# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Халилова Комила Каххаровна**

Директор ООО «Dental studiya», Узбекистан

**Аннотация.** Сочетание нарушений прикуса, затруднённого носового дыхания и расстройств дыхания во сне требует согласованного обследования. Цель обзора — определить место ортодонтического лечения в междисциплинарном ведении детей и предложить последовательность принятия решений. Рассмотрены рекомендации профессиональных обществ и клинические исследования аденотонзиллэктомии и расширения верхней челюсти. Разграничены анатомические изменения, субъективное облегчение дыхания и объективные показатели сна. Предложен маршрут с установлением причины обструкции, независимой оценкой ортодонтических показаний и повторной проверкой сохраняющихся симптомов. Выбор аппарата не должен предшествовать постановке диагноза. Главным условием обоснованной помощи является согласование целей специалистов при сохранении самостоятельной оценки каждого заболевания.

**Ключевые слова.** ортодонтия; оториноларингология; дети; носовая обструкция; обструктивное апноэ сна; междисциплинарное лечение.

## Comprehensive care for children with coexisting orthodontic and otorhinolaryngological disorders

Khalilova Komila Kakhkharovna
Director of Dental studiya LLC, Uzbekistan

**Abstract.** This narrative review addresses interdisciplinary care for children with malocclusion and ear, nose and throat disorders. Professional guidance and clinical studies are considered separately from the proposed care pathway. Airway anatomy, symptom relief and sleep outcomes should not be treated as interchangeable measures. Orthodontic intervention requires an independent diagnosis and should be coordinated with assessment of nasal obstruction and sleep disordered breathing. The proposed pathway includes documented responsibilities, shared treatment goals and reassessment of persistent symptoms. No original clinical cohort is reported.

**Keywords.** orthodontics; otorhinolaryngology; children; nasal obstruction; obstructive sleep apnea; interdisciplinary care.

## Введение

Ребёнок с постоянно приоткрытым ртом, сужением верхней зубной дуги и жалобами на храп может впервые обратиться к стоматологу, педиатру или оториноларингологу. Каждый специалист наблюдает отдельную часть клинической картины. Если обследование ограничивается только профилем своей специальности, возникает риск ошибочно связать все симптомы с прикусом либо, напротив, не учитывать зубочелюстную аномалию при лечении дыхательной проблемы.

Совместное ведение необходимо строить вокруг установленных диагнозов. Ротовое дыхание является наблюдаемым признаком, а не исчерпывающим объяснением его причины. Храп не тождественен подтверждённому обструктивному апноэ сна, а узкая верхняя челюсть сама по себе не определяет тяжесть нарушения дыхания. В рекомендациях по персистирующему детскому апноэ подчёркивается необходимость оценки нескольких возможных механизмов и вариантов лечения [1, 2].

## Цель работы

Определить место ортодонтического вмешательства в комплексном лечении сочетанной патологии и предложить практическую модель согласования диагностики, последовательности лечения и контроля исходов.

## Материалы и методы

Проведён тематический обзор выбранных рекомендаций ATS, экспертного консенсуса по персистирующему апноэ и политики AAPD, а также первичных исследований хирургического и ортодонтического лечения [1–7]. Сопоставлялись характеристики пациентов, цели вмешательства, способы оценки дыхания и ограничения переноса результатов. Проверка доступных публикаций и библиографических записей выполнена в сентябре 2026 года. Обзор не является систематическим и не включает количественное объединение результатов.

Предлагаемый маршрут представляет организационно-клиническую разработку на основе анализа источников. Численность пациентов из

опубликованных исследований относится исключительно к работам соответствующих авторов.

**Результаты анализа и обсуждение**

**Разделение диагностических задач**

Ортодонт определяет вид аномалии прикуса, поперечные и сагиттальные соотношения, функциональное смещение и возможности лечения в период роста. Оториноларинголог устанавливает причины носовой обструкции и оценивает состояние лимфоидной ткани, носа и среднего уха по показаниям. При подозрении на нарушение дыхания во сне требуется участие специалиста, компетентного в детской медицине сна. Такое разделение задач позволяет избежать назначения единственного вмешательства для разнородных жалоб.

AAPD рекомендует выявлять признаки риска обструктивного апноэ и направлять ребёнка на медицинское обследование [3]. Для практической карты совместного приёма предлагается краткий набор вопросов: как часто возникает храп, замечаются ли остановки дыхания, сохраняется ли заложенность носа вне простуды, были ли ранее операции или лечение ринита. Ответы должны рассматриваться как основание для дальнейшей оценки, а не как дистанционный диагноз.

В общей карте важно раздельно записывать симптомы, подтверждённые заболевания и предполагаемые механизмы. Формулировка «ротовое дыхание со слов родителей» не должна заменять заключение о причине обструкции. Аналогично фотография открытого рта не позволяет установить, связано ли положение губ с проходимостью носа, строением лица, привычкой или условиями съёмки.

**Что показывают исследования разных вмешательств**

В исследовании CHAT ранняя аденотонзиллэктомия улучшала ряд симптомов, показателей качества жизни и полисомнографии по сравнению с наблюдением, однако преимущества по первичному показателю внимания и исполнительных функций не были показаны [4]. Этот результат демонстрирует необходимость заранее указывать, какое именно улучшение ожидается. Исчезновение жалобы, изменение теста и нормализация сна не являются взаимозаменяемыми исходами.

В работе Pirelli и соавторов расширение верхней челюсти изучалось у 31 ребёнка с поперечным дефицитом и полисомнографически подтверждённым апноэ без гипертрофии аденоидов. Авторы сообщили благоприятную дыхательную динамику [5]. Узкий отбор и отсутствие рандомизированной контрольной группы ограничивают перенос результата на всех детей с храпом, особенно при выраженном другом механизме обструкции.

Villa и соавторы представили длительное наблюдение после расширения; в последующую оценку вошли 10 из 14 детей, завершивших первоначальный этап [6]. Такая работа важна для постановки вопроса об устойчивости результата, но малая группа и неполное участие исходной выборки ограничивают надёжность широких выводов. Для собственной клинической оценки следует заранее учитывать потерю пациентов при наблюдении.

Hoxha и соавторы сравнили 15 детей после полу-быстрого расширения с 15 участниками контрольной группы в течение пяти месяцев [7]. Исследование связывает ортодонтические и дыхательные показатели, однако его масштаб и срок не позволяют считать вопрос о долгосрочной эффективности окончательно решённым. Размер дыхательных путей и данные сна необходимо анализировать раздельно.

Руководство ATS 2024 года рассматривает ортодонтическое и челюстно-лицевое ортопедическое лечение у отдельных детей с сохраняющимся после аденотонзиллэктомии апноэ и соответствующими краниофациальными особенностями; рекомендация условная, определённость доказательств очень низкая [1]. Она относится к определённой клинической ситуации и не означает, что расширение показано каждому ребёнку с дыхательными жалобами.

**Предлагаемая последовательность комплексного лечения**

Первый этап — составление перечня проблем. Для каждой жалобы следует указать, каким обследованием она будет уточняться и кто отвечает за решение. Например, сужение верхней челюсти оценивает ортодонт, причину стойкой носовой обструкции — ЛОР-врач, нарушение дыхания во сне — соответствующий медицинский специалист. Родители должны получать единый согласованный план, а не набор противоречащих друг другу рекомендаций.

Второй этап — определение приоритетов. Необходимо решить, требуется ли сначала устранить значимую обструкцию, возможно ли параллельное лечение и

какие признаки потребуют изменения последовательности. В рамках предлагаемой модели это решение фиксируется в коротком совместном заключении. Универсальная схема «сначала аппарат, затем ЛОР-лечение» так же необоснованна, как обязательное откладывание любого ортодонтического вмешательства до завершения всех сопутствующих процедур.

Третий этап — проверка самостоятельных ортодонтических показаний. Если поперечный дефицит подтверждён, обсуждаются способ его коррекции, состояние опорных зубов, переносимость и последующее удержание результата. Если такого дефицита нет, расширение нельзя обосновывать только желанием увеличить видимый просвет дыхательных путей. Предлагается включать в заключение отдельную строку о стоматологической цели вмешательства.

Четвёртый этап — контроль функциональной адаптации. После устранения анатомических препятствий могут сохраняться привычные особенности положения языка или несмыкания губ. Необходимость дополнительных занятий должна определяться обследованием функции. Логопедическая или миофункциональная работа не должна предполагать тренировку носового дыхания через сохраняющуюся значимую обструкцию и не может подменять повторную медицинскую оценку.

Пятый этап — повторное сопоставление исходов. При сохранении храпа, пауз дыхания или других жалоб важно возвращаться к диагностике, а не объяснять симптомы исключительно недостаточной приверженностью ребёнка. Экспертный консенсус по персистирующему апноэ рассматривает повторную оценку и выбор дальнейшей тактики как самостоятельный этап ведения [2].

**Как оценивать результат без смешения эффектов**

Предлагается вести четыре самостоятельных блока: прикус и зубные дуги; ЛОР-состояние; дыхание во сне; повседневное самочувствие. В первом блоке фиксируется достижение ортодонтической цели. Во втором — динамика конкретного диагноза и жалоб. В третьем — показатели обследования сна при его клинической необходимости. В четвёртом — симптомы и качество жизни, оцениваемые одинаковым способом до и после лечения.

Для исследовательской работы принципиально важен календарь вмешательств. Если ребёнок одновременно получил расширение, лечение ринита и хирургическую помощь, итоговое улучшение нельзя целиком приписать

аппарату. В карте следует фиксировать даты процедур, сопутствующее лечение и сроки измерений. Это позволяет хотя бы описательно разграничить вклад разных воздействий и корректно сформулировать ограничения.

Отдельного внимания заслуживают неблагоприятные исходы и нагрузка на семью. В предлагаемом регистре необходимо учитывать пропущенные визиты, прекращение ношения аппарата, дискомфорт, трудности гигиены и дополнительные обращения. Комплексное лечение должно оцениваться не только по достигнутому эффекту, но и по тому, насколько выполним согласованный план для ребёнка и его родителей.

**Ограничения**

Доступные исследования расширения часто включают небольшие и неоднородные группы. Настоящий обзор не доказывает универсальную причинную связь между аномалией прикуса и ЛОР-заболеванием. Предложенная последовательность требует адаптации к конкретному диагнозу, доступности обследований и локальной организации помощи; она не является валидированным клиническим протоколом.

**Заключение**

Комплексное лечение предполагает согласованную работу специалистов при раздельном подтверждении ортодонтического и оториноларингологического диагнозов. Ортодонтическая коррекция может занимать определённое место в плане помощи, но не заменяет установление причины обструкции и оценку сна.

Практическое совершенствование помощи следует связывать с общей картой проблем, документированным порядком вмешательств и повторным контролем сохраняющихся симптомов. Для подтверждения эффективности предлагаемого маршрута необходимо проспективное исследование с заранее определёнными исходами.

**Литература**

1. Ehsan Z., Ishman S.L., Soghier I. et al. Management of Persistent, Post-adenotonsillectomy Obstructive Sleep Apnea in Children: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2024;209(3):248–261. DOI: 10.1164/rccm.202310-1857ST.

2. Ishman S.L., Maturo S., Schwartz S. et al. Expert Consensus Statement: Management of Pediatric Persistent Obstructive Sleep Apnea After Adenotonsillectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;168(2):115–130. DOI: 10.1002/ohn.159.

3. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Obstructive Sleep Apnea. URL: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_sleepapnea.pdf

4. Marcus C.L., Moore R.H., Rosen C.L. et al. A randomized trial of adenotonsillectomy for childhood sleep apnea. N Engl J Med. 2013;368(25):2366–2376. DOI: 10.1056/NEJMoa1215881.

5. Pirelli P., Saponara M., Guilleminault C. Rapid maxillary expansion in children with obstructive sleep apnea syndrome. Sleep. 2004;27(4):761–766. DOI: 10.1093/sleep/27.4.761.

6. Villa M.P., Rizzoli A., Miano S., Malagola C. Efficacy of rapid maxillary expansion in children with obstructive sleep apnea syndrome: 36 months of follow-up. Sleep Breath. 2011;15(2):179–184. DOI: 10.1007/s11325-011-0505-1.

7. Hoxha S., Kaya-Sezginer E., Bakar-Ates F., Köktürk O., Toygar-Memikoğlu U. Effect of semi-rapid maxillary expansion in children with obstructive sleep apnea syndrome: 5-month follow-up study. Sleep Breath. 2018;22(4):1053–1061. DOI: 10.1007/s11325-018-1636-4.