

**Пономарев А.А.,<sup>1,2</sup> Сурженко Е.В.,<sup>1,2</sup> Шепелева О.Ю.<sup>2</sup>**  
**ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**  
**НА ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ**

<sup>1</sup>НИУ «БелГУ», г. Белгород

<sup>2</sup>ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», г. Белгорода»

По данным Всемирной организации здравоохранения у 90% жителей Земли «неправильный» прикус. Дефекты зубов и зубных рядов нередко являются причинами развития функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области. К основным функциям зубочелюстной системы относят: дыхание, глотание, жевание, речь. Не всегда можно установить, что вызывает патологию, чаще ряд причин воздействуют на формирование зубочелюстной системы. Алгоритм определения этиологических факторов облегчает выбор методов ортодонтической и комплексной терапии, последовательности применения лечебных мероприятий и определения прогноза.

Своевременная диагностика и лечение морфофункциональных нарушений зубочелюстной системы у пациентов с лор-патологией – одна из актуальных проблем современной стоматологии.

В формировании и усугублении зубочелюстных аномалий большое значение имеет нарушения дыхания.

Наиболее значимыми для врачей-ортодонт являются:

1. Отсутствие или сильно затрудненное носовое дыхание (аденоиды, аллергические риниты и т.д.).

2. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС).

Симптомы нарушения носового дыхания, которые врач-ортодонт должен исключить или подтвердить на первичной консультации: внешние и внутриротовые признаки, храп во время сна и плохо спит, жалуется на головные боли после пробуждения, ребенок дышит через рот, дыхание через нос затруднено или невозможно, появились проблемы с обонянием и глотанием, ребенок тихо говорит, гнусавит, беспокоят частые отиты и хронический насморк, снижение слуха.

«Гипертрофия аденоидной ткани – одна из наиболее частых причин затруднения носового дыхания, также связанная с большим разнообразием симптомов и заболеваний, включая храп, гипоназальность, отит, нарушения сна и ротовое дыхание. Более того, ротовое дыхание может привести к нейромышечной и мягкотканой перестройке, что приводит к нарушению черепно-лицевого развития и ортодонтическим проблемам».

Нарушения дыхания могут приводить к: сужению верхней челюсти, вертикальному типу роста нижней челюсти, дефициту средней части лица, дефициту места в зубном ряду, открытому прикусу, проблемам в шейном отделе позвоночника, гипоксии, которая в свою очередь приводит к ряду проблем, в том числе отставанию в развитии.

Отклонение формы и размеров зубных дуг от нормы отражается на формировании прикуса.

Выявляя данную патологию, врачи ортодонты направляют пациента к ЛОР-специалистам, которые в свою очередь определяют тактику лечения. Обычно выбор стоит перед следующим: консервативной терапией (гормональные назальные спреи) и хирургическим вмешательством. Можно выделить абсолютные показания (полное отсутствие носового дыхания (нет эффекта от консервативной терапии), относительные показания (снижение слуха, регулярно повторяющиеся отиты).

В 2014 году американские ученые предоставили выводы своих научных исследований: после операции тонзилэктомии и аденоидэктомии модель развития верхней челюсти изменилась: ширина в области верхних молочных моляров и клыков увеличилась по сравнению с другой группой детей, которым операция не проводилась.

Следующие нарушение дыхания, которое связано с дефектом зубных рядов это «Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС)» – состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спаданием верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Из определения ясно, что происходят остановки дыхания или значительное уменьшение амплитуды дыхания.

Во время первичной консультации узнаем – бывает ли ночное АПНОЕ, у детей с ОАС родители могут отмечать следующее- громкий или прерывистый храп, наблюдаемые эпизоды апноэ (указания на остановки дыхания во сне), беспокойный сон, ночная потливость, ожирение 2-4 ст., учащенное ночное мочеиспускание. В 2016 году профессиональное сообщество «Американская академия медицины сна», провело исследование, которое выявило, что 7-13% всех дошкольников храпят

2-3% могут страдать от ночного апноэ, 60-80% тех, кто храпят демонстрируют так же ночное апноэ. Храп не является нормой! Без лечения апноэ ведет к уменьшению продолжительности жизни на 20%.

Чаще всего причины ОАС сочетанные, это ЛОР патология, заболевания ЦНС, а также ортодонтические: недостаток места для языка или большой размер языка, сужение верхней челюсти, заднее положение нижней челюсти. Следовательно, для достижения результата и выбора верной тактики – лечение должно быть комплексным. Необходима консультация оториноларинголога, так же, если есть сужение верхней челюсти или заднее положение нижней челюсти, то есть показания к ортодонтическому лечению.

Практический вывод Macario Camacho, Edward T Chang, Sungjin A Song, Jose Abdullatif, Soroush Zaghi, Paola Pirelli, Victor Certal, Christian Guilleminault: «Если у ребенка есть ночное апноэ и есть сужение ВЧ, то после расширения ВЧ ситуация должна улучшиться. Таким образом, мы можем влиять на качество жизни ребенка, выходя за рамки чистой стоматологии.».

*Пономарев А.А., Хансирокова З.З., Орлова В.С.*

### **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОПЛАЗМЫ ПАЦИЕНТА**

*НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, сопровождающееся образованием болезненных афт в разных отделах ротовой полости. Выделяют несколько степеней тяжести:

- 1 степень тяжести – рецидивы 1-2 раза в год, не оказывают значительного влияния на качество жизни пациентов ввиду редкого манифестирования;
- 2 степень тяжести – характеризуется рецидивами 2-4 раза в год, возможно увеличение регионарных лимфатических узлов, более выраженная болезненность;
- 3 степень тяжести – манифестирует 4 и более раз в год, характеризуется образованием множественных афт на слизистой оболочки, вовлечением регионарной лимфатической системы, повышением температуры, оказывает выраженное влияние на качество жизни пациентов.

Заживление афтозных элементов при легкой и средней степени тяжести заболевания занимает обычно не более 2 недель. При тяжелой степени тяжести данный процесс может занимать значительно более длительный период времени, сопровождаясь при этом