

## СТОМАТОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЕ СНУ

*Д-р мед. наук А. Ю. Ніконов, канд. мед. наук Н. М. Бреславець,  
Т. А. Лалетіна, Ю. В. Мухіна\**

**Харківська медична академія післядипломної освіти,  
\*Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна**

За даними досліджень, частота хропіння сягає 60 %. Також можна спостерігати такий патологічний стан, як хропіння з періодичними зупинками дихання (апное). Причиною обструктивного апное під час сну здебільшого є блокада дихальних шляхів унаслідок спадання та змикання м'яких тканин глотки. Один із вдихів призводить до повного спадання дихальних шляхів і припинення легеневої вентиляції. Гостра нестача кисню супроводжується активацією симпатoadренало-вої системи та підвищенням артеріального тиску. Сумарна тривалість апное може досягати 3–4 год із 8 год сну, через що значно зростає ризик розвитку артеріальної гіпертензії, порушень ритму серця, інфаркту міокарда, інсульту й раптової смерті уві сні. Серед стоматологічних пацієнтів багато перебувають у групі ризику з обструктивним нічним апное. Тому ми дослідили покращення стану пацієнтів із синдромом обструктивного апное-гіпопное сну за рахунок використання запропонованої нами індивідуальної капи для недопущення зміщення нижньої щелепи в дистальному напрямку.

У дослідженні взяли участь 24 пацієнти (16 чоловіків і 8 жінок) віком від 42 до 64 років із синдромом обструктивного апное сну легкого ступеня тяжкості. Після проведення діагностики та тестів на підтвердження діагнозу синдрому обструктивного апное було запропоновано лікування індивідуальною капою, виготовленою за нашою методикою, яка поєднує простоту термолабільної капи з індивідуальним урахуванням прикусу і нейром'язового стану пацієнта.

Зважаючи на отримані статистичні дані, ми можемо говорити про позитивну динаміку нашого лікування, але слід розширити діагностичні методи для пошуку сумісної патології або її виключення. Проблема є актуальною та потребує подальшого вивчення.

**Ключові слова:** обструктивне апное, хропіння, індивідуальна капа.

Нині дуже поширеним є стан доброякісного нічного хропіння, або ронхопатії, згідно з даними досліджень частота його сягає 60 % [1, 8]. Хропіння — це звуковий феномен, зумовлений вібрацією та биттям м'яких тканин глотки один об одне під час проходження струменя повітря. Але дуже часто ми можемо спостерігати хропіння з періодичними зупинками дихання (апное), яке розрізняється таким чином: 1) апное — припинення легеневої вентиляції тривалістю не менше 10 с; 2) обструктивне апное — припинення легеневої вентиляції у зв'язку з обструкцією дихальних шляхів на рівні глотки за збереження дихальних рухів; 3) центральне апное — припинення легеневої вентиляції у зв'язку з відсутністю дихальних рухів, що зумовлене центральними порушеннями регуляції дихання; 4) змішане

апное — поєднання центрального та обструктивного компонентів; 5) гіпопное — зниження проходження потоку повітря через ніс і рот на 50 % і більше [2, 5].

Доволі часто причиною обструктивного апное під час сну є блокада дихальних шляхів, як правило, внаслідок спадання та змикання м'яких тканин глотки під час сну. Це призводить до збільшення потоку повітря й утворює шуми, що супроводжують процес дихання під час сну (хропіння). Один із чергових вдихів спричиняє повне спадання дихальних шляхів і припинення легеневої вентиляції. Гостра нестача кисню призводить до стресової реакції, що супроводжується активацією симпатoadренало-вої системи та підвищенням артеріального тиску. Далі мозок відновлює контроль над глотковими м'язами та відкриває

дихальні шляхи. Людина голосно хропить, робить кілька глибоких вдихів. Цикл повторюється. За ніч може бути до 400–500 зупинок дихання від 10 до 30 с. Сумарна тривалість апное може досягати до 4 із 8 год сну [7, 9]. Це, своєю чергою, значно підвищує ризик розвитку артеріальної гіпертензії, порушень ритму серця, інфаркту міокарда, інсульту й раптової смерті уві сні.

Синдром обструктивного нічного апное може стати причиною патології різних органів і систем, у тому числі небезпечного для життя ускладнення — зупинки дихання з летальним результатом (до 6–8 % випадків, за даними літератури). У разі відсутності лікування обструктивне апное може призводити до підвищення кров'яного тиску, серцево-судинних захворювань, головного болю, порушення пам'яті, зниження працездатності [5].

Згідно з даними сучасних досліджень, до 33 % чоловіків і 6 % жінок серед стоматологічних пацієнтів перебувають у групі ризику з обструктивним нічним апное [6]. Основними етіологічними чинниками є: дистальне положення нижньої щелепи; звуження верхньої щелепи, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба; макроглюсія; підвищена вага; гіпотиреоз [3, 4].

**Мета роботи** — покращення стану пацієнтів із синдромом обструктивного апное-гіпноє сну за рахунок використання запропонованої нами індивідуальної капи для недопущення зміщення нижньої щелепи в дистальному напрямку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 24 пацієнти (16 чоловіків і 8 жінок) віком від 42 до 64 років із синдромом обструктивного апное сну легкого ступеня тяжкості. Після проведення діагностики та тестів на підтвердження діагнозу синдрому обструктивного апное було запропоновано лікування індивідуальною капою, виготовленою за нашою методикою, яка поєднує в собі простоту термолабільної капи з індивідуальним урахуванням прикусу і нейром'язового стану пацієнта.

Для виготовлення пристрою за нашою методикою необхідне насамперед отримання повних анатомічних відбитків із верхньої та нижньої щелепи.

Далі — проведення нейром'язової діагностики, моніторингу руху нижньої щелепи і роботи жувальних м'язів. Проводиться депрограмація прикусу і за допомогою лицевої дуги визначення центрального співвідношення щелеп, таким

чином знаходження «оптимального прикусу» для кожного пацієнта.

Саме в цьому положенні виготовляється індивідуальна капа, яка утримує нижню щелепу від западання під час сну, що поліпшує надходження кисню дихальними шляхами, контролюючи сон і позитивно позначаючись на загальному самопочутті та працездатності.

Потім перенесення центрального співвідношення під час фіксації моделей в артикуляторі. Із воску індивідуально моделюється похила площина, припасовується на моделі верхньої щелепи та перевіряється її положення відносно нижнього зубного ряду в положенні центрального співвідношення.

Гіпсова модель із прикріпленою в правильно-му положенні похилою площиною розташовується в стоматологічному вакуумному апараті та, використовуючи пластини Star-Form товщиною 1 мм, виготовляється індивідуальна капа з похилою площиною у фронтальній ділянці.

Пристрій є індивідуальним, тому пацієнти дуже швидко до нього звикають, невеликої маси, компактним, виробляється у вигляді капи тільки на верхню щелепу, що дає змогу вільно говорити, ковтати, не обмежує рух нижньої щелепи, підтримує правильне фізіологічне положення щелепи, а також легко очищується.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Були отримані такі дані: 18 пацієнтів, що склали 75 %, зазначили швидку адаптацію до внутрішньоротового пристрою і вже через 2 тижні відчували позитивний результат. П'ятеро пацієнтів (20,8 %) зазначили припинення симптоматики й поліпшення загального стану після 1 міс. використання. І тільки один пацієнт (4,2 %), у якого під час обстеження було виявлено викривлення носової перегородки, незважаючи на швидку адаптацію до пристрою, не помітив позитивної динаміки свого лікування. Цей пацієнт на етапі діагностики проходив консультативне лікування з отоларингологом, але відмовився від оперативного втручання. Тому в цьому випадку було рекомендовано ще раз звернутися до отоларинголога.

### ВИСНОВКИ

Зважаючи на отримані статистичні дані, можна говорити про позитивну динаміку нашого лікування, але слід розширити діагностичні методи для пошуку сумісної патології або її виключення. Проблема є актуальною та потребує в перспективі подальшого вивчення.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Вейн А. М., Елигулашвили Т. С., Полуэктов М. Г. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном. Москва : Эдос-медиа, 2002. 39 с.
2. Розкладка А. І., Безшапочний С. Б., Лобурець В. В. Роль морфофункціональних порушень ЛОР-органів у виникненні синдрому обструктивного апноэ сну. *Здоров'я України*. 2009. № 23. С. 23–24.
3. Сплит-терапия в комплексном лечении пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного патологией окклюзии / Шемонаев В. И. и др. *Современная ортопедическая стоматология*. 2014. № 21. С. 20–23.
4. Шемонаев В. И., Климова Т. Н., Тимачева Т. Б. Применение окклюзионных шин с усиленными протективными свойствами. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2013. Т. 9, № 3. С. 490–491.
5. Синдром обструктивного сонного апноэ / Фещенко Ю. И. и др. Киев : Принт-Экспресс, 2003. 239 с.
6. Duncan M. Ночное апноэ как следствие патологической окклюзии. *Dental Market*. 2013. № 2. С. 46–47.
7. Arens R., Marcus C. L. Pathophysiology of upper airway obstruction: a developmental perspective. *Sleep*. 2004. № 27 (5). P. 997–1019.
8. Barone D. A., Krieger A. C. Stroke and obstructive sleep apnea: a review. *Current Atherosclerosis Reports*. 2013. № 15 (7). P. 334.
9. Young T., Peppard P. E., Gottlieb D. J. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002. Vol. 165. P. 1217–1239.

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА  
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА**

*Д-р мед. наук А. Ю. Ніконов, канд. мед. наук Н. Н. Бреславец, Т. А. Лалетина, Ю. В. Мухина\**

По данным исследований, частота храпа достигает 60 %. Также можем наблюдать такое патологическое состояние, как храп с периодическими остановками дыхания (апноэ). Часто причиной обструктивного апноэ во время сна является блокада дыхательных путей в результате спадения мягких тканей глотки. Один из вдохов приводит к полному спадению дыхательных путей и прекращению легочной вентиляции. Острая нехватка кислорода сопровождается активацией симпатoadреналовой системы и повышением артериального давления. Суммарная продолжительность апноэ может достигать до 4 ч из 8 ч сна, что значительно увеличивает риск развития артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца, инфаркта миокарда, инсульта и внезапной смерти во сне. Среди стоматологических пациентов многие находятся в группе риска с обструктивным ночным апноэ. Поэтому мы исследовали улучшение состояния пациентов с синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна за счет использования предложенной нами индивидуальной каппы для недопущения смещения нижней челюсти в дистальном направлении.

В исследовании приняли участие 24 пациента (16 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 42 до 64 лет с синдромом обструктивного апноэ сна легкой степени тяжести. После проведения диагностики и тестов на подтверждение диагноза синдрома обструктивного апноэ было предложено лечение индивидуальной каппой, изготовленной по нашей методике, которая сочетает в себе простоту термолабильной каппы с индивидуальным учетом прикуса и нейромышечного состояния пациента.

Полученные статистические данные говорят о положительной динамике нашего лечения, но следует расширить диагностические методы для поиска совместной патологии или ее исключения. Данная проблема является актуальной и требует дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** обструктивное апноэ, храп, индивидуальная каппа.