляхи прохідними.

✓ Апарат, який утримує язик (Tongue retraining device – TRD), – шина, яка втримує язик у певному положенні та робить відкритими дихальні шляхи.

• *Ортодонтичне лікування*

✓ Гвинт для швидкого піднебінного розширення (RME), використовується при звуженні верхньої щелепи, покращує носове дихання.

Хірургічні методи лікування СОАС. Адено-тонзилоектомія (ефективність втручання – 75-100%). Uvulopalatopharyngoplasty (UPPP) – видалення частини м'якого піднебіння, піднебінного язичка та надмірних навкологлоткових тканин, у тому числі іноді мигдаликів. Uvulopalatoplasty, яка виконується за допомогою лазера (LAUP). Щелепна хірургія – корекція положення і розміру щелеп.

Дрогомирецька М.С., Якимець А.В., Анеліна Н.В., Полянник Н.Я., Лепорський Д.В., Сухомлінова Т.Я., Магльона В.В., Колесник Н.В., Собакар К.О.

ВИКОРИСТАННЯ ІНДЕКСУ НЕОБХІДНОСТІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (ІНОЛ) ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ І НЕОБХІДНОСТІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ УКРАЇНИ

Інститут стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика

Метою нашого дослідження було визначення поширеності зубощелепних аномалій і необхідності ортодонтичного лікування серед дітей та підлітків України за допомогою індексу необхідності ортодонтичного лікування (ІНОЛ). Потребу в лікуванні визначали в пацієнтів, які раніше не лікувалися ортодонтично та в тих, які вже підлягали ортодонтичному лікуванню.

Матеріали та методи. Дослідження проводили в середніх навчальних закладах України. Серед учнів шкіл і ліцеїв були проведені клінічні огляди. До груп дослідження ввійшли учні шкіл і ліцеїв Дніпропетровська, Києва, Львова і Малина (Житомирська область). Для всіх дітей і підлітків було викорис-

тано ІНОЛ. Було проаналізовано компонент дентального здоров'я і естетичний компонент ІНОЛ.

Результати дослідження. До першої групи ввійшли учні Дніпропетровська – 118 осіб, із яких 87 (73,7 %) потребували ортодонтичного лікування. Друга група складалась із дітей і підлітків Києва – 321 особа, 75 (56,1 %) із них потребували ортодонтичного лікування. У Львові було обстежено 46 осіб, вони склали третю групу, 26 (56,5 %) із них потребували ортодонтичного лікування. Четверта група складалась із школярів м. Малина (Житомирська область), їх кількість становила 180 осіб, 118 (65,6 %) із них потребували ортодонтичного лікування. До п'ятої групи ввійшли обстежу-

вані Одеси – 117 осіб, 70 (59,8 %) потребували ортодонтичного лікування. Із них у першій групі 37 (31,4 %) уже підлягали ортодонтичному лікуванню, в другій групі – 52 (39,4 %), у третій групі – 9 (19,6 %), у четвертій групі – 30 (16,7 %), у п'ятій групі – 43 (36,8 %). Із числа обстежених, які раніше підлягали ортодонтичному лікуванню, 114 осіб (30,4 %) потребували повторного лікування.

Висновки. Використання об'єктивних індексів робить можливим визначення поширеності та інтенсивності зубощелепних аномалій серед населення України, а також дає змогу оцінити необхідність ортодонтичного лікування і якість колишнього ортодонтичного лікування.