

АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНКИЛОГЛОССИИ У ДЕТЕЙ

И.В. Фоменко, Ю.О. Кроман, А.Л. Касаткина, И.Е. Тимаков, Д.И. Фурсик

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Статья посвящена анализу показаний и результатов хирургического лечения анкилоглоссии у детей. Пациенты были разделены на три возрастные группы: I – 3–6 лет, II – 7–9 лет, III – 10–12 лет. Результат лечения оценивался как очень хороший, хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. Установлено, что наиболее частым показанием (86,4 %) к пластике уздечки языка у детей являлось нарушение звукопроизношения. Очень хороший результат лечения наиболее часто встречался в первой группе (76,6 %). У 74,4 % прооперированных детей всех возрастных групп, прошедших курс миогимнастики и занятий с логопедом, отмечена нормализация звукопроизношения.

Ключевые слова: анкилоглоссия, показания к хирургическому лечению, френулопластика, результаты лечения, дети.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-2(74)-32-35

ANALYSIS OF INDICATIONS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ANKYLOGLOSSIA IN CHILDREN

I.V. Fomenko, Yu.O. Kroman, A.L. Kasatkina, I.E. Timakov, D.I. Fursik

FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation

The article is devoted to the analysis of the indications and results of surgical treatment of ankyloglossia in children. Patients were divided into three age groups I – 3–6 years old, II – 7–9 years old, III – 10–12 years old. The result of treatment was rated as very good, good, satisfactory, unsatisfactory. It was found that the most frequent indication (86,4 %) for surgery in children was a problem of speech. A very good treatment result was most often found in the first group (76,6 %). 74,4 % of operated children who had undergone tongue training exercise and speech therapy had normalization of sound pronunciation.

Key words: ankyloglossia, indications for surgical treatment, frenuloplasty, treatment results, children.

Укорочение уздечки языка (ankyloglossia) относят к числу распространенных врожденных аномалий (2,8–22,7 %) развития, сопровождающихся функциональными и анатомическими нарушениями [4, 8].

Анкилоглоссии сопутствуют нарушение функции вскармливания в грудном и речи в дошкольном и школьном возрасте [2, 7]. Частота нарушений прикуса у детей с укороченной уздечкой языка достигает 58 % [1, 3]. В некоторых случаях данная аномалия вызывает локализованные поражения тканей пародонта у детей [8, 10].

Пластика короткой уздечки языка (френэктомия и френотомия) является основным этапом устранения функциональных нарушений у детей. До сих пор нет единого мнения по поводу возрастного срока и метода хирургического лечения. Некоторые авторы считают, что операцию необходимо проводить с периода новорожденности до года [9]. Другие исследователи рекомендуют более поздние сроки, мотивируя совершенствованием эмоционально-волевой сферы у детей старшего возраста и улучшением эффективности результата лечения [2].

Традиционный хирургический метод в виде горизонтального рассечения уздечки, с образованием при этом ромбовидного дефекта и дальнейшем ушиванием раны по вертикали проводится

в условиях местного или общего обезболивания [6]. Возможными осложнениями могут быть: кровотечение, значительный послеоперационный отек, образование ретенционной кисты, выраженный рубец, недостаточная подвижность языка и др.

Оценка показаний и результатов френулопластики позволяет определять оптимальный возраст и метод коррекции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать показания и результаты хирургического лечения анкилоглоссии у детей различных возрастных групп.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 406 детей, прооперированных по поводу анкилоглоссии в амбулаторных и стационарных условиях на базах кафедры стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета с 2015 по 2018 гг. Проанализировано 320 амбулаторных карт и 86 историй болезни данных пациентов.

Пациенты были разделены на три возрастные группы: I группа – 3–6 лет, II группа – 7–9 лет, III группа – 10–12 лет. Распределение детей по возрастным группам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и гендерной принадлежности

Возраст, группа	3–6 лет I группа		7–9 лет II группа		10–12 лет III группа	
	м	д	м	д	м	д
Пол						
Количество пациентов	188	108	65	47	47	51
Всего	296		112		98	

Френулопластика проводилась традиционным методом с рассечением уздечки языка в горизонтальном направлении и дальнейшим ушиванием ромбовидной раны рассасывающимся шовным материалом (рис. 1).

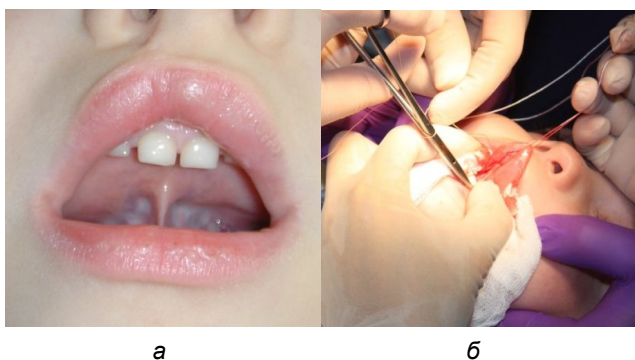


Рис. 1. Пациент С. до операции (а) и во время операции френулопластики (б)

Результаты лечения были оценены у 90 детей (по 30 человек в каждой группе), которым френулопластика была проведена по логопедическим показаниям и родители которых указали, что после операции дети прошли курс миогимнастики и занятий с логопедом. У всех пациентов был диагностирован III тип укорочения уздечки языка по классификации Ф.Я. Хорошилкиной [5]. При обследовании детей использовались клинический, антропометрический методы исследования.

Результат хирургического лечения определялся через 12 месяцев и оценивался, как очень хороший, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Использовали балльную систему оценки. При этом учитывались следующие характеристики: отсутствие осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства, состояние послеоперационного рубца и длина сформированной уздечки, нормализация звукопроизношения, объем движений языка. Моторику языка определяли при помощи 5 проб: поднятие языка к кончику носа, проведение языка по небу, касание языком каждого зуба верхней челюсти с небной поверхностью, щелканье языком и движение языком вправо, влево при его высывании. Выполнение каждой пробы оценивали от 1 до 4 балла. К очень хорошему результату относили отсутствие осложнений, незаметный

послеоперационный рубец, длину уздечки более 20 мм, полное восстановление нарушений речи, выполнение проб в сумме 20 баллов. Хороший результат диагностировался при отсутствии осложнений, малозаметном послеоперационном рубце, длине уздечки не менее 18 мм, незначительном нарушении звукопроизношения, выполнении проб в сумме не менее 18 баллов. Удовлетворительный результат определялся при отсутствии осложнений, заметном послеоперационном рубце, длине уздечки не менее 17 мм, нарушении звукопроизношения и сумме двигательных проб языка менее 16 баллов. Неудовлетворительный результат считался при наличии осложнений, либо выраженном послеоперационном рубце, требующих повторного оперативного вмешательства.

Исследования проводились после подписания информированного согласия родителей в соответствии с требованиями этического комитета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении медицинской документации было определено, что 260 (87,8 %) прооперированных детей первой группы имели только нарушения функции звукопроизношения. Сочетание с ортодонтическими показаниями отмечалось у 26 (8,8 %) пациентов, у 10 (3,4 %) детей операция была проведена также с целью предупреждения заболеваний пародонта. Во второй возрастной группе 61 (54,5 %) ребенок были прооперированы по поводу нарушения речи, 28 (25 %) детей – по направлению ортодонта, из них у 17 (68 %) были фонетические нарушения. 23 (20,5 %) ребенка прооперированы по рекомендации детского стоматолога с целью лечения заболеваний пародонта, из них 11 (44 %) имели нарушение произношения буквы «Р». В третьей группе детей чистые фонетические нарушения являлись показанием к операции у 30 (30,6 %) детей. В 47 (48 %) случаев у пациента наблюдались нарушения прикуса, и в 21 (21,4 %) случае ребенок был направлен с целью устранения заболеваний пародонта. У данных пациентов нарушения функции речи не определялось. У 33 (48,5 %) детей третьей группы определялось сочетание аномалии прикуса с заболеваниями пародонта.

При сборе анамнеза было отмечено, что 23 (5,7 %) детям ранее было проведено рассечение уздечки в периоде новорожденности или в грудном возрасте. Данная манипуляция, со слов мамы ребенка облегчила вскармливание, но достаточного эффекта не было получено. Остальным 383 (94,3 %) детям диагностика выполнена в старшем возрасте, при появлении анатомических и функциональных нарушений.

Исследование показало, что наиболее часто хирургическое лечение проводилось в первой возрастной группе. Следует отметить, что 286 (97 %) пациентов первой группы были дети в возрасте

от 4,5 до 6 лет. В общем числе пациентов первой группы количество мальчиков превышало количество девочек (63,5 и 36,5 % соответственно). Результаты лечения пациентов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты лечения у пациентов исследуемых групп

Возраст, группа	3–6 лет I группа		7–9 лет II группа		10–12 лет III группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Очень хороший	23	76,7	18	60	16	53,3
Хороший	5	16,7	8	26,7	7	23,3
Удовлетворительный	1	3,3	3	10	5	16,7
Неудовлетворительный	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Всего	30		30		30	

Результаты исследования показали, что наиболее часто очень хорошие и хорошие результаты встречались в первой возрастной группе (93,4 %). Во второй группе очень хорошие и хорошие результаты отмечены у 86,7 % пациентов, а в третьей – у 76,6 % детей (рис. 2). Удовлетворительные результаты отмечены у 3,3 % детей первой группы, 10 % детей второй группы и 16,7 % детей третьей группы.



а

б



в

Рис. 2. Пациент В., 8 лет, очень хороший (а); пациент М., 12 лет, хороший (б); пациент В., 9 лет удовлетворительный результат лечения (в)

Неудовлетворительные результаты определялись в 3,3 % случаев в первой и второй группах и в 6,7 % случаев в третьей группе. У данных пациентов на месте послеоперационного рубца определялось развитие ретенционной кисты, что было обусловлено повреждением мелкой слюнной железы. У одного пациента третьей группы определялся выраженный рубец, требующий повторного хирургического лечения (рис. 3).

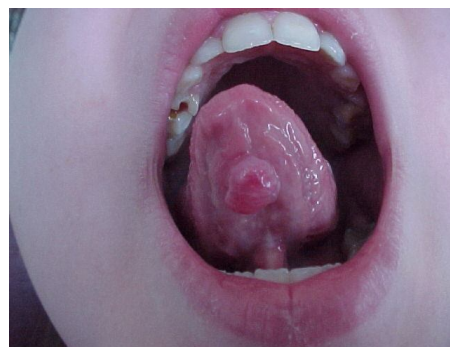


Рис. 3. Пациент В., 8 лет. Ретенционная киста языка, как осложнение, вследствие френулопластики

Воспалительный процесс в виде выраженного послеоперационного отека определялся у 1 ребенка (3,3 %) первой группы и 2 (6,7 %) детей второй и третьей групп.

Подвижность языка была недостаточной по сумме баллов у 6 (20 %) детей первой группы, 11 (36,7 %) пациентов второй группы и 13 (43,3 %) человек третьей группы.

Полная нормализация звукопроизношения наблюдалось у 23 (76,7 %) детей первой группы, 18 (60 %) детей второй группы и 16 (53,3 %) детей третьей группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее частым показанием (86,4 %) к пластике уздечки языка у детей являлось нарушение звукопроизношения. Среди детей 3–12 лет наибольшая эффективность лечения анкилоглоссии по логопедическим показаниям получена в возрасте 4,5–6 лет. Осложнения, в виде образования ретенционной кисты или выраженного рубца в зоне вмешательства, отмечены у 4 детей (4,4 %) всех групп исследования. Традиционный хирургический метод лечения в 74,4 % случаев позволяет добиться очень хороших и хороших анатомических и функциональных результатов у детей различного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов С.В., Белиевская Р.Р., Гараева К.Л. и др. Пластика короткой уздечки языка как этап ортодонтического лечения // Научная дискуссия: инновации в современном мире. – 2015. – № 11-2 (42). – С. 90–94.
2. Берхеева Д.С., Уразова Р.З., Ксембаев С.С. Сравнительная оценка эффективности френулопластики у детей // Практическая медицина. – 2009. – № 1 (33). – С. 75–76.

3. Персин Л.С. Основы протетической стоматологии детского возраста. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ» Росздрава, 2008. – 192 с.

4. Детская челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов / под ред. О.З. Топольницкого, А.П. Гургенадзе. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

5. Руководство по ортодонтии / под ред. проф. Ф.Я. Хорошилкиной. – М.: Медицина, 1982. – С. 416–419.

6. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Г. Робустовой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003. – 504 с.

7. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Тимаков И.Е., Кучкина И.В. Возрастные аспекты планирования амбулаторных вмешательств у детей // *Dental Forum*. – 2019. – № 4. – С. 98–99.

8. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Исмаилова В.И. и др. Клинические аспекты проведения амбулаторных хирургических вмешательств у детей (тезисы доклада научной конференции) // *Стоматология – наука и практика, перспективы развития: материалы научно-практической конференции*. – 2017. – С. 374–378.

9. Suter V.G., Bornstein M.M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment // *Jeriodontol*. – 2009. – No. 80 (8). – P. 1204–1219.

10. Segal L.M., Stephenson R., Dawes M., Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review // *Canadian Family Physician*. – 2007. – No. 53 (6). – P. 1027–1033.

REFERENCES

1. Averjanov S.V., Believskaja R.R., Garaeva K.L., et al. Plastika korotkoi uzdechki jazika kak etap ortodonticheskogo lechenija [Plastic surgery of the short frenulum of the tongue as a stage of orthodontic treatment]. *Nauchnaja diskussija: innovacii v sovremennom mire* [Scientific discussion: innovations in the modern world], 2015, no. 11-2 (42), pp. 90–94. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Berheeva D.S., Urasova R.Z., Kcenbaev S.S. Sravnitel'naja ocenka effektivnosti frenuloplastiki u detei [Comparative evaluation of the effectiveness of frenuloplasty in children]. *Prakticheskaja medicina* [Practical Medicine], 2009, no. 1 (33), pp. 75–76. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Persin L. S. Osnovi proteticheskoi stomatologii detskogo vozrasta [Basics of prosthetic dentistry for children]. Moscow: FGOU «VUNMC» Roszdava, 2008. 192 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Detskaya chelyustno-litsevaya hirurgiya. Sbornik illyustrirovannykh klinicheskikh zadach i testov [Children's maxillofacial surgery. Collection of illustrated clinical tasks and tests [Internet resource]. In O.Z. Topol'nitskii, A.P. Gurgenzadze (ed.). 2nd ed. Moscow: GEHOTAR-Media, 2015. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Rukovodstvo po ortodontii [Guide to orthodontics]. In F. Ya. Horoshiilkina (ed.). Moscow: Medicina, 1982, pp. 416–419. (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Hirurgicheskaya stomatologiya [Dental surgery]. In T.G. Robustova (ed.). 2nd ed. Moscow: Meditsina, 2003. 504 p.

7. Fomenko I.V., Kasatkina A.L., Timakov I.E., Kuchkina I. V. Vozrastnye aspekty planirovaniya ambulatornykh vmeshatelstv u detej [Age-related aspects of planning outpatient interventions in children]. *Dental Forum*, 2019, no. 4, pp. 98–99. (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Fomenko I.V., Kasatkina A.L., Ismajlova V.I., et al. Klinicheskie aspekty provedeniya ambulatornykh hirurgicheskikh vmeshatel'stv u detej [Clinical aspects of outpatient surgical interventions in children]. *Aktualnye voprosy stomatologii* [Actual issues of dentistry], 2017, pp. 374–378. (In Russ.; abstr. in Engl.).

9. Suter V.G., Bornstein M.M. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *Jeriodontol*, 2009, no. 80 (8), pp. 1204–1219.

10. Segal L. M., Stephenson R., Dawes M., Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Canadian Family Physician*, 2007, no. 53 (6), pp. 1027–1033.

Контактная информация

Кроман Юлиан Олегович – аспирант кафедры стоматологии детского возраста, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: gateofaden@yandex.ru