



Частное образовательное учреждение
высшего образования
**«Санкт-Петербургский
медико-социальный институт»**

Муратов И.В.

КОРОТКИЕ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА И ГУБ

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
2019**

Частное образовательное учреждение
высшего образования
«Санкт-Петербургский медико-социальный институт»

*Кафедра хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии*

Муратов И.В.

КОРОТКИЕ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА И ГУБ

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2019

УДК 616.311.4 616.317.4
ББК 56.6+57.336.6я7
М91

Муратов И.В. Короткие уздечки языка и губ: учебное пособие. — СПб.: СПбМСИ, 2019. — 112 с.

В данном пособии рассмотрены вопросы, касающиеся особенностей диагностики, клиники и лечения пациентов с распространёнными малыми аномалиями развития полости рта - короткой уздечки языка, короткой уздечки верхней губы, короткой уздечки нижней губы, мелким сводом преддверия рта. Приведено описание некоторых врождённых синдромов, в структуре которых аномалии уздечек языка и губ являются наиболее значимыми. Материал, изложенный в пособии, является результатом анализа и обобщения собственных клинических наблюдений и данных специализированной медицинской литературы российских и зарубежных авторов.

Учебное пособие предназначено для студентов стоматологического факультета, клинических ординаторов.

Автор:

Муратов Игорь Васильевич – доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии стоматологии Частного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт» (ЧОУ ВО «СПБМСИ»).

Рецензент:

Балин Виктор Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ЧОУ ВО «СПБМСИ».

Рассмотрено и рекомендовано к изданию Учёным советом ЧОУ ВО «СПБМСИ», протокол № 5 от 27 февраля 2019 г.

УДК 616.311.4 616.317.4
ББК 56.6+57.336.6я7
М91

© Муратов И.В., 2019
© ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский
медико-социальный институт», 2019

ISBN 978-5-907053-31-1

Отпечатано в типографии "СМДЖИ ПРИНТ", 197101 г. Санкт-Петербург, ул. Рентгена д.1. Тираж 500 экз. Выход в свет 27.09.2019 г.

Содержание

Введение	6
Глава 1 Понятие и классификация малых аномалий развития	9
Глава 2 Короткая уздечка языка	18
Глава 3 Короткая уздечка верхней губы.	46
Глава 4 Короткая уздечка нижней губы и мелкий свод преддверия рта.	56
Глава 5 Уздечки полости рта в структуре некоторых наследственных синдромов и болезней	60
Заключение	66
Тестовые задания к учебному пособию	68
Рекомендованная литература	72

Список сокращений

АЛТ - аланинаминотрансфераза

ВПР - врожденный порок развития

ЖКТ- желудочно-кишечный тракт

КУВГ- короткая уздечка верхней губы

КУНГ - короткая уздечка нижней губы

КУЯ - короткая уздечка языка

МАР - малая аномалия развития

ОНР - общее недоразвитие речи

ФТЛ – физиотерапевтическое лечение

ФФН - фонетико-фонематическое недоразвитие

ЦНС - центральная нервная система

ЧЛО - челюстно-лицевая область

Введение

Проблема лечения пациентов с укорочением уздечки языка, короткой уздечки верхней губы, короткой уздечки нижней губы в учебной медицинской литературе освещена достаточно, но иногда однобоко и шаблонно, с описанием взглядов и методик 30-50 летней давности. Мы можем с уверенностью утверждать, что нередко представления о диагностике и лечении пациентов с названными малыми аномалиями развития являются устойчивыми медицинскими и бытовыми мифами. Более того, ошибочные взгляды на лечение пациентов с короткой уздечкой языка демонстрируют яркий пример влияния бытового мнения на принятие решений о необходимости хирургического вмешательства. При анализе обращаемости за консультативной медицинской помощью детей до трёх лет с целью диагностики анкилоглоссии и определения тактики лечения, нами выявлено, что поводом для обращения в 43% были рекомендации врачей (особенно педиатров и неврологов) и логопедов; в 34% - родительские страхи и собственный опыт родителей; совет родственников или знакомых в 15%. Только в 8% родители предъявляли жалобы на, те или иные функциональные нарушения у ребёнка связанные с короткой уздечкой языка. Таким образом, в 49% обращение к специалисту было продиктовано бытовым мнением о необходимости обязательного хирургического лечения ребёнка с короткой уздечкой языка.

Такое положение сформировалось отчасти исторически, когда на протяжении десятилетий и даже веков, считалось правильным и полезным рассечь уздечку языка у новорождённого. С этой целью повивальные бабки даже специально отращивали ноготь на мизинце, который выполнял роль ланцета для рассечения спаек, комиссур и уздечек. Только с появлением современных работ, посвящённых биомеханике грудного вскармливания и

физиологии речи, было доказано, что влияние укорочения уздечки языка на вскармливание новорождённых и формирование речи значительно преувеличено. Так, уже в 1941 году McEneary E.T. и Galnes F.P. обследовав 1000 пациентов с короткой уздечкой языка доказали, что названная аномалия не влияет на развитие речи в целом. С развитием ортодонтии и пародонтологии меняются взгляды специалистов и на необходимость хирургического лечения пациентов с аномалиями уздечек верхней и нижней губ. Ещё 15-20 лет назад предварительное хирургическое пособие при ортодонтическом лечении пациента с диастемой было своего рода парадигмой стоматологии. В настоящее время всё больше врачей-ортодонтотв воздерживаются от направления пациента с диастемой к хирургу-стоматологу.

Необходимо отметить, что не только в России, но и в других странах в настоящее время нет общепризнанных критериев диагностики короткой уздечки языка, соответственно нет и чётких показаний к хирургическому лечению данной патологии. Отсутствуют и согласованные в медицинском сообществе сроки и способы лечения. Walsh J.M. и соавторы (2017) сообщили о национальных тенденциях в лечении анкилоглоссии в США с 1997 по 2012 годы. Были проанализированы выборочные статистические данные базы данных проекта «Расходы на здравоохранение и их использование» о распространённости короткой уздечки языка и френоулотомии у новорождённых. Получены следующие результаты: диагностика анкилоглоссии увеличивалась с каждым годом - с 3934 случаев в 1997 году до 32837 в 2012 году; количество френулотомий с 1279 в 1997 году до 12 406 в 2012 году. Диагностика случаев анкилоглоссии и количество операций выросли примерно в 10 раз за 6 лет! При этом было отмечено, что среди прооперированных существует значимое преобладание пациентов с высоким средним доходом и жителей Среднего Запада. Авторы делают вывод, что широкий разброс в диагностике и лечении короткой

уздечки языка может отражать местные медицинские практики, культурные и социально-экономические предрассудки. Попросту говоря, на гипердиагностику анкилоглоссии, не в последнюю очередь влияет платёжеспособность пациента. Те же специалисты в обзоре медицинской литературы пишут, что «...способность делать конкретные практические рекомендации ограничена нашим текущим пониманием анкилоглоссии».

Некоторая инертность медицинского сообщества в отношении названных выше вопросов обусловлена ещё и тем, что при изучении малых аномалий развития в ВУЗе эти проблемы не получают должного внимания.

В данном пособии вопросы лечения пациентов с укорочением уздечки языка, короткой уздечки верхней губы, короткой уздечки нижней губы рассмотрены с точки зрения анатомо-функциональных нарушений в различные возрастные периоды. В учебном пособии дано общее определение малых аномалий развития их клинического значения и роли в синдромологии. Рассмотрено значение малых аномалий развития полости рта в структуре некоторых врождённых и наследственных синдромов и болезней.

Высказывая своё мнение по данной проблеме, мы опираемся на многолетний опыт лечения детей с врождёнными аномалиями челюстно-лицевой области в клинике детской челюстно-лицевой хирургии.

Глава 1

Понятие и классификация малых аномалий развития

В настоящее время не существует однозначного общепринятого определения врождённых аномалий развития, врождённых пороков, малых аномалий развития. Это связано, в том числе и с тем, что фенотипические проявления одной и той же врождённой аномалии, имеющей одинаковый этиопатогенез часто крайне вариабельны и могут быть отнесены как к врождённому пороку, так и к малой аномалии развития. Так, например врождённую подслизистую расщелину нёба (несмотря на характерные функциональные нарушения) иногда относят к малым аномалиям развития, а не к врождённым порокам. *Нечёткость определений влияет и на классификации заболеваний и на достоверность статистических исследований.* В «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10 пересмотра (МКБ -10) короткая уздечка языка (код Q38.1) справедливо отнесена к XVII классу – врождённые аномалии (пороки развития), а сверхкомплектные зубы (код K00.1), несомненно, являющиеся аномалией развития, к XI классу – болезни органов пищеварения.

Приведём некоторые определения, касающиеся нашей темы.

Аномалия (греч. – отклонение) – отклонение от структуры и /или функции, присущей данному биологическому виду, возникшее вследствие нарушения развития организма (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982).

Порок развития (ВПР, мальформация) - аномалия развития, повлекшая за собой грубые изменения строения и функции органа или ткани (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1983).

Врожденный порок развития (ВПР), или большая аномалия развития (БАР) - стабильный патологический признак, регистрируемый как морфологическое изменение органа (большого участка тела), выходящее за пределы вариаций границ строения (за границы нормы) и сопровождающееся нарушением

функции, т.е. стойкое морфофункциональное нарушение. (Мутовин Г.Р., 2010)

Малая аномалия развития (МАР) - (редко используемые синонимы: стигмы дизэмбриогенеза, дисгенезия, дисгенетический признак, дисплазия, стигмы, стигматизация, диспластическая стигма, малые признаки вырождения, конституционально-морфологические дисгенезии, малые диспластические признаки, дизэмбриогенетический признак, дисморфологическая черта, микродегенеративный признак, микропризнак) – *врождённый патологический морфологический признак, незначительное отклонение в строении органа, участка органа или анатомического образования не влияющее или влияющее несущественно на его функцию.* (Муратов И.В. 2013)

Необходимо чётко представлять, что аномалии формы, возникшие под влиянием внешних причин после рождения, не являются малыми аномалиями развития. Например, изменение формы носа в результате травмы.

Этиология МАР такая же, как и у ВПР, т.е. аномалии могут возникать вследствие действия какого-либо тератогена (экзогенные причины), иметь моногенный, хромосомный или чаще мультифакториальный тип наследования. МАР формируются внутриутробно при нарушении эмбриогенеза или фетогенеза. Основные клеточные механизмы патогенеза МАР – изменения размножения, миграции и дифференцировки (Лазюк Г.И., 1991) Редко МАР формируются в постнатальном периоде при «созревании» органа или ткани (например, сверхкомплектные зубы).

Большинство МАР являются стабильными патологическими признаками и проявляются при рождении. Некоторым МАР характерна возрастная положительная динамика – т.е. при росте организма происходит уменьшение клинических проявлений, вплоть до полного их исчезновения, например седловидная деформация носа, пигментные пятна. Отмечают так же расовые и национальные различия в характеристиках МАР.

Роль МАР в медицине:

- Самостоятельное клиническое значение
- Маркеры при медико-генетических исследованиях, в том числе при пренатальной диагностике
- Маркеры при дифференциальной диагностике некоторых врождённых и наследственных синдромов
- Маркеры при оценке экологической обстановки территории

В плане синдромальной диагностики имеет значение *количество* МАР, их *сочетание и качество*. Клинически значимыми являются *количественные характеристики* МАР. Так, у детей с диспластическим вариантом задержки внутриутробного развития, внутриутробной инфекцией, уменьшением гестационного возраста количество МАР всегда больше, чем у здоровых детей. Диагностическое значение имеет обнаружение у больного 4-5 стигм и более (Н.П. Шабалов, 1995). Примером *сочетания* МАР является синдром Дауна – поперечная ладонная складка, брахидактилия, эпикант, монголоидный разрез глаз. *Качественными* характеристиками обладают МАР не встречающиеся или крайне редко встречающиеся в общей популяции и являются наиболее важными для установления диагноза и часто бывают патогномичными, например крыловидные складки шеи при синдроме Шерешевского-Тернера, свищи на красной кайме нижней губы при синдроме Ван Дер Вуда (рис1).



Рис. 1 Свищи (ямки) на красной кайме нижней губы являются патогномичными МАР для диагностики синдрома Ван дер Вуда (A. van der Woude). Аутосомно-доминантный тип наследования, минимальные диагностические признаки - расщелина губы и/ или нёба и свищи (ямки) на нижней губе или на двух губах.

Количественная и качественная характеристика МАР полости рта и челюстно-лицевой области приобретают всё большее значение как маркеры при определении благополучия экологической обстановки региона. С широким внедрением в методики пренатальной диагностики ультразвукового исследования плода, некоторые МАР челюстно-лицевой области могут служить надёжными маркерами хромосомных аномалий. Так, при генетической патологии носовая кость плода укорочена относительно показателей для данного срока беременности. УЗ измерение длины носовых костей плода в настоящее время считается высокочувствительным маркером для синдрома Дауна (до 80% случаев) синдрома Эдвардса (до 75%).

Для учёта, регистрации и стандартизации МАР разделяют на три группы: альтернативные, измерительные и описательные (Мутовин Г.Р., 2010)

К *альтернативной группе* МАР – относят морфологические структуры, которые в норме отсутствуют: околоушные кожно-хрящевые рудименты, стрии, полидактилия, сверхкомплектные зубы и др. (рис. 2, 3,4).



Рис. 2. Пример альтернативной группы МАР. Врождённые околоушные кожно-хрящевые рудименты. Патогенез связан с нарушением миграции клеток первой жаберной дуги при развитии ушной раковины – гетеротопия.

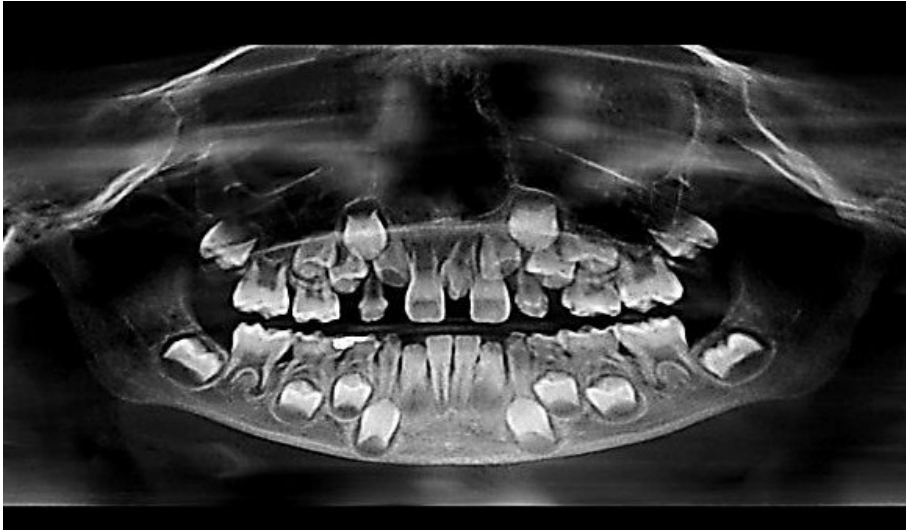


Рис.3 Пример альтернативной группы МАР. Ортопантомограмма – сверхкомплектный зуб между центральными резцами верхней челюсти. Диастема обусловлена сверхкомплектным зубом.



Рис.4 Пример альтернативной группы МАР. Полидактилия.

К *измерительной группе* МАР относят аномалии органов или анатомических образований, которые отличаются от нормы абсолютным или относительным количественным значением (уменьшение, увеличение, искривление и др.). При этом аномалией считают признак, количественное значение которого отличается от среднего в 2 сигмы ($\langle \Sigma, \sigma \rangle$ -стандартное отклонение) и более. Примерами МАР измерительной группы являются арахнодактилия, брахидактилия, короткая уздечка языка, короткая уздечка верхней губы, короткая уздечка нижней губы и др. (рис. 5). Однако, для некоторых МАР измерительной группы нет общепринятых и достоверно определённых стандартных отклонений.



Рис.5 Пример измерительной группы МАР. Короткая уздечка языка.

Описательная группа- это МАР при определении которых количественные признаки трудноприменимы, например, гамартии (неправильное соотношение тканей, сопровождающееся опухолевидным разрастанием) пигментация. Допустима их оценка в баллах: I балл - слабовыраженная МАР, II балла - четко определяемая МАР, III балла - резко выраженная (Мутовин Г.Р., 2010). Большинство МАР зубов относят к описательной группе (рис. 6)

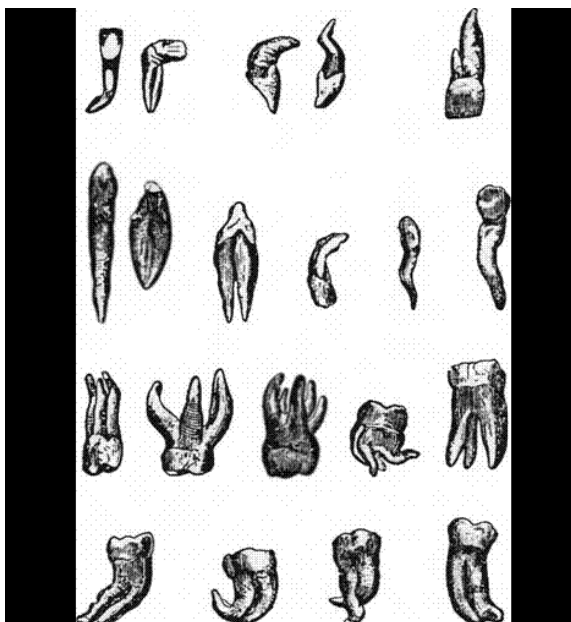


Рис. 6 Пример описательной группы МАР. Аномалии формы зубов по В.В. Куприянову, В.Н. Воскресенскому (1970)

Для МАР характерен клинический полиморфизм, значительная вариабельность фенотипических проявлений. Зачастую дифференцировать МАР от нормы очень сложно, особенно для измерительной и описательной групп аномалий. При этом необходимо отличать понятие «норма» и «норматив». Норматив - это своего рода стандарт, определённый чаще среднестатистически. Норма в физиологии – динамическое соответствие морфологических и функциональных показателей изменяющимся условиям среды. Норма определена *нормой реакции*. Норма (диапазон) реакции - это генетически детерминированный предел изменчивости фенотипа, в котором биологическая система оптимально функционирует в соответствии с меняющимися условиями окружающей среды.

МАР довольно распространены в общей популяции – при углублённом обследовании обнаруживают до 25 % тех или иных врождённых аномалий (Шабанов Н.П., 1995). *Статистическим критерием, принятым в дизморфологии для некоторых видов МАР является предел в 4 %. То есть если исследуемый в общей популяции признак составляет 4 и более процента, то его рассматривают как норму, если менее – то, как малую аномалию развития.*

Таким образом, при диагностике МАР необходима чёткость в определениях и понятиях, знание вариантов нормы, в том числе возрастной, национальной и расовой. Ошибочно принятый за норму патологический признак и, что чаще бывает, когда за аномалию принимают крайний вариант нормы, негативно сказывается не только на результатах статистических исследований, но и на результатах лечения.

Самостоятельное клиническое значение МАР не столь велико как у больших пороков развития. Функциональные нарушения, связанные с МАР чаще бывают несущественными, однако многие из этих аномалий являются самостоятельными нозологическими единицами. Особенно это характерно для МАР челюстно-лицевой области. Некоторые из малых аномалий ЧЛЮ влияют только на эстетическую, коммуникативную функцию лица (околоушные кожно-хрящевые рудименты, *labium duplex*, и т.д.), но могут приводить к социальной дезадаптации и, требуют хирургического лечения и/или психологической помощи (рис. 7).



Рис. 7 Врожденная деформация левой ушной раковины (выступающее ухо, лопухость). Подобные аномалии челюстно-лицевой области могут приводить к социальной дезадаптации, особенно в пубертаный период. Лопухость относят и к МАР и к ВПР, в зависимости от контекстной трактовки и клинической картины.



Рис. 8 Голубые склеры – эти стигмы дисэмбриогенеза (МАР) характерны для обширной группы наследственных синдромов, обусловленных дисплазией соединительной ткани.

Чёткой границы между малыми аномалиями развития и большими аномалиями развития нет. Примером этому может служить лопухость – разные специалисты относят эту аномалию, как к врождённым «большим» порокам, так и к МАР (рис. 7). Если строго следовать определению аномалий, приведённому выше, то лопухость может подойти как к малым аномалиям, так и к врождённым порокам. Определяющим в этом случае является нарушение функции - функция слуха при лопухости не нарушена. При подобной трактовке лопухость относят к МАР. Однако,

деформированная ушная раковина нарушает главную функцию лица человека в целом – коммуникативную, эстетико-физиогномическую. С таких позиций лопухость необходимо считать большой аномалией развития, т.е. стойким морфофункциональным нарушением.

Проводя диагностику и определяя показания к лечению, необходимо соотносить морфологические изменения органа или его части с нарушением функции. Основными функциями лица и зубочелюстного аппарата человека G.H. Schumacher (1983,1988) считает следующие:

1. Моторную (двигательная) функцию. Обеспечивает сосание, жевание, глотание и др.
2. Сензитивную и сенсорную. Обеспечивает чувствительность (болевая, температурная, вкусовая и др.).
3. Речевую функцию
4. Эстетико-физиогномическую функцию, которая связана с психико-психологическим восприятием внешности индивидуумом и окружающими.
5. Респираторную функцию.

Речевая и эстетико-физиогномическая функции присущи только человеку, поэтому их нарушения приводят в основном к социальной дезадаптации.

При таких аномалиях ЧЛЮ как короткие уздечки верхней и нижней губы, короткая уздечка языка, показания к лечению определяют исходя из выраженности нарушения функций и возраста пациента.

Глава 2

Короткая уздечка языка

Уздечка языка (*frenulum linguae*) – складка слизистой оболочки полости рта, идущая по средней линии и соединяющая дно полости рта с нижней поверхностью языка (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984). Иногда употребляют термины лингвальная связка, подъязычная связка. Функция уздечки языка – дополнительная фиксация языка к мягким тканям полости рта, предупреждение западения языка, глоссоптоза, особенно в период новорожденности. В норме уздечка языка идёт от середины нижней поверхности языка и прикрепляется к слизистой оболочке дна полости рта в области выводных протоков подъязычных слюнных желёз (рис. 9). Свободный кончик языка ребенка к возрасту 18 месяцев должен достигать не менее 16 миллиметров (Kotlow L.A., 1999 ., С.Watson., 2002). Считается, что длина уздечки языка в период сменного прикуса должна быть не менее 21 мм, а ширина не более 4 мм. (Золотухина Г.А., Косырева Т.Ф.,1999).

Измерение абсолютных размеров уздечки языка не нашло широкого применения в клинической практике. Несмотря на то, что короткую уздечку языка относят к МАР измерительной группы, в клинической практике морфологические изменения при укорочении уздечки принято описывать в зависимости от места её прикрепления к языку и слизистой оболочке дна полости рта (рис 9,10).

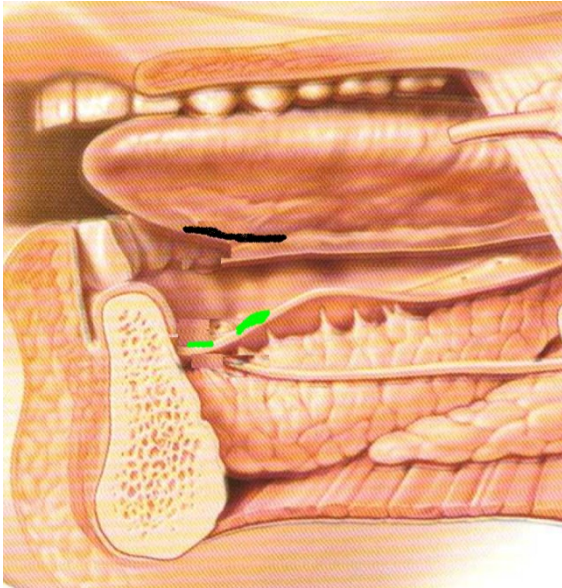


Рис.9. Варианты прикрепления уздечки языка в норме. Чёрным цветом выделено допустимое место прикрепления к нижней поверхности языка. Зелёным – к слизистой оболочке дна полости рта.

Короткая уздечка языка – одна из наиболее распространённых МАР органов полости рта. Данную патологию иногда называют анкилоглоссией. Анкилоглоссия (ankyloglossia) – аномалия развития: укорочение уздечки языка от Ankilos – (греч., кривой, изогнутый) составная часть сложных слов, означающая 1) «изогнутость», крючкообразная форма 2) «тугоподвижность или сращение частей» и Glossa – (греч.) – язык (энциклопедический словарь медицинских терминов 1982). Этот термин предложил A.F. Wallace в 1963 обозначив его как состояние, при котором кончик языка не выходит за пределы нижних резцов. Термин анкилоглоссия не нашел широкого распространения в отечественной медицинской литературе и клинической практике, хотя отражает некоторые клинические проявления (изогнутость языка и его тугоподвижность). В англоязычной медицинской литературе наиболее употребимы термины Tongue-tie, Ankyloglossia, Short lingual frenum.

По данным различных авторов короткая уздечка языка диагностируется у 2,3-19% обследуемых, причём у мальчиков достоверно

чаще, чем у девочек (Образцов Б. Л., Варакина И.А., 1985). По сведениям В.Л. Быкова (1996) короткая уздечка языка встречается с частотой 1: 300 у новорожденных. А.Н. Messner и др. в 2000 г. сообщили о результатах обследования 1041 новорожденных – короткие уздечки языка были обнаружены у 4,8% соотношение полов (М : F) - 2.6:1.0. ***Столь значимый разброс статистических данных свидетельствует о нечёткости применяемых диагностических критериев, различных принципах классификации.***

Этиологически короткая уздечка языка чаще обусловлена наследственной предрасположенностью. Не исключено и влияние средовых факторов на средних и поздних сроках фетогенеза.

Клинические проявления короткой уздечки языка.

В период беззубой ротовой полости (до 6 мес.) при сомкнутых челюстях язык занимает всю полость рта, его края выходят за пределы дёсен. В норме в переднем отделе полости рта имеется щель между десневыми валиками примерно 3 мм. кончик языка располагается между ними. Подвижность корня языка небольшая и увеличивается до нормальной к 3-6 месяцам. В этот период сосание и глотание у ребенка *инфантильное*, т.е. язык при глотании отталкивается от сомкнутых губ, имеется видимое напряжение мимических мышц окологротовой области. В дальнейшем инфантильный тип сосания и глотания заменяется на *соматический*, когда язык отталкивается от нёбной поверхности зубов и передней поверхности твёрдого нёба. В период формирования временного прикуса язык в норме располагается за зубами.

При короткой уздечке во время напряжения языка его кончик раздвоен в виде стилизованного сердечка, приподнимаются края языка (рис. 5,11,12). Ребёнок не может облизать верхнюю и нижнюю губы. Задняя часть языка при попытке высунуть его приподнимается, язык становится изогнутым, «горбатым». Короткая уздечка начинается от кончика языка или в передней его трети и прикрепляется к слизистой оболочке альвеолярного отростка

нижней челюсти (рис. 10). Имеются варианты анкилоглоссии, когда уздечка прикрепляется в области выводных протоков подъязычных слюнных желёз, а затем, меняя направление, вплетается в слизистую оболочку альвеолярного отростка в виде «гусиной лапки» (рис. 11). Даже при короткой уздечке (менее 1,5 см.) если она прикрепляется к мягким тканям дна полости рта, не всегда возникают функциональные нарушения – затруднение сосания в период грудного вскармливания и нарушения звукопроизношения при формировании фразовой речи (рис.12).

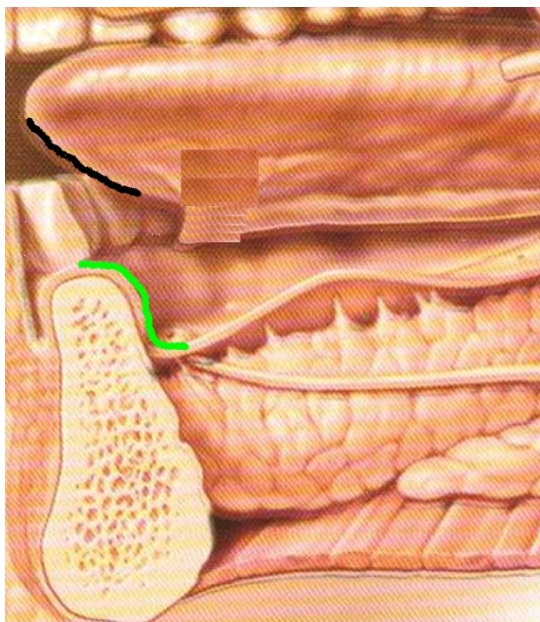


Рис.10. Варианты прикрепления уздечки языка при укорочении. Чёрным цветом выделено место прикрепления уздечки к кончику языка и передней его трети. Зелёным – к слизистой оболочке альвеолярного отростка и переходной складке слизистой оболочки дна полости рта.



Рис. 11. Короткая уздечка языка прикрепляется к слизистой оболочке альвеолярного отростка веерообразно - в виде «гусиной лапки». Задняя часть языка изгибается при попытке его поднять.



Рис. 12 Короткая уздечка языка у ребёнка 2 месяцев. Уздечка языка начинается от передней трети вентральной поверхности языка и прикрепляется к переходной складке подвижной и неподвижной слизистой оболочке альвеолярного отростка. Кончик языка раздвоен в виде стилизованного сердечка. Несмотря на выраженную морфологическую картину МАР, нарушения функции сосания в данном клиническом примере нет.

В результате тугоподвижности языка, обусловленной короткой уздечкой, могут формироваться аномалии прикуса, первыми признаками которых в период временного прикуса является разворот центральных нижних резцов в язычную сторону (рис.13).



Рис. 13. Короткая уздечка языка способствует развороту центральных нижних резцов в язычную сторону.

Развитие языка начинается на 4 неделе эмбриогенеза. Язык формируется из мезенхимы первой, второй и третьей жаберных дуг. В результате слияния первых жаберных дуг (латеральных язычных бугорков) образуется тело и верхушка языка. В месте соединения этих первичных эмбриональных структур образуется срединная бороздка языка, соединительнотканная перегородка в толще языка и его уздечка. У 70% новорожденных в мышцах переднего отдела языка над подъязычной костью имеется овальный гиалиновый узел, соединительнотканная капсула которого в виде тонкой пластинки вплетается в уздечку и затем в перегородку языка. К 2-3 годам этот гиалиновый узел редуцируется. У новорожденного длина языка в среднем составляет 40 мм., ширина – 27 мм., толщина – 20 мм.. У

взрослых длина языка варьирует от 12 до 28 см. Соотношение между величиной языка у взрослого и ребенка составляет 3,4: 1 (Андронеску А., 1970). Окончательное формирование кончика языка происходит в пренатальный период и завершается после рождения ребенка (Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова СВ., 2003). Патология уздечки языка в виде её укорочения и неправильного прикрепления «обуславливается неполным разрушением эпителиальных клеток, которые в ходе развития вырастают в подлежащую мезенхиму, а в дальнейшем дегенерируют, образуя желобок вокруг языка» (Быков В.Л., 1999). Эмбриопатогенез коротких уздечек языка - нарушение эпителиально-мезенхимального взаимодействия - сходен с формированием других аномалий полости рта.

Классификации коротких уздечек языка.

Ф.Я. Хорошилкина (1965) выделяет 5 видов уздечек, ограничивающих подвижность языка, описывая уздечки языка по форме и плотности, а также особенностям соединения ее волокон с мышцами языка.

- 1) тонкие, прозрачные уздечки, ограничивающие его подвижность в связи с незначительной его протяженностью.
- 2) тонкие, полупрозрачные уздечки, прикрепленные близко к кончику языка и имеющие незначительную протяженность. При поднятии кончика языка в его центре образуется желобок.
- 3) уздечки представляющие собой плотный, короткий тяж, прикрепленный близко к кончику языка. При выдвигении языка его кончик подворачивается, а спинка выбухает, при этом затруднительно или невозможно выполнить облизывание верхней губы, так как ограничение подвижности языка обусловлено фиксацией его кончика соединительнотканым тяжом, под которым располагается тонкая дубликатура слизистой оболочки.
- 4) тяж уздечки выделяется, но сращен с мышцами языка.

5) тяж уздечки малозаметен его волокна переплетаются с мышцами, ограничивая подвижность языка.

C. E. Horton и др. (1969) анкилоглоссию разделяет на три степени тяжести в зависимости от формы уздечки

1. Лёгкая – уздечка в виде слизистой пластинки
2. Средняя – уздечка содержит волокна м. genioglossus с заметными фиброзными изменениями
3. Полная – сращение языка со слизистой оболочкой дна полости рта

L.A. Koflow (1994) предложил классификацию анкилоглоссии в зависимости от длины свободного кончика языка, выделив 4 степени (класса):

1. Лёгкая 1: 12-16 mm
2. Средняя 2: 8 - 11 mm
3. Тяжёлая 3 - 7 mm
4. Полная 4: < 3 mm

A.K. Корсак (2000) выделяет 2 типа короткой уздечки языка:

- 1) уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная в виде дубликатуры слизистой без включения крупных сосудов и соединительнотканых тяжей (при выдвижении язык раздвоен, ребенок не может достать кончиком небо, облизать губы).
- 2) уздечка языка короткая, толстая, мощная, непрозрачная, в толще ее имеются соединительнотканые тяжи, крупные сосуды (кончик языка раздвоен во время функции, подвижность его ограничена).

Garcia Pola, H. J. и др. (2002) выделяют три степени угнетения подвижности языка

LI = язычная подвижность от 51% до 100%

LII = язычная подвижность от 31% до 50%

LIII = язычная подвижность <30%

Анкилоглоссию оценивают, измеряя расстояние между режущими краями резцов при максимально открытом рте, когда кончик языка упирается в нёбный валик.

Ruffoli R. и др., (2005) предложили измерять длину уздечки при открытом рте, когда кончик языка касается нёбного сосочка. За норму предложили считать длину 2,0 – 2,3 см. В зависимости от длины уздечки выделяют три степени:

1. Лёгкая от 1,6 до 1,9 см
2. Средняя от 0,8 до 1,5 см
3. Тяжёлая менее 0,7 см

Л.В. Харьков., Л. Н. Яковенко, И. Л. Чехова (2005) различают два варианта прикрепления короткой уздечки языка:

- 1) к верхушке языка и тканям дна ротовой полости кпереди от подъязычных сосочков.
- 2) к верхушке языка и альвеолярному отростку.

Таким образом, хотя короткие уздечки языка и относят к измерительной группе MAP, но в классификациях часто используют описательные признаки. Кроме того в клинической практике, особенно у детей младшего возраста, измерение длины уздечки бывает крайне затруднительно.

В настоящее время отсутствуют чёткие общепринятые морфологические критерии соответствующие определению «Короткая уздечка языка» и соответственно отсутствует общепринятая классификация этой патологии.

Мы считаем, что в формулировке диагноза при повседневной клинической работе нет необходимости в строгом разделении анкилоглоссии на типы. Достаточно описания анатомических и функциональных нарушений в status localis истории болезни.

Считаем, что для описания анатомических изменений при диагностике короткой уздечки языка необходимо и достаточно определить место прикрепления уздечки к нижней поверхности языка и дну полости рта (рис 10).

Показания к хирургическому лечению пациентов с короткой уздечкой языка нужно определять не по факту наличия аномалии, а по степени функциональных нарушений в соответствующем возрасте пациента.

Функции языка.

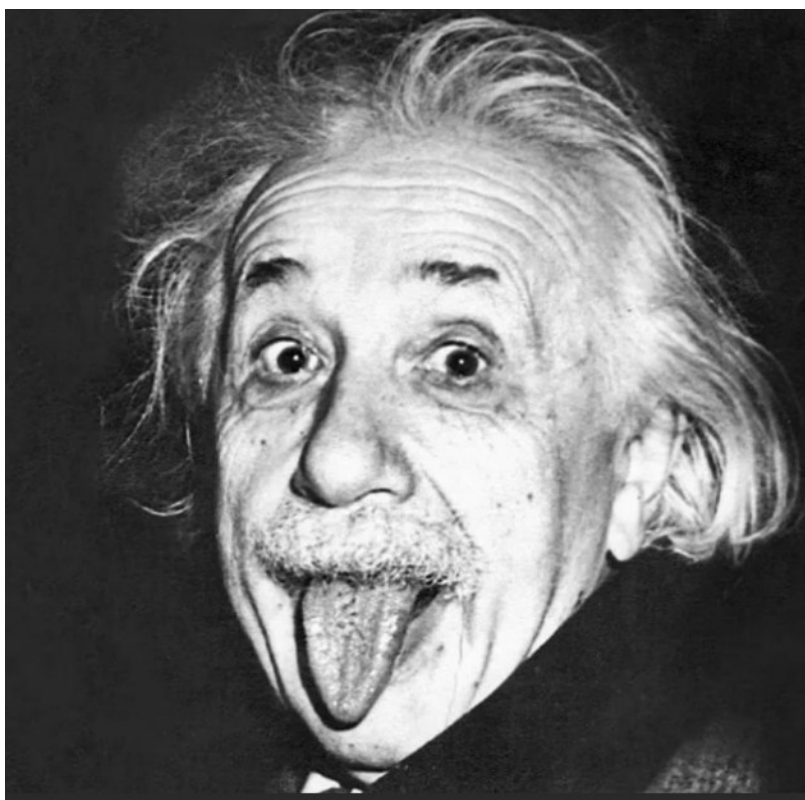
Функции языка можно разделить на две большие группы: чувствительные и двигательные (механические). У некоторых видов животных язык играет значительную роль в терморегуляции.

К чувствительным функциям относят вкусовую, температурную, тактильную, болевую. На чувствительные функции патология уздечки языка влияния не оказывает.

Двигательные функции языка в свою очередь можно разделить на алиментарную, речевую и эстетическую.

Язык, как орган системы пищеварения участвует в обеспечении алиментарных функций - жевания, глотания, сосания, лизания, лакания, очищения полости рта (плевание). Короткая уздечка языка может препятствовать в реализации названных механических функций, в основном сосания. Лизание и лакание являются рудиментарными для человека алиментарными функциями.

Язык является одним из основных артикуляторов, обеспечивающих функцию речи. Речь присуща только человеку, её физиологическую основу составляет *вторая сигнальная система*. Патология уздечки языка не влияет на формирование речи в целом, а лишь на образование некоторых звуков. Эстетическое (эстетико-физиогномическое) значение языка играет заметную роль в социализации индивидуума. Различные «дразнилки», показывание языка, характерны для людей различного возраста, социального положения, рас и национальностей.



Сосание.

В настоящее время значение реализации сосательного инстинкта в период новорожденности и грудного (естественного) вскармливания не вызывает сомнений - «...именно в естественном вскармливании заложены реальные пути и возможности достижения биологического совершенства в рамках собственного вида, реализации и корректировки генетического фонда, специфических для вида форм начальной социализации ... Работа мышечного аппарата сосания при кормлении ребенка определяет

возникновение усилий и напряжений, наиболее адекватно регулирующих анатомическое формирование зубочелюстной системы, мозгового черепа, а также аппарата звуковоспроизведения» (Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Хазенсон Л.Б., 1993).

Сосание - врождённый безусловный рефлекс (инстинкт), формируется в период внутриутробного развития. У 18-недельного плода наблюдаются сосательные движения губ, на 21—22 неделе — спонтанное сосание, на 24 неделе — искательные и сосательные реакции. Сосательный рефлекс – один из самых устойчивых, отсутствие или значительное угнетение которого наблюдается крайне редко. Так, сосательный рефлекс наблюдается даже у млекопитающих с аэнцефалией. Возбуждение от рецепторов губ и языка передаётся по центростремительным нервам (тройничному) на центр сосания, находящийся в бульбарной области, центробежные нервы (тройничный, лицевой, подъязычный) передают возбуждение на язык, жевательные и мимические мышцы, обеспечивающие акт сосания. В первые недели жизни ребёнка сосание является безусловным рефлексом, который постепенно меняется на смешанный, а затем на условный рефлекс.

Нереализованный сосательный инстинкт часто приводит к различным видам невротических состояний, проявляющихся на протяжении всей жизни.

При грудном вскармливании акт сосания делится на два этапа – всасывание и сжатие. Ребёнок обхватывает ареолу груди губами и дёснами, причём снизу больше, чем сверху, сосок находится на уровне мягкого нёба и не участвует в сосании. Одновременно опускается нёбная занавеска. Язык, приобретая форму жёлоба опускается вместе с нижней челюстью книзу и кзади, формируется мышечная волна, проходящая от передней к средней части языка, таким образом создаётся отрицательное давление в полости рта – 2-4 мм. ртутного столба. Герметичность обеспечивают так же поперечные

складки на слизистой оболочке губ и нёба, жировые комки Биша в щеках. Затем нижняя челюсть поднимается, а альвеолярные дуги сдавливают грудь, обеспечивая расслабление сфинктеров млечных протоков. Таким образом, чередование отрицательного давления при всасывании и положительного при сжатии обеспечивают дозированное и ритмичное поступление молока. ***Исключительно самостоятельной роли в сосании язык не имеет, его движения строго согласованы с движениями нижней челюсти, жевательных и мимических мышц.***

Сосание бутылочки для кормления отличается от грудного. При сосании бутылочки для кормления ребёнок совершает в основном втягивающие движения, которые обеспечивают мышцы щёк и поступательные движения языка. При этом поток молока получается непрерывным.

Затруднения вскармливания в период новорожденности.

Противопоказания к кормлению грудью.

У матери: особо опасные инфекции (натуральная оспа, геморрагические лихорадки и т.д.), открытая форма туберкулёза, сифилис, декомпенсация хронических заболеваний внутренних органов, злокачественные новообразования, острые психические заболевания, лечение некоторыми лекарственными препаратами. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди – оперативное родоразрешение, большая кровопотеря.

У ребёнка: фенилкетонурия, галактоземия, «болезнь с запахом кленового сиропа». Противопоказания к раннему прикладыванию к груди – оценка по шкале Апгар ниже 7.

Затруднения естественного вскармливания.

Со стороны матери: первичная гиполактия, значительная гиперлактация, ссадины, трещины, изменение формы сосков (рис.14), неправильная техника вскармливания, чередование кормления грудью и из бутылочки. Изменение вкуса и запаха молока при приёме в пищу некоторых продуктов и лекарств.

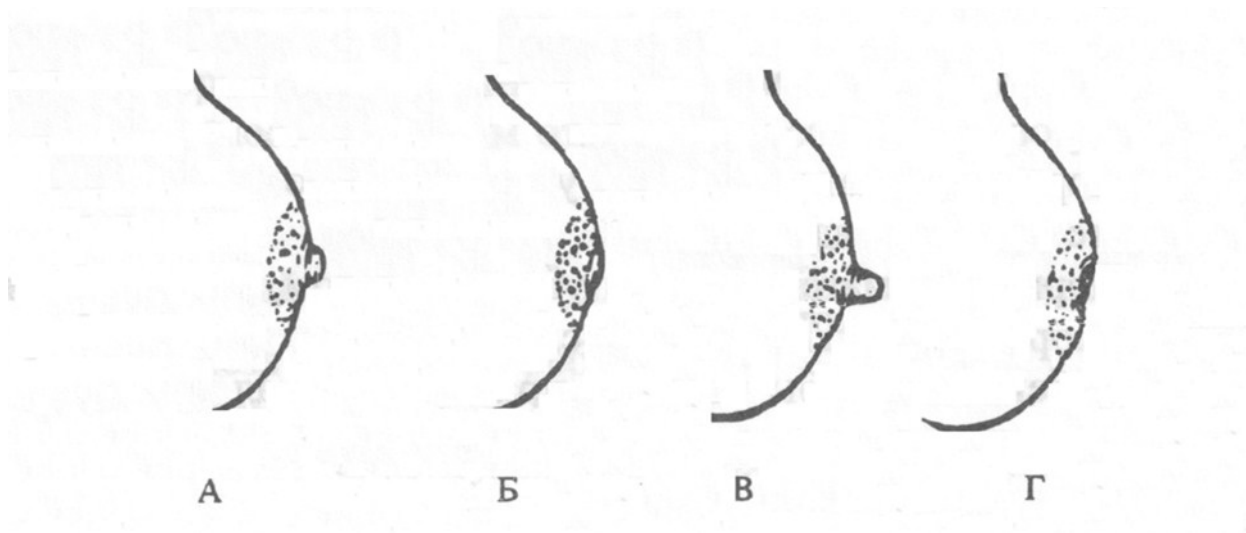


Рис.14. Виды сосков (по В.Ю. Назарову, В.В. Юрьеву, А.С. Симаходскому, 1996). А-средний сосок, Б- короткий и плоский сосок, В- длинный сосок, Г- втянутый сосок. Затруднения или даже невозможность вскармливания вызывает вдавленный, плохо растяжимый сосок. В таких случаях применяют корректор соска (чаще вакуумный) в дородовом периоде. Длинный сосок также может влиять на качество вскармливания при формировании т.н. «соскового сосания», когда ребёнок не захватывает грудь, а берёт в основном сосок.

Со стороны ребёнка: заболевания ребёнка как острые (ОРВИ, ринит и т.д.), так и врождённые, родовая травма и т.д.. Быстрая утомляемость ребёнка при сосании чаще связана с неврологическими проблемами. Наличие микрогении, расщелины нёба создают значительные проблемы при вскармливании. Существует категория детей, которые плохо сосут и не проявляют беспокойства от голода с самого начала вскармливания. Углублённое обследование и матери и ребёнка не выявляет какой либо патологии. Термины «ленивые сосуны» и «голодный счастливец» довольно точно обозначают эту проблему. По мнению И.М. Воронцова (1993) у таких детей возможно замедлено созревание гипоталамических центров голода.

Само по себе наличие короткой уздечки языка в период новорожденности и грудного вскармливания не влияет или незначительно влияет на качество кормления. Особенно если короткая уздечка языка прикрепляется в области мягких тканей дна полости рта, не вызывая тугоподвижности языка. В этом случае функциональные возможности языка необходимые для сосания не нарушаются. Здоровые дети при правильной технике кормления и отсутствии других причин довольно быстро адаптируются. Исключение составляют только крайние варианты анкилоглоссии, когда уздечка языка начинается от самого кончика и прикрепляется к вершине альвеолярного отростка. В любом случае решение о хирургическом лечении принимают только после обследования неонатолога, педиатра и других специалистов.

Речь

При рождении у ребёнка имеется только потенциальная способность к речеобразованию. Артикуляторы (звукопроизносительные органы) недостаточно развиты, гортань расположена значительно выше, чем у взрослого, речедвигательный анализатор не в состоянии обеспечить точные артикуляционные движения губ, языка и т. д. На втором месяце жизни возникают первые артикуляционные движения, проявляющиеся в виде лепета. Эти движения условно-рефлекторно не связаны с первосигнальными раздражителями. К концу первого года жизни формируются первые слова, употребляемые ребёнком в целях речевого общения с окружающими людьми. Происходит формирование второй сигнальной системы. Ребёнок учится формировать отвлечённый от обстоятельств образ. Абстрагирование и систематизация сложных понятий позволяют создавать сначала пассивный, а затем активный запас слов. В 2—3 года начинается развитие фразовой речи. Координация функционирования речевого аппарата обеспечивается корковой частью речедвигательного

анализатора, расположенного в левом полушарии головного мозга в заднем отделе третьей лобной извилины. Двигательный центр речи (центр Брока) в своей работе связан с центрами слуховой (центр Вернике) и письменной речи, а также с обширными мнестическими полями в лобном и заднем отделах полушарий головного мозга, обеспечивающими смысловую и содержательную стороны речи.

В развитии речи существуют три критических периода. Первый (до 2 лет) - формирование предпосылок речи, основ коммуникативного поведения. Второй (2,5 -3 года) - переход от ситуационной речи к контекстной. Третий - (6-7 лет) начало развития письменной речи. Влияние неблагоприятных средовых и наследственных факторов (острые и хронические заболевания ребёнка, поражения ЦНС, аномалии артикуляторов, недостаточная социализация и т.д.) могут приводить к нарушениям речевого развития.

Приводим определения некоторых нарушений речи.

Аграмматизм – нарушение понимания (импрессивная сторона речи) и употребления (экспрессивная сторона речи) грамматических средств языка.

Аграфия и дисграфия – невозможность (аграфия) или частичное специфическое нарушение процесса письма (дисграфия).

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Алексия и дислексия – невозможность (алексия) или частичное специфическое нарушение процесса чтения (дислексия).

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: косноязычие, дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем. Дислалия может быть *механической* (неправильное строение

артикуляторов) и *функциональной* (отсутствуют видимые анатомические причины).

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляционно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме.

Заикание – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Мутизм – прекращение речевого общения с окружающими вследствие психической травмы.

Недоразвитие речи – качественно низкий уровень сформированности той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

ОНР (общее недоразвитие речи) – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. ОНР может быть I, II, и III уровня. ОНР может быть осложнено дизартрией, ринолалией, алалией и т.п.

Ринолалия (гнузавость) – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

ФФН (фонетико-фонематическое недоразвитие) – нарушение процесса формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Тугоподвижность языка, обусловленная короткой уздечкой, не влияет на общее развитие речи. Короткая уздечка языка может лишь способствовать формированию некоторых вариантов дислалии.

По мнению Корнева А.Н. (2005) «в логопедии существует гипотеза о влиянии малых анатомических аномалий артикуляторных органов и зубочелюстного аппарата на формирование звукопроизношения. Однако имеются свидетельства высокой гибкости и приспособляемости артикуляторной системы, которая позволяет выработать навыки нормативного произношения даже при довольно грубых дефектах артикуляторных органов ... **в логопедии часто преувеличивают значение анатомических аномалий в патогенезе нарушений звукопроизношения.** Малые аномалии строения зубочелюстного аппарата являются лишь условно патологическим фактором. Формирование произносительных навыков в конечном счете, вероятно, зависит от зрелости и индивидуальной пластичности функциональной системы артикуляторного праксиса и системы слухо-артикуляторной интеграции, способствующей подстройке артикуляторных механизмов для оптимального звукового эффекта. Исключение, видимо, составляют лишь крайние по степени выраженности аномалии, короткая, практически отсутствующая подъязычная уздечка, иммобилизирующая кончик языка».

Наиболее известной и часто цитируемой в зарубежной медицинской литературе работа, опровергающая значение короткой уздечки языка в нарушении звукопроизношения, является статья Е. McEnery, F. Gaines (1941). Авторы представили данные обследования 1000 человек — убедительных доказательств связи укорочения уздечки языка и нарушений звукопроизношения не было найдено. G.Fairbanks, B. Webout (1950), не получили достоверных подтверждений связи особенностей строения языка и качества звукопроизношения. А. Митринович-Моджеевская (1965) считает, что раннее хирургическое лечение детей с аномалиями уздечки языка с целью нормализации звукопроизношения является грубой ошибкой.

Лечение пациентов с короткой уздечкой языка.

Показания к хирургическому лечению.

Показания к хирургическому лечению в период новорожденности и грудного вскармливания.

Выраженные нарушения сосания. Ребенок не прибавляет в весе. Значительная тугоподвижность языка при крайнем варианте укорочения уздечки (идёт от кончика языка к вершине альвеолярного отростка). При этом ребенок соматически и неврологически здоров. Отсутствие причин затрудняющих грудное вскармливание со стороны матери.

Показания к хирургическому лечению совместно определяют стоматолог, неонатолог или педиатр, невролог, другие специалисты при необходимости.

Считаем, что абсолютные показания к хирургическому лечению ребёнка с анкилоглоссией в этом возрасте отсутствуют. Особенно когда короткая уздечка языка прикрепляется к мягким тканям дна полости рта.

Ещё одно крайне редкое показание к пластике уздечки языка в период новорожденности и грудного вскармливания - развития синдрома Riga-Fede -изъязвления вентральной поверхности языка (глава 5) Синдром Riga-Fede как правило обусловлен гиперподвижностью языка при каком-либо неврологическом неблагополучии и наличием короткой уздечки языка и/или натальных зубов (пренатальные, зубы новорожденных) – прорезавшихся внутриутробно или неонатальных зубов, прорезавшихся в срок до одного месяца (рис. 16).



Рис.15 Эрозия уздечки языка у новорожденного при синдроме Riga-Fede.



Рис 16. Натальный зуб у ребёнка 4 дней. Отмечены подвижность зуба, мягкость и потемнение эмали, симптомы гингивита.

В 1993 году Элисон Хейзелбейкер (Alison Hazelbaker) предложила количественный метод оценки, который позволил бы легче определить степень воздействия языка на нарушения грудного вскармливания. The Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF). Используя метод HATLFF оценивают 5 элементов внешнего вида, таких как длина уздечки (> 1 см, 1 см, <1 см), вид кончика языка, эластичность

уздечки, место прикрепления к языку и альвеолярному отростку и 7 функциональных элементов, таких как движения языка (боковые, вертикальные и т.д). Каждый из 12 элементов оценивают в баллах 2-1-0. При оценке по методу NATLFF считают, что если набрано меньше 11 баллов, то функция нарушена и френотомия может быть сделана, если консервативное лечение неэффективно. Если набрано меньше 8 баллов, то френотомия необходима.

Многие специалисты по грудному вскармливанию и хирурги считают, что NATLFF обладает высокой надежностью для определения показаний к френулопластике в период новорожденности и грудного вскармливания. Однако не менее многочисленная группа специалистов считают метод NATLFF излишне детализированным и громоздким. В связи с чем, применение его в широкой клинической практике затруднительно.

В 2015 году Jenny Ingram, Debbie Johnson, Marion Copeland предложили Бристольский метод (инструмент) оценки функции языка новорожденного (The Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)), частично основанный на NATLFF.

Бристольский метод оценки функции языка новорожденного (BTAT).

Таблица 1

элементы баллы	0	1	2
Внешний вид кончика языка	В форме стилизованного сердца	зубчатый	закругленный
Прикрепление уздечки к нижнему краю десны	Прикрепленный на вершине гребня десны	Прикрепляется к внутренней стороне десны	Прикреплено к дну полости рта

Поднятие языка с широким ртом (во время плача)	Минимальный подъем языка	Края поднимаются только до середины рта	Полный подъем языка до середины рта
Высовывание языка	Кончик языка остается за десной	Кончик языка на десне	Кончик может располагаться на нижней губе

Баллы за четыре элемента суммируют, они могут варьировать от 0 до 8. Сумма баллов от 0 до 3 указывают на серьёзное снижение функции языка.

В России и многих других странах NATLFF и BTAT методы оценки функции языка новорождённого не нашли широкого применения.

Показания к хирургическому лечению в период становления фразовой речи (от 2,5 лет и далее).

Механическая дислалия – нарушение произношения некоторых звуков при сохранной иннервации артикуляторов. Показания к хирургическому лечению совместно определяют стоматолог, логопед-дефектолог при невозможности «растянуть» уздечку языка при помощи логопедического массажа и неэффективности логотерапии. При этом необходимо чётко дифференцировать виды нарушений речи, т.к. хирургическое лечение анкилоглоссии при ОНР, дизартрии, ФФН, задержке психо-моторного развития может значительно усугубить имеющуюся патологию.

Проводить операцию при короткой уздечке языка с целью профилактики возможных речевых нарушений, особенно в раннем возрасте считаем не только нецелесообразной, но и вредной.

Показания к хирургическому лечению пациентов с зубочелюстными аномалиями и короткой уздечкой языка определяет ортодонт. Нарушения прикуса, обусловленные в том числе неблагоприятным влиянием короткой уздечки языка характеризуются отсутствием тенденции к саморегуляции (Образцов Б. Л., Варакина И.А., 1985). Короткая уздечка языка может выступать как предрасполагающий, так и как активно действующий фактор на формирование зубочелюстных аномалий. Частота таких аномалий может достигать 77% у детей с короткими уздечкам языка (рис. 13). В таких случаях хирургическое лечение показано и с профилактической точки зрения, начиная с периода формирования временного прикуса.

Обезболивание. Считаем недопустимым проводить хирургическое лечение пациентов с короткой уздечкой языка без обезболивания.

При местной анестезии как аппликационной, так и инфильтрационной необходимо помнить о феномене *сублингвального* всасывания. Токсическое или аллергическое действие анестетика при его введении в подъязычную область значительно увеличивается. Кроме того, дно полости рта является мощной рефлексогенной зоной. Секреторная и моторная деятельность ЖКТ может угнетаться или активироваться при воздействии на слизистую оболочку средней части языка. Стимулирование кончика и боковых отделов языка рефлекторно влияют на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Применение местной анестезии при операциях по поводу коротких уздечек языка считаем нецелесообразным в возрасте до 7-8 лет и у детей с различными нарушениями поведения, гиперактивностью и т.д.

Решение о выборе метода общего обезболивания принимает анестезиолог, при этом необходимо помнить о возможности аспирации крови и слюны во время операции.

Виды хирургического лечения пациентов с короткой уздечкой языка.

При любом варианте хирургического лечения пациентов с короткой уздечкой языка необходимо предварительное лабораторное обследование

(клинический лабораторный минимум – клинические анализы крови, мочи, АЛТ)!

Френулотомия (френотомия) - рассечение уздечки языка. Язык приподнимают пинцетом или обратной стороной желобоватого зонда в месте прикрепления уздечки к нижней поверхности языка. Уздечку рассекают ножницами. Швы не накладывают.

Подобный вид операции применяют в период новорожденности. Некоторые авторы, обосновывая эту методику, пишут о т.н. «бессосудистой зоне» тонкой и прозрачной уздечке языка существующей в период новорожденности. Считаем, что при таком типе уздечки языка хирургическое лечение в период грудного вскармливания не показано, т.к. при этом не возникает выраженного нарушения функции сосания. Мы не рекомендуем использовать этот метод и в виду возможных осложнений. Кровотечения, несмотря на распространённое мнение о «бессосудистой зоне» возможны и могут привести к серьёзным последствиям. Так, Орага Р.И., Gabriel J.N., Орага К.О. (2012) сообщили о двух случаях гиповолемического шока у новорождённых после френулотомии. В своей практике мы неоднократно оказывали экстренную медицинскую помощь новорождённым с кровотечением из полости рта после френулотомии, проведённой в поликлинике или на дому.

К отдалённым осложнениям френулотомии, проводимой без наложения швов, относят формирование рубцового укорочения уздечки, рубцовой тугоподвижности языка (рис. 17.). Рубцовое укорочение уздечки языка после френулотомии формируется постепенно, клинические проявления могут отсутствовать до развития механической дислалии или формирования зубочелюстных аномалий. По нашим данным подобные осложнения возникают не менее чем в 30% после френулотомий, проведённых без наложения швов. Выраженность клинических симптомов варьирует от незначительного ограничения подвижности языка, до практически полной анкилоглоссии.



Рис. 17. Рубцовое укорочение уздечки языка. Ребёнок 5 лет. В возрасте трёх месяцев выполнена френулотомия (без наложения швов) с целью профилактики речевых нарушений. Выраженная механическая дислалия. Формирующаяся прогения. Хронический дескваматозный глоссит.

Френулопластика - местнопластическое удлинение короткой уздечки языка.

Различают два вида френулопластики.

Первый способ. Уздечку в месте её прикрепления к языку фиксируют пинцетом и рассекают ножницами примерно на 2-3 мм.. Образовавшуюся рану прошивают кетгутом или другим быстро рассасывающимся шовным материалом. Оставшиеся концы лигатуры используют в качестве держалки. За лигатуру подтягивают язык кверху и кпереди, при этом рассекая уздечку по месту прикрепления к нижней поверхности языка до устья выводных протоков подъязычных слюнных желёз. Рассекают подлежащие фиброзные тяжи и мобилизуют язык. Образовавшийся ромбовидный дефект ушивают «на себя» резорбируемым шовным материалом. Этот вариант операции является разновидностью V-Y пластики (рис. 18,19).

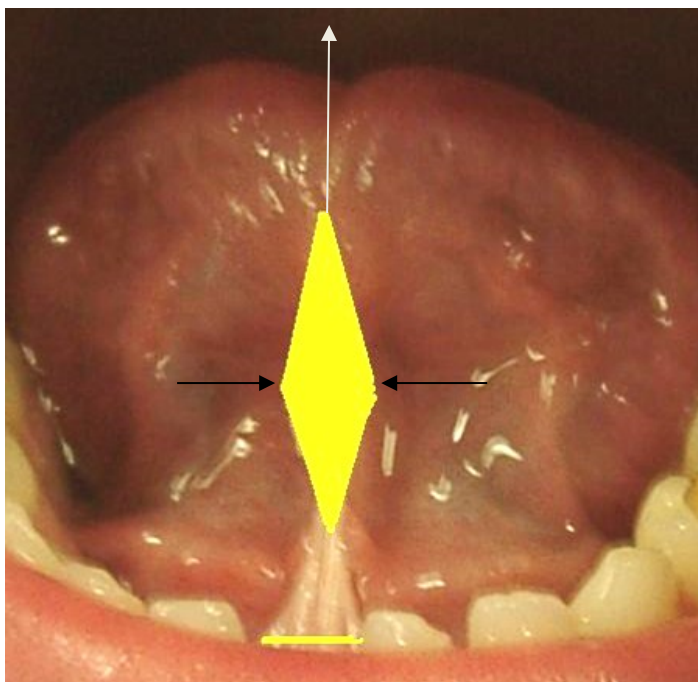


Рис. 18. Ромбовидный дефект ушивают «на себя» при этом постоянно подтягивая язык за держалку кверху и кпереди. Если уздечка веерообразно вплетается в слизистую оболочку альвеолярного отростка, можно дополнительно рассечь её электрокоагулятором в месте прикрепления к альвеолярному отростку.

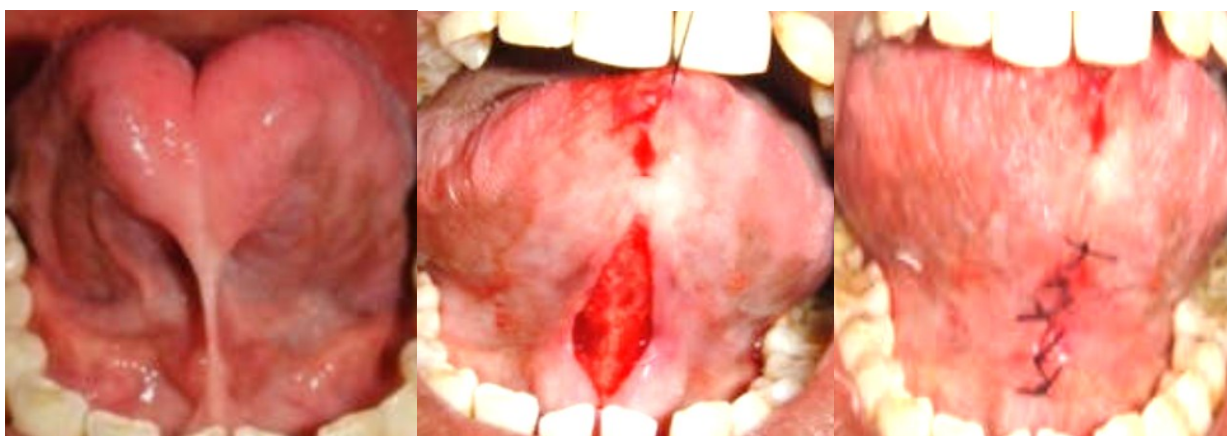


Рис. 19 Этапы френулопластики.

Второй способ, отличается от первого в том, что дополнительно после частичного ушивания операционной раны выполняют пластику фигурами встречных треугольных лоскутов $60^{\circ} \times 60^{\circ}$ (рис.20).

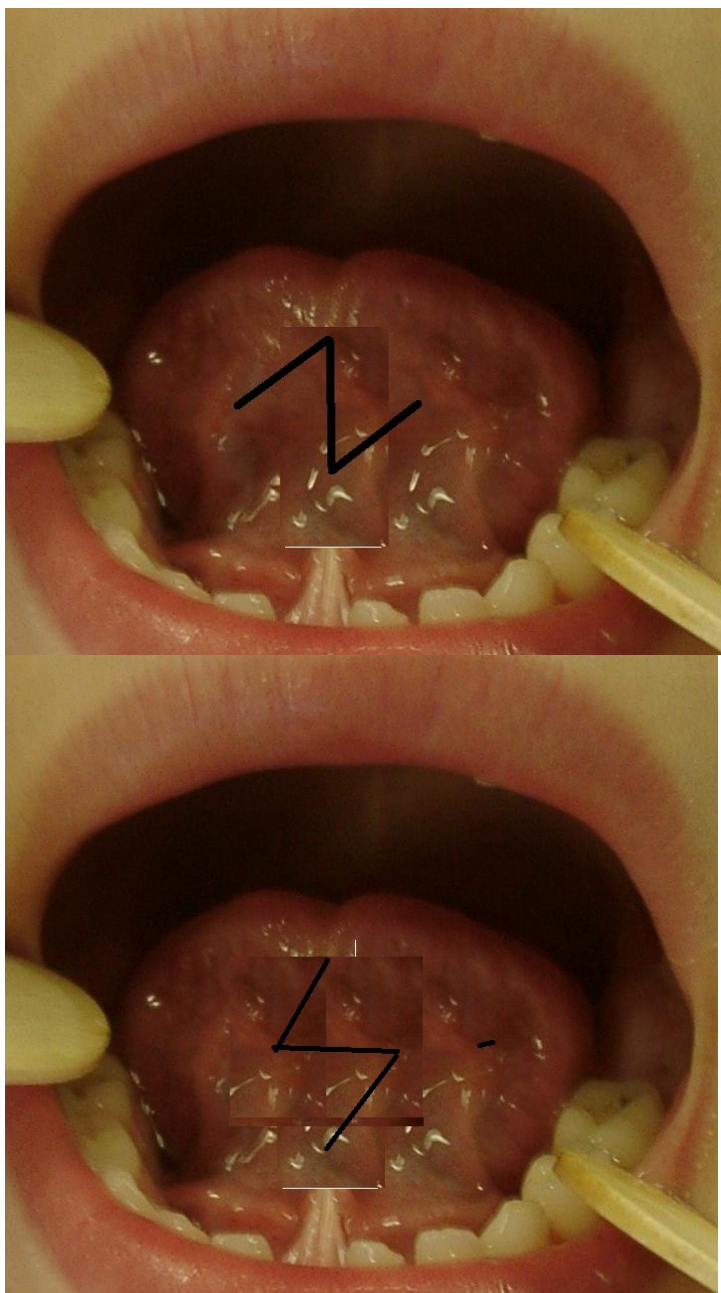


Рис.20. Пластика уздечки языка фигурами встречных треугольных лоскутов (Z – пластика).

Френулоэктомия - иссечение уздечки языка. Уздечку языка клиновидно иссекают и накладывают швы. Вариантом френулоэктомии является лазерная

абляция. К недостаткам этого способа можно отнести отсутствие мобилизации языка.

Послеоперационный период как правило протекает гладко. В редких случаях требуется обезболивание. Назначают щадящую диету на один – два дня, полоскание полости рта растворами антисептиков. При наложении грубых швов в области выводных протоков подязычных слюнных желёз может возникнуть острая задержка слюны – т.н. «слюнная колика». Это редкое осложнение, связанное с нарушением хирургической техники развивается в течение первых часов после операции. В таких случаях снимают 1-2 шва и назначают антибактериальную терапию с целью профилактики сиалодохита. Занятия с логопедом можно начинать через 2-3 дня.

Глава 3

Короткая уздечка верхней губы.

Уздечка верхней губы - (frenulum labii superioris) – вертикальная складка слизистой оболочки полости рта, соединяющая середину верхней губы с десной (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984). Часто в подслизистом слое уздечки верхней губы имеются фиброзные тяжи, прикрепляющиеся к надкостнице. Гораздо реже уздечка верхней губы содержит мышечные волокна круговой мышцы рта.

Функцией уздечки верхней губы является создание дополнительного *punctum fixum* верхней губы. Однако, любое анатомическое отклонение уздечки верхней губы от нормы практически не влияет на двигательную функцию верхней губы. Аномалии развития уздечки верхней губы могут вызывать ортодонтические и парадонтологические реже эстетические проблемы. Короткая уздечка верхней губы (КУВГ) практически не влияет на функцию сосания и функцию речи.

Эмбриогенез губы, как и большинства анатомических образований, имеющих центральноосевую симметрию, заключается в слиянии первичных эмбриональных структур, а нарушение этого слияния является основным эмбриопатогенетическим механизмом различных врождённых аномалий. Эмбриональное развитие верхней губы проходит одновременно с формированием первичного нёба путём слияния лобного и верхнечелюстных отростков. Непосредственно средняя часть верхней губы и альвеолярного отростка верхней челюсти образуются из материала медиальных носовых отростков на 5-8 неделе эмбриогенеза. Окончательное формирование уздечки

верхней губы и некоторых других анатомических структур полости рта происходит на поздних этапах фетогенеза.

Нарушение слияния *медиальных носовых отростков* приводит к возникновению различных врождённых пороков ЧЛЮ. Чаще всего – это синдром фронто-назальной дисплазии и срединная расщелина верхней губы. Кроме короткой уздечки верхней губы данный механизм формирования аномалий развития характерен для врождённых свищей и кист носа и верхней губы, расположенных по средней линии лица (рис.21).



Рис.21 Ребёнок 9 мес. Врождённая срединная расщелина верхней губы, врождённый свищ носа, скрытая расщелина носа, глазной гипертелоризм. В данный симптомокомплекс входит диастема, расщепление и укорочение уздечки верхней губы. Эти морфологические нарушения подтверждают последовательное развитие условий образования диастемы и формирование короткой уздечки верхней губы. Короткая уздечка верхней губы не является причиной истинной диастемы. Эта малая аномалия развития может влиять

на клиническое течение диастемы, препятствуя самопроизвольному смещению резцов к центру, и затрудняя её ортодонтическое лечение.

Как и короткую уздечку языка, КУВГ относят к измерительной группе малых аномалий развития тем не менее, и в классификациях и в st. localis истории болезни абсолютные или относительные размеры уздечки верхней губы не используют, ограничиваясь описательными терминами. Это ведёт к нечёткости формулировок и как следствие, к диагностической растеренности, большому разбросу данных при статистических исследованиях.

Plasek M., Miroslavs S., Mrklas L. в 1974 г. предложили классификацию коротких уздечек верхней губы по принципу определения уровня прикрепления уздечки к десневому краю.

1. Уздечки, прикрепляющиеся к переходу подвижной и неподвижной слизистой оболочки десны (Mucosal)
2. Уздечки, прикрепляющиеся к неподвижной части слизистой оболочки десны (Gingival)
3. Уздечки, прикрепляющиеся к межзубному сосочку (Papillary)
4. Уздечки пенетрирующие межзубной сосочек и прикрепляющиеся к нёбу (Papilla penetrating)

По нашему мнению варианты 1 и 2 данной классификации следует рассматривать как *норму реакции организма*.

Клинический полиморфизм, значительная вариабельность фенотипических проявлений, нечёткость диагностических критериев приводят к значительному разбросу данных статистических исследований, посвящённых проблеме мукогингивальных аномалий, в том числе КУВГ. По данным различных авторов КУВГ обнаруживают от 4,7% до 50% и более. По нашему мнению в репрезентативную группу при статистическом исследовании распространённости КУВГ допустимо включать только лиц старше 8 лет с

третьим и четвёртым вариантами клинических проявлений приведённой выше классификации. В период временного прикуса КУВГ не имеет выраженного клинического значения, более того при прорезывании постоянных резцов, интенсивном росте альвеолярного отростка, уздечки губ зачастую меняют место прикрепления на более высокое. Этим подтверждается одна из основных характеристик МАР – возрастная положительная динамика. Основываясь на вышесказанном и личных исследованиях считаем, что в популяции в целом распространённость КУВГ не превышает 5 %.



Рис.22. Ребёнок 8 лет. Короткая уздечка верхней губы, диастема. Уздечка пенетрирует межзубной сосочек, фиброзные волокна вплетаются в нёбо.

Показания к хирургическому лечению пациентов с короткой уздечкой верхней губы.

Существуют три основных вида показаний к пластике короткой уздечки верхней губы: пародонтологические, эстетические, ортодонтические.

Соответственно возрастные сроки и последовательность лечения пациентов с КУВГ определяет врач-ортодонт или пародонтолог.

Френулопластика уздечки верхней губы при некоторых эстетических проблемах иногда входит в этапы омолаживающих и других операций

относящихся к эстетической хирургии (например, при увеличении объёма верхней губы).

При явлениях гингивита, пародонтита, рецессии десны обусловленных низким прикреплением уздечки, френулопластика является составной частью комплексного лечения названных состояний.

Чаще пластика КУВГ показана при нарушениях прикуса – диастеме.

Диастема - (diastema, греч., - расстояние, промежуток) –аномалия положения зубов: чрезмерно широкий промежуток между центральными резцами верхней челюсти. (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982). Расстояние между центральными резцами при диастеме больше 1 мм..

Диастема бывает *истиной (d. verum)* - наблюдающаяся после прорезывания всех постоянных зубов верхней челюсти и *ложной (d. falsum)* – наблюдающаяся сменном прикусе.

Диастема может является следствием частичной адентии (чаще всего боковых резцов), аномалии формы и величины зубов, ретенции сверхкомплектных зубов и их расположения между корнями центральных резцов.

Ещё Дж. Тейлор в 1938 г. отметил, что диастема является нормой для 98% детей в возрасте от шести до семи лет, однако к 12-18 годам частота диастемы уменьшается до 7% .

Часто развитие диастемы связывают с наличием КУВГ, однако по нашему мнению ***причинно-следственной связи между КУВГ и возникновении диастемы нет.*** Эмбриональное развитие верхней челюсти верхней губы, альвеолярного отростка, следовательно, и формирование их аномалий развития происходит до 9 недели беременности. Увеличенное расстояние между парными органами лица происходит вследствие

нарушения слияния первичных эмбриональных структур (Рис.21).

Окончательное формирование архитектоники губы в том числе фильтрума, модиолуса, уздечки происходит в плодном периоде беременности. То есть сначала складываются эмбриональные предпосылки возникновения истинной диастемы, а затем формируется уздечка верхней губы. Короткая уздечка верхней губы не является причиной истинной диастемы. Эта малая аномалия развития может влиять на клиническое течение диастемы, препятствуя самопроизвольному смещению резцов к центру, и затрудняя её ортодонтическое лечение. Истинную диастему можно рассматривать как гипертелоризм резцов. Гипертелоризм (греч. ὑπερ — чрезмерно, τῆλε — далеко, ὀρίζω — разделять) — увеличенное расстояние между парными органами относительно центральной линии тела. Более известен глазной гипертелоризм.

В настоящее время отсутствует единая точка зрения на сроки проведения френулопластики при КУВГ. Во многом сроки и методы проведения френулопластики при КУВГ и диастеме определены способом применяемого ортодонтического лечения, приверженностью ортодонта к той или иной научной школе, традициями конкретного медицинского учреждения.

Тем не менее, общепринято, что хирургическое лечение пациентов с КУВГ и диастемой не должно проводиться ранее прорезывания постоянных боковых резцов. Развитие современных методов ортодонтического лечения позволило в некоторых случаях отказаться от любых хирургических вмешательств при лечении диастемы. Нет единого мнения и об этапности хирургического лечения КУВГ при диастеме – многие ортодонты, читают, что френулопластику необходимо проводить перед началом ортодонтического лечения или, в крайнем случае, в его ходе.

Proffit W.R. (2006) считает, что френулопластика до закрытия промежутка между центральными резцами может препятствовать его

закрытию. Минимальный возраст для френулоэктомии - после прорезывания постоянных клыков, это не ранее 11-12 лет. В отношении хирургической пластики W.Proffit полагает, что «Наилучшим способом (лечения диастемы - И.М.) считается воздержание от каких-либо действий до прорезывания постоянных клыков. Если при прорезывании постоянных клыков диастема не закрывается самостоятельно, то ее следует устранить при помощи ортодонтического аппарата, а при необходимости провести френулопластику. Однако ранней френулоэктомии следует избегать. ... Если после пластики между центральными резцами будет оставаться промежуток, то в процессе заживления между зубами образуется рубцовая ткань, и при длительной отсрочке может образоваться такой промежуток, который закрыть будет еще сложнее».

Виды операций при лечении пациентов с КУВГ.

При планировании хирургического лечения, пациентов с КУВГ необходимо провести стандартные лабораторные исследования, выбрать метод обезболивания. У пациентов подросткового возраста и старше операция может быть проведена под местным обезболиванием.

Необходимо провести рентгенологическое исследование верхней челюсти для исключения адентии боковых резцов, наличия сверхкомплектных зубов, других аномалий (рис. 3). При обнаружении сверхкомплектных зубов или адентии меняются принципы как хирургического, так и ортодонтического лечения. Если у пациента с КУВГ и диастемой на внутриротовой рентгенограмме обнаруживают полосу просветления, это свидетельствует о возможном вплетении фиброзных волокон уздечки в нёбный шов, что потребует разрушения этих волокон во время операции и/или проведения дополнительной компактостеотомии.

В настоящее время проведение *френулотомии* – простого рассечения уздечки верхней губы – считается недопустимым, т.к. данный вид

вмешательства не позволяет достичь, поставленных целей и может привести к рецидиву.

V- Френулопластика

Проводят отсечение прикреплённой уздечки верхней губы от гребня альвеолярного отростка V-образным разрезом между зубами 11 и 21 и после оттягивания верхней губы, отсепааровывая от надкостницы, перемещают ее выше на 1-1,5 см, при этом соединительно-тканый тяж под уздечкой между контурирующими корнями центральных резцов разрушают острым инструментом или бором (фибротомия). Рану на слизистой оболочке верхней губы ушивают, а на альвеолярном отростке – укрывают йодоформной марлей или другим покровным раневым материалом (например «Тахокомбом»). Такой вид френулопластики часто применяют при парадонтологических показаниях. В виду того, что при описанном способе френулопластики необходимо применение дополнительных средств (йодоформ) и часть раны заживает вторичным натяжением, применение её у детей считаем нецелесообразным.

Френулопластика по А.А. Лимбергу (Z- пластика)

Проводят отсечение прикреплённой уздечки верхней губы от гребня альвеолярного отростка V-образным разрезом между центральными резцами. Образовавшийся слизистый лоскут перемещают кверху. Избыток слизистой оболочки на вершине лоскута иссекают. При необходимости продлевают разрез по средней линии кверху примерно на 0,5 см. Выполняют фигуру встречных треугольных лоскутов с углом не менее 60° . При необходимости проводят компактостеотомию по средней линии между корнями центральных резцов. Компактостеотомию можно заменить фибротомией (разрушение фиброзных волокон между центральными резцами). Перемещают и фиксируют узловыми швами слизисто-подслизистые лоскуты, закрывая при

этом оголённую костную поверхность гребня альвеолярного отростка. При таком виде френулопластики не остаётся незакрытых раневых поверхностей (Рис.23)

В послеоперационном периоде проводят стандартные процедуры лечения ран слизистой оболочки полости рта.

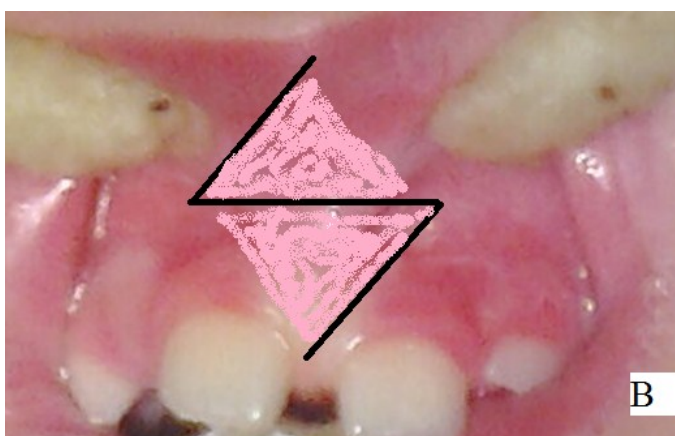
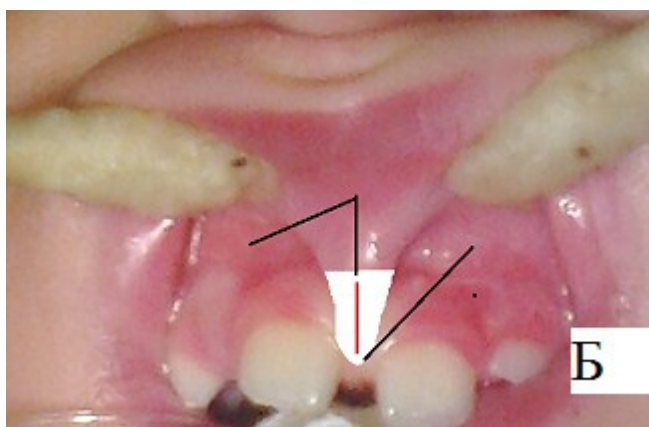
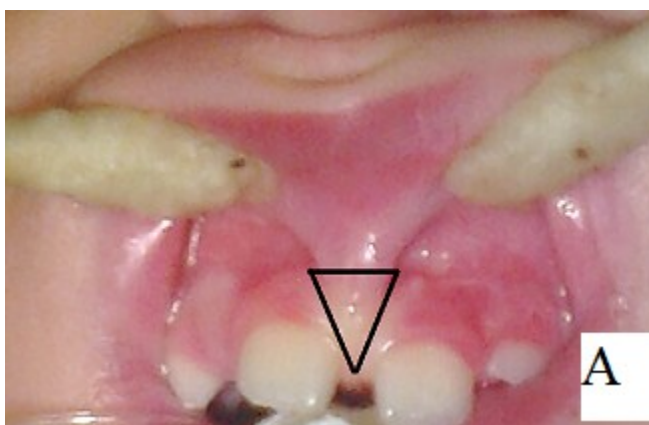


Рис. 23. Схема разрезов при френулопластике КУВГ по А.А. Лимбергу. **А** - V-образным разрезом отсекают место прикрепления уздечки верхней губы от гребня альвеолярного отростка между центральными резцами. **Б** – отсепаровывают мягкие ткани, выполняют компактостеотомию между 11 и 21 (показано красной линией); выкраивают фигуру встречных треугольных лоскутов $60^\circ \times 60^\circ$. **В** - Перемещают и фиксируют узловыми швами слизисто-подслизистые лоскуты, закрывая при этом оголённую костную поверхность гребня альвеолярного отростка.

Фигуры встречных треугольных лоскутов при данном способе операции не всегда должны быть строго симметричны. Желательно создать некоторый запас мягких тканей верхнего треугольника. При перемещении треугольников такой запас мягких тканей позволит легко закрыть изъян неподвижной слизистой оболочки в области межзубного сосочка.

Глава 4

Короткая уздечка нижней губы и мелкий нижний свод преддверия рта.

Уздечка нижней губы - (*frenulum labii inferioris*) – вертикальная складка слизистой оболочки полости рта, соединяющая середину нижней губы с десной (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984).

Функцией уздечки нижней губы является создание дополнительного *punctum fixum* нижней губы. Аномалии развития уздечки верхней губы могут вызывать ортодонтические и парадонтологические проблемы. Короткая уздечка нижней губы (КУНГ) практически не влияет на функцию сосания и функцию речи. Часто КУНГ сочетается с мелким нижним сводом преддверия рта.

Свод преддверия рта – (*fornix vestibulae oris*) – часть преддверия рта в области перехода слизистой оболочки с губ и щёк на альвеолярные отростки челюстей (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984).

Нижняя губа в период эмбриогенеза формируется примерно в те же сроки, что и верхняя. Нижняя губа формируется путём слияния парных нижнечелюстных отростков, что приводит к образованию более простой и менее определённой структуры. Нижняя губа менее подвижна и менее структурирована чем верхняя. Это обстоятельство определяет более частое, по сравнению с верхней губой, развитие патологии пародонта во фронтальном отделе нижней челюсти.

Мелкое преддверие рта и короткая уздечка нижней губы у детей 6–14 лет выявлена в 6,9–11,3 % (рис. 24). Показаниями к оперативному лечению

являются стойкий катаральный гингивит, локализованный пародонтит, рецессия десны. Патология тканей пародонта, обусловленная КУНГ и/или мелким сводом преддверия рта, на ранних этапах развития проявляется уменьшением вазомоторной активности микрососудов и тканевого кровотока. При клиническом осмотре это легко выявить обнаружив зону ишемии (анемизации) слизистой оболочки в области прикрепленной слизистой оболочки при лёгком натяжении нижней губы. При нормальном строении преддверия полости рта его глубина в период сменного прикуса составляет $7,1 \pm 0,8$ мм. (по другим данным преддверие полости рта считается мелким, если расстояние от основания десневых сосочков фронтальных зубов до переходной складки составляет менее 5 мм.).

При нормальном состоянии тканей периодонта и отсутствии патологии со стороны положения зубов и прикуса в раннем сменном прикусе пластику уздечки нижней губы и вестибулопластику не проводят, так как глубина преддверия у детей и прикрепленной десны с возрастом увеличиваются за счет роста альвеолярного отростка нижней челюсти в высоту.



Рис.24 Короткая уздечка нижней губы и мелкий нижний свод преддверия рта у ребёнка 5 лет. Диастема. При натяжении губы видна анемизация прикреплённой десны.

Способы хирургического лечения пациентов с короткой уздечкой нижней губы и / или мелким сводом преддверия рта.

Пластика короткой уздечки нижней губы встречными треугольными лоскутами по А.А. Лимбергу является основным способом хирургического лечения данной патологии в детском и подростковом возрасте.

Малоэффективными и ведущими к рецидиву способами пластики короткой уздечки нижней губы является отсечение ее от альвеолярного отростка, пересечение или отсечение от нижней губы.

Существует множество методик проведения хирургического углубления мелкого свода преддверия рта (вестибулопластики) и их модификаций «открытого» и «закрытого» типа, недостатком последних в большинстве случаев является высокая вероятность рецидива заболевания, вследствие грубого рубцевания мягких тканей. В связи с изложенным мы не приводим методик вестибулопластики «открытого» типа – особенности комплексного (в т.ч. хирургического) лечения заболеваний пародонта описано в соответствующих разделах стоматологических дисциплин. В детском возрасте чаще применяют методики вестибулопластики «закрытого» типа, при которых раны после углубления преддверия полости рта закрывают местными тканями: вестибулопластика встречными треугольными лоскутами по А.А. Лимбергу (рис.25). Реже используют V- Y пластику преддверия полости рта, пластику при помощи разрезов «кочерги» из боковых отделов преддверия рта.

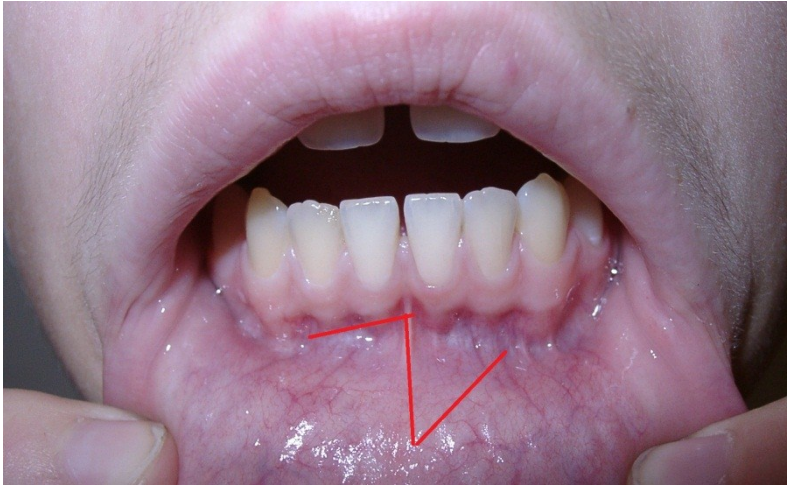


Рис.25. Схема выкраивания слизисто-подслизистых лоскутов при вестибулопластике по А.А. Лимбергу. Асимметричные лоскуты $80^{\circ} \times 60^{\circ}$, большая диагональ разреза доходит до клыков. Необходимо пересечь надкостницу в месте прикрепления уздечки.

В послеоперационном периоде назначают местное лечение, ФТЛ, массаж преддверия полости рта (через 6-10 суток), иногда изготавливают съёмный ортодонтический аппарат с фиксирующими вестибулярными пелотами. Массаж преддверия полости рта после вестибулопластики является необходимым условием для достижения клинического эффекта.

Глава 5

Уздечки полости рта в структуре некоторых наследственных синдромов и болезней

Как было сказано выше (Глава 1) МАР полости рта имеют большое значение в медико-генетическом консультировании и диагностики многих наследственных синдромов и болезней. В основном описывают МАР полости рта эктодермального происхождения (нарушения формы, количества и положения зубов), однако некоторые стигмы дизэмбриогенеза мезодермального происхождения являются по сути патогномичными в дифдиагностике.

Приводим описание некоторых врождённых синдромов, в структуре которых уздечки полости рта являются наиболее значимыми (по С.И. Козловой и соавт., 1987).

Рото-лице пальцевой синдром, тип I. (Рис. 26)

Синоним: оро-фацио-дигитальный синдром, тип I.

Минимальные диагностические признаки: множественные гиперплазированные уздечки языка; расщелины губы и неба; гипоплазия крыльев носа; ассиметричное укорочение пальцев.

Клиническая характеристика: Для данного синдрома типичны гиперплазия уздечек языка, верхней и нижней губы (в 100% случаев), лобуляция языка (100%), гамартома языка (50%), дополнительные тяжи преддверия рта, анкилоглоссия (30%), расщелина неба (80%), неполные расщелины альвеолярных отростков верхней (90%) и нижней (60%) челюстей, аномалии

передних зубов(50%), кариес; в некоторых случаях – гиперплазия эмали и сверхкомплектные зубы. Пороки развития лица включают скрытую расщелину верхней губы(40%), широкую спинку носа(95%), аплазию крыльев носа, эпикант, телекант, быстро исчезающие милиа на лице(100%), гипоплазию скуловых костей(75%), реже – микрогнатию и выступающий лоб. Аномалии конечностей проявляются в виде брахи-, син-, клино- и камптодактилии (90%), ассиметричного укорочения пальцев, полидактилии стоп. Рентгенологически может выявляться остеопороз костей. В 65% случаев отмечаются сухие грубые волосы, участки алопеции. Описывают пороки развития мозга (микроцефалия, микрогирия, истинная порэнцефалия, агенезия мозолистого тела), поликистоз, гидронефроз почек, тремор, гидроцефалию, судороги. У большинства пациентов наблюдается легкая степень умственной отсталости. Пораженные плоды мужского пола погибают внутриутробно.

Популяционная частота – 1:50 000.

Соотношение полов – М0: Ж1.

Тип наследования – Х-сцепленный доминантный.



Рис. 26 пациентка 6 лет. Рото-лице пальцевой синдром, тип I. Вид полости рта.

Рото-лице пальцевой синдром, тип II.

Синонимы: оро-фацио-дигитальный синдром, тип II; синдром Мора

Минимальные диагностические признаки: расщепление языка; частичное удвоение первых пальцев стоп; проводящая глухота.

Клиническая характеристика: Для данного синдрома типичны лобуляция и расщепление языка с образованием узелков, гипертрофия уздечек, срединная расщелина губы, расщелина неба, отсутствие центральных резцов, расширение края альвеолярного отростка, гипоплазия скуловой дуги, верхней и нижней челюсти, широкая переносица и широкий раздвоенный кончик носа, телекант. Наиболее типичные пороки развития конечностей: удвоение первых пальцев стоп, метатарзальной, клиновидной и кубовидной костей, полидактилия (чаще постаксиальная) брахидактилия, синдактилия, клинодактилия, расширение и деформация метафизов. В некоторых случаях наблюдаются воронкообразная грудная клетка и сколиоз. Выявляется глухота проводящего типа, обусловленная пороком развития наковальни. Рост умеренно снижен. Умственное развитие обычно нормальное.

Популяционная частота – неизвестна

Соотношение полов – М1: Ж1.

Тип наследования – аутосомно-рецессивный.

Дифференциальный диагноз: рото-лице-пальцевой синдром, тип I.

Ниже приведены наиболее характерные врождённые синдромы, в состав которых входят короткие уздечки полости рта (как обязательный, так и необязательный признак):

- Синдром Ашера,
- Мелькерссона-Розенталя синдром,
- Фиброматоз дёсен и гипертрихоз,
- Эктодермальная дисплазия,
- Амилоидоз,
- Муколипидоз II типа (узд в/г),
- Синдром Гурлера (мукополисахаридоз I типа) – макроглоссия,
- Талассемия,
- Синдром Гольденхара – множественные уздечки,
- Фронтоназальная дисплазия.

Синдром Riga-Fede

Синдром Riga-Fede не является наследственным или врождённым, однако МАР полости рта являются непосредственной причиной возникновения данного заболевания.

Возникновению синдрома Riga-Fede (Рис.27) (изъязвление вентральной поверхности языка) в период новорожденности или грудного вскармливания способствует гипердинамия языка, наличие натальных или неонатальных зубов, короткая уздечка языка (Рис 16).



Рис. 27 Синдром Riga-Fede. У ребёнка 3 мес. Изъязвление вентральной поверхности языка, натальные зубы.

Внутриутробное прорезывание зубов наблюдают примерно у 1:2000 – 1:5000 новорожденных. В 85 % это центральные резцы нижней челюсти, в 11% - резцы верхней челюсти, 4 % различные группы зубов. По своему происхождению в 5-10 % это сверхкомплектные зубы. Клинически отмечают подвижность натального зуба, мягкость и потемнение эмали. В результате хронической травмы имеются симптомы гингивита. Натальные и неонатальные (прорезывание до возраста одного месяца) зубы являются основной причиной развития синдрома Riga-Fede (изъязвление вентральной поверхности языка). В большинстве случаев натальные и неонатальные зубы значительно затрудняют грудное вскармливание, происходит травматизация соска. Нарастающая подвижность натального зуба становится реальной угрозой аспирации. Показаниями к удалению натальных или неонатальных зубов является подвижность зубов, развитие синдрома Riga-Fede, выраженные затруднения грудного вскармливания.

Удаление зубов новорожденных как правило не вызывает технических трудностей. Удаление проводят без обезболивания при помощи пинцета или зажима. Если натальный зуб устойчив, можно избежать его удаления

(пришлифовывание режущего края нательного зуба и/или применение силиконовых накладок при вскармливании).

Заключение

Несмотря на кажущуюся доступность диагностики и простоту возможных методов лечения детей с малыми аномалиями развития уздечек полости рта, существует большое разнообразие точек зрения, даже устойчивых мифов, в подходах к решению данной проблемы. В связи с этим считаем целесообразным рассматривать вопросы лечения малых аномалий развития в полости рта, в том числе короткой уздечки языка, и губ с точки зрения тех функциональных нарушений, которые могут проявляться у детей разного возраста при наличии этих аномалий.

- Клиническую диагностику короткой уздечки языка необходимо проводить по анатомическим критериям. Короткой уздечку языка считают, когда она начинается от нижней поверхности передней трети языка и прикрепляется к слизистой оболочке альвеолярного отростка или дна ротовой полости кпереди от выводных протоков подъязычных слюнных желёз.
- Показаниями к френулопластике в период новорожденности являются выраженные нарушения грудного вскармливания, обусловленные короткой уздечкой языка и приводящие к недостаточному прибавлению веса ребёнка.
- Показания к пластике короткой уздечки языка с целью профилактики возможных речевых нарушений отсутствуют.
- Хирургическое лечение короткой уздечки языка в комплексе лечения механической дислалии проводят после консультации специалиста по нарушениям развития речи (логопед, невролог).
- Хирургическое лечение короткой уздечки языка в комплексе профилактики и лечения зубочелюстных аномалий проводят в любом возрасте пациента при выявлении первых признаков патологии.

- Короткая уздечка верхней губы не является причиной истинной диастемы. Короткая уздечка верхней губы может влиять на клиническое течение диастемы и затруднять её ортодонтическое лечение.
- Хирургическое лечение короткой уздечки верхней губы проводят по направлению врача-ортодонта, но не ранее прорезывания боковых резцов верхней челюсти.
- При френулопластике по поводу короткой уздечки верхней губы и истинной диастемы необходимо проводить компактостеотомию и/или фибротомию между центральными резцами.
- Хирургическое лечение короткой уздечки нижней губы и мелкого свода преддверия рта можно проводить с целью профилактики развития патологии пародонта, начиная с периода сменного прикуса.

Вопросы, касающиеся показаний к операции, сроков и методов лечения пациентов с короткой уздечкой верхней губы, нижней губы и мелкого свода преддверия рта необходимо решать совместно со специалистами других стоматологических дисциплин - прежде всего с врачами ортодонтами и пародонтологами.

Тестовые задания к учебному пособию

1. В классификацию коротких уздечек верхней губы по Plasek M., Miroslavs S., Mrklas L. (1974) не входят:

- А) уздечки, прикрепляющиеся к переходу подвижной и неподвижной слизистой оболочки десны (mucosal)
- Б) уздечки, прикрепляющиеся к неподвижной части слизистой оболочки десны (Gingival)
- В) уздечки, прикрепляющиеся к межзубному сосочку (Papillary)
- Г) уздечки, пенетрирующие межзубной сосочек и прикрепляющиеся к нёбу (Papilla penetrating)
- Д) уздечки, прикрепляющиеся к подвижной части слизистой оболочки десны.

2. Для диастемы, выявленной в 5 лет характерна

- А) возрастная положительная динамика
- Б) возрастная отрицательная динамика
- В) отсутствие динамики
- Г) синдром взаимного отягощения с другими МАР полости рта
- Д) ничего из перечисленного

3. Показаниями к хирургическому лечению пациента 30 лет с короткой уздечкой верхней губы и диастемой скорее всего являются

- А) ортодонтические
- Б) пародонтологические
- В) логопедические
- Г) нарушение функции речи
- Д) А+Б

4. У ребёнка 1 года выявлена короткая уздечка верхней губы 2 типа по Plasek M., Miroslavs S., Mrklas L. (1974). какие нарушения функций можно ожидать в 2 года

- А) нарушение функции сосания
- Б) нарушение функции речи
- В) нарушение функции глотания
- Г) нарушение функции жевания
- Д) ни одну из перечисленных

5. У ребёнка одного года выявлена короткая уздечка нижней губы. В каком возрасте показана френулопластика

- А) немедленно
- Б) в 2 года, после прорезывания всех временных зубов
- В) в ранний сменный прикус
- Г) 15 лет
- Д) при появлении начальных симптомов патологии пародонта

6. Истинной диастемой называют выявленную в

- А) 1 год
- Б) 2 года
- В) 3 года
- Г) 4 года
- Д) 15 лет

7. Короткая уздечка языка может стать причиной развития

- А) заикания
- Б) дизатриии
- В) общего недоразвития речи
- Г) механической дислалиии
- Д) моторной алалии

8. Методом выбора при планировании операции по поводу короткой уздечки нижней губы у подростка 14 лет является:

- А) отсечение уздечки от альвеолярного отростка
- Б) пересечение уздечки
- В) отсечение уздечки от нижней губы
- Г) френулопластика по А.А. Лимбергу
- Д) вестибулопластика

9. Гиперплазия уздечек языка, верхней и нижней губы в 100% случаев характерны для синдрома

- А) Марфана
- Б) Аперта
- В) Рото-лице пальцевого синдрома, тип I
- Г) синдрома хронической усталости
- Д) фетального алкогольного синдрома

10. для синдрома Riga-Fede характерна

- А) лобуляция языка

Б) диастема

В) изъязвление вентральной поверхности языка

Г) короткая уздечка верхней губы

Д) врождённая расщелина нёба

Правильные ответы

1-Д; 2А; 3- Д; 4 – Д; 5 – Д; 6- Д; 7 – Г; 8- Г; 9 – В; 10 - В

Рекомендованная литература

1. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. – ГОЭТАР-Медиа. – 2009. – 208 с.
2. Муратов И.В., Семенов М.Г. Орофациальные расщелины. Часть I / Учебное пособие. - СПб. : Человек, 2016.- 48 с.
3. Мутовин Г.Р. Клиническая генетика. Геномика и протеомика наследственной патологии: учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. 2010. – 832 с.
4. Образцов Б. Л., Варакина И.А. Аномалии уздечки языка. // Стоматология, 1985. № 6, с.25-26.
5. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М.: Из-во «Медицина», 2006. – 640 с.
6. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. Перевод с англ.; Под ред. чл.-корр. РАМН проф. Л.С.Персина. - М. : МЕДпресс-информ, 2006-560с.
7. Семенов М.Г., Муратов И.В. Малые аномалии развития в полости рта (часть I) / Учебное пособие. - СПб. : Человек, 2013. - 28 с.
8. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. – «Книга плюс», 2005. – 488 с.
9. Hazelbaker A.K. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Pasadena, California, Pacific Oaks College; 1993,
10. Kotlow, L. A. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int. 1999 Apr; 30(4): 259-62.
11. Martinelli R. L., Marchesan I. Q., Gusmao R. J., Rodrigues A. C., Berretin-Felix G. Histological characteristics of altered human lingual frenulum. International Journal of Pediatrics and Child Health. 2014;2:6–9.

12. McEnery, E. T., Galnes, F. P.. Tongue tie in infants and children. *J Pediatr*, 1941, 18:252-255.
13. Narwal An., Chugh An. Speech correction by correcting ankyloglossia or tongue tie- case report // *International Journal of Development Research* 2015,- Vol. 5, 12, pp. 6344-6346.
14. Walsh J.M, Links AM, Boss EM, Tunkel D.M. Ankyloglossia and Lingual Frenotomy: National Trends in Inpatient Diagnosis and Management in the United States, 1997-2012. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Apr;156(4):735-740