

Лавринович П. В., Новосельцева Ю. А.
**СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНА У ДЕТЕЙ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Научный руководитель ассист. Самохвал О. В.

Кафедра пропедевтики детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

По статистике от 3 до 12% детей страдают храпом, у 2% из них, в особенности у детей 2-8 лет, проявляются осложнения в виде Синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). Данное состояние характеризуется периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки, резким снижением вентиляции легких на фоне сохраняющихся дыхательных усилий. При этом снижается уровень насыщения крови кислородом, появляются грубые нарушения сна и избыточная дневная сонливость. Осложнениями СОАС могут быть серьезные обменные и сердечно-сосудистые изменения. Поздняя диагностика синдрома и наличие осложнений обусловлены тем, что родители не связывают проявления патологий у ребенка во время бодрствования с различными нарушениями во время сна. Данная проблема у взрослого населения является более изученной, в связи с ранней диагностикой болезни, и выявляется в 5-7% случаев у лиц старше 30 лет.

Целью данного исследования является анализ данных современных международных и отечественных исследований синдрома обструктивного апноэ сна у взрослых и детей, выявить основные причины заболевания, особенности его протекания, методы диагностики и лечения.

В результате анализа данных международных исследований на первом месте среди этиологических факторов развития СОАС является аденотонзиллярная гипертрофия, особенно в возрасте 3-8 лет. Второе место занимает избыточная масса тела. По данным Indra Nazang and Joseph L. Mathew, 2012 у 60 % детей прогрессирующее ожирение ведет к развитию данного синдрома. Не мало важным фактором развития СОАС так же являются морфологические изменения верхних дыхательных путей, нервно-мышечные заболевания и патологии челюстно-лицевой области (синдром Робена и макроглоссия).

Осложнениями СОАС является формирование различных патологий сердечно-сосудистой системы, нарушение физического развития, когнитивных функций, частые головные боли, проявления синдромов дефицита внимания и гиперактивности, немотивированная агрессия.

При легкой форме развития синдрома, при которой обструкция вызвана гипертрофией аденоидов и миндалин, назначают интраназальные кортикостероиды. При более тяжелом течении заболевания эффективным является инструментальное лечение с применением приборов респираторной поддержки–СИПАП-терапии, используемый для повышения давления в дыхательных путях с их последующим расправлением, а также аденотонзиллоэктомия, ортогнатические операции, септопластика и другие челюстно-лицевые операции.

На основе анализа данных исследований немногочисленных международных литературных источников прослеживается явная недооцененность проявлений СОАС у детей. Недостаточно изучено качество жизни у детей с нарушениями сна, а также не установлена прямая связь между степенью ожирения и выраженностью симптомов. Выявлена необходимость поддержания высокого уровня бдительности среди педиатров, ЛОР-врачей и других специалистов, работающих с детьми, у которых отмечаются признаки данного синдрома, а также своевременное проведение диагностики. С этой целью Американской Академией Педиатрии было рекомендовано проводить полисомнографию (золотой стандарт диагностики данного синдрома как у детей, так и у взрослых).