

Předkládaná disertační práce vychází ze série cefalometrických studií kontrolní skupiny české populace, pacientů s SAS a pacientů s akromegalií s nebo bez SAS. Výsledky vedou k následujícím závěrům:

Při porovnání cefalometrických nálezů pacientů se syndromem spánkové apnoe s nálezy u zdravé populace jsme prokázali, že orofaciální skelet i měkké tkáně nemocných se syndromem spánkové apnoe se liší od kontrolní skupiny žen i mužů. Zjištěné změny skeletu (zvětšení dolního goniového úhlu, zvětšení předních obličejových výšek, zkrácení horní části obličeje) a delší velum u nemocných disponují ke zúžení horních dýchacích cest v úrovni oropharyngu, a tím se podílejí na vzniku SAS.

Rozdíl ve stupni hypertrofie měkkého patra (resp. velikosti uvuly), dorsokaudální rotaci mandibuly a zvětšení dolní části goniového úhlu se dá vysledovat při cefalometrické analýze mezi skupinou mužů s lehkým a těžkým obstrukčním syndromem spánkové apnoe. Proto lze shrnout, že tíže onemocnění SAS závisí do značné míry na stupni změn orofaciálního skeletu a měkkých tkání. Zjištěný vysoce signifikantní rozdíl v BMI a v obvodu krku mezi skupinami nemocných s lehkým a těžkým SAS potvrzuje, že důležitým dispozičním faktorem pro SAS je obezita a zejména depozita tuku v parafaryngeálním prostoru.

Pacienti s akromegalií vykazují oproti kontrolním skupinám zvětšení skeletu a hypertrofii měkkých tkání. Skeletální změny se nacházejí na viscerokraniu i na neurokranium. Nejvíce je postižena mandibula, u které je zvětšen ramus mandibulae výrazněji než corpus mandibulae a zároveň se mění její tvar. Naopak pozice a velikost maxilly není změněna. Intenzita skeletálních změn není přímo závislá na aktuální hormonální aktivitě adenomu.

Naše studie potvrdila častý výskyt syndromu spánkové apnoe u pacientů s akromegalií. SAS jsme prokázali u 77% nemocných s akromegalií. Prokázané skeletální kraciofaciální abnormality u nemocných s akromegalií nezpůsobují zvýšení frekvence spánkového apnoického syndromu u těchto nemocných. Přítomnost zúžení faryngeálního vzdušného prostoru a zvětšení uvuly u pacientů s akromegalií a prokázaným SAS oproti pacientům bez SAS ukazuje, že zúžení horních dýchacích cest, které je způsobeno změnami měkkých tkání faryngu, má význam při vzniku SAS u pacientů s akromegalií. Na rozvoji SAS u nemocných s akromegalií se naopak pravděpodobně nepodílí obezita a uložení tuku v oblasti krku, protože se skupiny pacientů s akromegalií a SAS a s akromegalií bez SAS nelišily v BMI a obvodu krku. Aktivita adenomu se ukazuje být důležitým etiologickým faktorem SAS u akromegalie, vzhledem k našemu nálezu signifikantně vyšších hodnot parametrů vypovídajících o přítomnosti a stupni SAS u pacientů s aktivní akromegalií oproti pacientům s neaktivní akromegalií. Nález zúžení faryngeálního prostoru a zvětšení uvuly u pacientů s aktivní formou akromegalie ve srovnání s pacienty bez aktivity onemocnění ukazuje vliv aktivity adenomu na vyvolání změn měkkých tkání HDC. Naopak aktuální aktivita adenomu se neukazuje být důležitá pro skeletální změny