

Клинические рекомендации

## **Анкилоглоссия**

Кодирование по Международной  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных со  
здоровьем: Q38.1

Возрастная категория: **дети**

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации:

- **Стоматологическая ассоциация России**

## Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию и состоянию.....	5
1.1 Определение заболевания или состояния.....	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния.....	5
1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	5
1.4 Классификация заболевания или состояния.....	5
1.5 Клиническая картина заболевания или состояния.....	6
2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	10
2.5 Иные диагностические исследования.....	10
3. Лечение, включая медикаментозную и не медикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	11
3.1 Консервативное лечение.....	11
3.2 Хирургическое лечение.....	12
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	15
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	16
5.1 Профилактика.....	16
5.2 Диспансеризация.....	16
6. Организация оказания медицинской помощи.....	17
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющая на исход заболевания или состояния).....	17
Список литературы.....	20
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	20
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	22
Приложение В Информация для пациентов.....	25

## **Список сокращений**

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-С - Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

ЗЧС - зубочелюстная система

ЗЧА - зубочелюстные аномалии

ЦНС - центральная нервная система

## Термины и определения

**Язык** — мышечный орган, покрытый сверху, с боков и частично снизу слизистой оболочкой. В языке различают две части: переднюю, свободную, часть, или тело языка и заднюю — корень языка.

**Анкилоглоссия** – это врожденный порок развития зубочелюстной системы, в виде укорочения уздечки языка, при котором она практически отсутствует, и язык неподвижен или малоподвижен.

**Уздечка языка** – дубликатура слизистой оболочки полости рта, идущая по средней линии и соединяющая дно полости рта с нижней поверхностью языка.

**Короткая уздечка языка** — это врожденный порок развития, ограничивающий подвижность языка и часто ведущий к функциональным и анатомическим изменениям в зубочелюстной системе ребенка.

**«Язык — галстук»** - короткая уздечка языка, идущая от кончика языка к дну полости рта и десне с язычной стороны, ограничивая движения языка, что затрудняет речь.

**Пластика уздечки языка** - это хирургическое вмешательство, направленное на иссечение слизистого тяжа под языком с целью облегчения его движений и устранения анатомических и функциональных нарушений.

**«Гусиная лапка»** - дополнительные тяжи уздечки языка, прикрепляющиеся к внутренней поверхности альвеолярной части нижней челюсти.

**Дислалия** – это нарушение правильного произношения отдельных звуков.

**Френулотомия** - рассечение уздечки, проводимое в возрасте от 0 до 3 мес.

**Френулоэктомия** - хирургическая операция, в ходе которой происходит полное иссечение уздечки языка.

**Френулопластика** - хирургическая операция, направленная на удлинение уздечки языка и увеличение амплитуды движения языка.

**Нарушение функции сосания** – отсутствие эффективного сосания, вследствие укорочения уздечки языка и невозможности полностью обхватить ореол соска матери.

# 1. Краткая информация по заболеванию и состоянию

## 1.1 Определение заболевания или состояния

**Анкилоглоссия** – это врожденный порок развития зубочелюстной системы, в виде укорочения уздечки языка, при котором она практически отсутствует, и язык неподвижен или малоподвижен [1].

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Анкилоглоссия – заболевание врожденное.

Причины развития анкилоглоссии: нарушение эмбрионального развития тканей языка и органов дна полости рта в первом триместре внутриутробного развития плода [1].

## 1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

*Международная классификация стоматологических болезней МКБ-10*

Q38.1 Анкилоглоссия

## 1.4 Классификация заболевания или состояния

По возрасту [2]		
анкилоглоссия новорожденного 0 - 3 мес	анкилоглоссия ребенка дошкольного возраста 5 - 7 лет	анкилоглоссия ребенка младшего школьного возраста 9 - 11 лет
По показаниям [2]		
жизненные	логопедические	ортодонтические
По степени функционального ограничения языка [2]		
легкая (длина уздечки более 15 мм, у ребенка небольшие нарушения в звукопроизношении)	средняя (длина уздечки 10-15 мм, у ребенка нарушения в звукопроизношении, невозможность дотянуться языком до неба)	тяжелая (длина уздечки до 10 мм, ребенок не может облизать языком свои губы, правильно произносить звуки, дотронуться языком до неба, высунуть язык)
По автору		

<b>По данным Хорошилкиной Ф.Я. [4]</b>		
тонкие, прозрачные уздечки, ограничивающие его подвижность в связи с незначительной их протяженностью	тонкие, полупрозрачные уздечки, прикрепленные близко к кончику языка и имеющие незначительную протяженность (при поднятии кончика языка в его центре образуется желобок)	тяж уздечки малозаметен и его волокна переплетаются с мышцами, ограничивая подвижность языка
тяж уздечки выделяется, но сращен с мышцами языка (наблюдается у детей при врожденной расщелине губы и неба)	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 тяжем, под которым располагается тонкая дубликатура слизистой оболочки)	
<b>По данным Корсак А. К. [4]</b>		
уздечка языка короткая, толстая, мощная, непрозрачная, в толще ее имеются соединительнотканн ые тяжи, крупные сосуды (кончик языка раздвоен во время функции, подвижность его ограничена)	уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная в виде дубликатуры слизистой без включения крупных сосудов и соединительнотканн ых тяжей (при выдвигении язык раздвоен, ребенок не может достать кончиком небо, облизать губы)	

### **1.5 Клиническая картина заболевания или состояния**

### ***1.5.1 Анкилоглоссия у новорожденного (0 - 3 мес)***

Первичная диагностика анкилоглоссии производится в родильном доме, сразу после рождения ребенка его осматривает врач - неонатолог. При нахождении ребенка в родильном доме становится понятна эффективность сосания груди ребенком. При выявлении патологии рекомендована консультация врача стоматолога - хирурга. После осмотра врач стоматолог - хирург выясняет у родителей с каким весом родился ребенок, какой вес у ребенка на момент осмотра, каким образом происходит кормление ребенка (естественным или искусственным), какое количество молока съедает ребенок за одно кормление при естественном вскармливании. Если по истечении 1 месяца жизни ребенка он набрал вес менее 700 гр (относительно значения веса при рождении) и за одно кормление, при естественном вскармливании, он съедает менее 100 гр молока, врач стоматолог - хирург принимает решение о проведении френулотомии [2].

### ***1.5.2 Анкилоглоссия у ребенка дошкольного возраста***

Короткая и широкая уздечка и ее высокое прикрепление в области альвеолярной части нижней челюсти может стать причиной нарушения правильного произношения отдельных звуков. Чаще всего у ребенка не артикулируются звуки "Р" и "Л". В автоматизации звуков происходят нарушения. Активное формирование речи происходит в возрасте 4 - 5 лет. В возрасте 5 лет физиологическое развитие речи заканчивается. Поэтому хирургическое лечение должно быть проведено в возрасте 4 - 5 лет. После хирургического вмешательства происходит увеличение длины уздечки, изменение ее ширины и увеличивается высота прикрепления уздечки языка к альвеолярной части тела нижней челюсти. После хирургического вмешательства ребенку требуется комплекс упражнений для восстановления правильной функции языка. Если же восстановление речи частично или полностью не произошло, рекомендуются занятия с логопедом. Своевременное хирургическое вмешательство является благоприятным фактором для возникновения процессов саморегуляции [2].

### ***1.5.3 Анкилоглоссия у ребенка младшего школьного возраста***

Короткая уздечка языка может быть причиной формирования зубочелюстных аномалий. На формирование ЗЧА влияет не только короткая по протяженности уздечка языка, но и уздечка нормальной длины. Широкая уздечка языка с высоким прикреплением к альвеолярной части нижней челюсти также является причиной ЗЧА.

При незначительном ограничении подвижности переднего участка языка происходит задержка роста фронтального отдела нижнего зубного ряда и формируется глубокая резцовая окклюзия.

Если язык занимает неправильное положение на дне полости рта и во время функции повышается его давление на нижние фронтальные зубы, формируется мезиальная окклюзия, дизокклюзия, протрузия нижних фронтальных зубов.

Одновременно возникают изменения, связанные с декомпенсированными действиями губ и щек на верхней зубной дуге, в виде скученности верхних фронтальных зубов и сужения верхней зубной дуги.

Скученность нижних фронтальных зубов, аномалии их положения (поворот вокруг оси, язычный наклон), сужение нижнего зубного ряда, формирование глубокой резцовой окклюзии могут сопровождаться изменениями окружающей слизистой оболочки. На ней могут отмечаться явления хронического воспалительного процесса - катаральный гингивит (отек и гиперемия зубных сосочков). Это обусловлено неправильным распределением жевательной нагрузки на ткани пародонта, и как результат - нарушение кровообращения в тканях пародонта.

Показанием для пластики уздечки языка является также невозможность фиксации съемной ортодонтической аппаратуры на нижней челюсти [2].

## **2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Главная задача при диагностике заключается в выявлении клинических признаков анкилоглоссии, определении степени тяжести и выбора соответствующего метода лечения.

Диагностика анкилоглоссии включает сбор анамнеза, клинический осмотр и опрос ребенка (по достижении 4 - летнего возраста).

Следует учитывать особенности диагностических мероприятий у детей:

- различный уровень объективности получаемой при расспросе информации от ребенка и третьих лиц (родители по-разному интерпретируют жалобы и анамнез);
- субъективность ощущений ребенка при проведении диагностических тестов;
- различный уровень взаимодействия врача, пациента и родителей;
- невозможность проведения сложных диагностических манипуляций из-за возрастных и психо - эмоциональных особенностей ребенка.

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

### **2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:**

- возраст ребенка;
- наличие сопутствующей патологии;
- жалобы пациента;
- давность и динамику заболевания;
- наличие травмы в прошлом и в настоящее время;
- наличие вредных привычек, наличие соматических заболеваний и аллергических реакций (обязательно должна быть заполнена анкета о здоровье ребенка);
- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- наличие и регулярность индивидуальной гигиены полости рта;
- предыдущие обращения к стоматологу – как вел себя ребенок, как и в каком объеме проводилось лечение, применялось ли ранее местное обезболивание;
- длительность занятий с логопедом;
- наличие или отсутствие ортодонтического лечения [2].

### **Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

## **2.2 Физикальное обследование**

**Медицинские услуги для физикального обследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 1).**

При физикальном обследовании устанавливается место прикрепления вершины и основания уздечки языка, подвижность языка, способность ребенка выполнять просьбы врача и двигать языком в указанном направлении. В зависимости от клинической картины выбирают метод лечения.

#### **1. внешний осмотр**

- возможно нарушение конфигурации лица за счет врожденных заболеваний, сопутствующей общесоматической патологии, нарушения прикуса;
- наличие травматического повреждения кожи, губ (ссадины, гематомы).

#### **2. внутриротовое обследование**

- осмотр слизистой оболочки полости рта, языка, уздечки языка, дна полости рта (выявление воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, выявления рубцов уздечки языка после ранее проведенных операций);

- врач просит ребенка достать кончиком языка до твердого неба (выявление способности ребенка к пониманию и выполнению просьб врача стоматолога - хирурга, определение длины уздечки языка и подвижности языка);
- изменение коронковых частей зубов (изменение цвета зуба, наличие отлома коронки, трещины в твердых тканях, положение зуба в зубном ряду);
- обнаружение и исследование кариозной полости (расположение, глубина, наличие сообщения с полостью зуба, болезненность при зондировании, наличие грануляционной ткани);
- оценка состояния всех имеющихся зубов, особенно зубов фронтального отдела (при осмотре зуба выявляется перелом коронки различной степени, изменение положения зуба в зубном ряду, что говорит о перенесенной травме).

Целенаправленно выявляют:

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- заболевания тканей пародонта в стадии обострения;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
- отказ от лечения [2].

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Для выявления анкилоглоссии дополнительных лабораторных методов диагностики не требуется.

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

Для выявления анкилоглоссии специальных инструментальных методов диагностики не требуется.

### **2.5 Иные диагностические исследования**

#### ***2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры***

Позволяет обнаружить, оценить патологические изменения слизистой оболочки полости рта и уздечки языка, визуализировать результаты исследования на экране, обсудить их с пациентом и его представителями, произвести фотографирование непосредственно в полости рта [2].

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### **3. Лечение, включая медикаментозную и не медикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Принципы лечения детей с анкилоглоссией предусматривают решение разных проблем и задач в разных возрастах пациента:

- в период новорожденности - проблемы, связанные с нарушением моторики органов полости рта и затруднением при приеме пищи;
- в дошкольном возрасте – проблемы, связанные с трудностями при артикуляции, звукообразовании и со снижением темпа речи;
- в младшем школьном возрасте - предупреждение развития зубочелюстных аномалий, связанных с анкилоглоссией;
- создание условий для коммуникации ребенка с обществом;
- повышение качества жизни детей с ЗЧА.

Лечение анкилоглоссии может включать:

- рассечение уздечки языка у новорожденного;
- пластику уздечки языка у ребенка дошкольного возраста или младшего школьного возраста.

Процесс лечения завершается рекомендациями по срокам повторного обращения, профилактике возможных осложнений и реабилитации пациента.

#### **3.1 Консервативное лечение**

**3.1.1. Использование дополнительных устройств и приспособлений для кормления новорожденного:** накладки (силиконовые, латексные, резиновые) на соски (если у мамы плоская или вогнутая форма соска) [2]

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**3.1.2. Занятия с логопедом:** выполнения упражнений на занятиях с логопедом и дома:

- «Лопаточка» - положить широкий расслабленный язык на нижнюю губу;
- «Трубочка» - открыть рот, высунуть широкий язык и загнуть его боковые края вверх;
- «Оближем губки» - рот открыть. Медленно, не отрывая языка, облизать сначала верхнюю, затем нижнюю губу по кругу;

- «Почистим зубки» - «почистить» кончиком языка нижние зубы с внутренней стороны (слева – направо, сверху вниз). Нижняя челюсть неподвижна;
- «Часики» - растянуть губы в улыбку. Рот приоткрыть. Кончиком узкого языка попеременно дотрагиваться до уголков рта;
- «Змейка» - рот открыть. Узкий язык сильно выдвигать вперед и убирать обратно в рот. Не прикасаться к губам и зубам;
- «Орешек» - рот закрыт, напряженным языком упираться то в одну щеку, то в другую [5, 6, 7].

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### ***3.1.3. Ортодонтическое лечение***

Ортодонтическое лечение зависит от вида ЗЧА, возникшей у ребенка. Работа ортодонта направлена на постановку челюстей в правильное соотношение (прикус), стимуляцию роста нижней челюсти, нормализацию окклюзии, постановку отдельных зубов в правильное положение, восстановление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта [2].

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### **3.2 Хирургическое лечение**

Существует несколько видов операций:

- рассечение уздечки языка с помощью ножниц (в возрасте от 0 до 3 мес). Перед проведением операции необходимо предупредить родителей о паллиативном характере вмешательства и о возможности выявления рецидива заболевания в более старшем возрасте [2];
- пластика уздечки языка с помощью скальпеля и ножниц (если уздечка короткая, тонкая в виде дубликатуры слизистой) [2];
- пластика уздечки языка с помощью лазера (если уздечка короткая, тонкая в виде дубликатуры слизистой) [2];
- пластика уздечки языка встречными треугольными лоскутами по Лимбергу (Z-пластика) (если уздечка языка короткая, толстая, мощная, а кончик языка фиксирован к тканям дна полости рта и малоподвижен) [2].

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### **3.2.1. Алгоритм и особенности проведения хирургического вмешательства**

*Перед проведение пластики уздечки языка проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная). Перед проведением инфильтрационной анестезии место вкола иглы обрабатывается аппликационным анестетиком.*

*Особенности применения анестезии у детей.*

*Используются анестетики с низким содержанием вазоконстриктора или без вазоконстриктора.*

*Перед проведением инъекции желательна применение средств для аппликационной анестезии в виде гелей.*

*Если местная анестезия проводится впервые необходимо дать понятные объяснения ребенку по поводу будущих ощущений (что онемение тканей будет временным и не представляет для него опасности), так как дети часто пугаются непривычных ощущений. Необходимо дать рекомендации родителям по поведению после проведения анестезии для предотвращения травматических повреждений слизистой оболочки полости рта.*

*Пластика встречными треугольными лоскутами по Лимбергу должна проводиться только в условиях общего обезболивания в связи с объемом и травматичностью проводимого вмешательства.*

- иссечение уздечки языка - после проведения анестезии кончик языка берется на лигатуру (прошивается нитью) и поднимается вверх, с помощью ножниц проводится рассечение уздечки языка над устьями выводных протоков слюнных желез и расширение раны тупым путем в горизонтальном и вертикальном направлениях, иссекается дубликатура слизистой оболочки над раной (собственно уздечка). Мобилизуются края раны, после чего рана ушивается узловыми швами саморассасывающейся нитью размером 5/0 в вертикальном направлении. При необходимости рассекаются дополнительные тяжи слизистой оболочки, идущие к альвеолярной части нижней челюсти ("гусиная лапка"). В таком случае ткани отсепаровывают от кости и на обнаженный участок кости укладывается йодоформный тампон. Лигатура убирается [2].
- иссечение уздечки языка с помощью лазера - после проведения анестезии кончик языка берется на лигатуру и поднимается вверх, с помощью лазера производится рассечение уздечки языка в его средней трети. Далее с помощью ножниц проводится расширение раны тупым путем в горизонтальном и вертикальном направлениях, иссекается дубликатура слизистой оболочки над раной (собственно уздечка). Мобилизуются края раны, после чего рана ушивается узловыми швами

саморассасывающейся нитью размером 5/0 в вертикальном направлении. При необходимости рассекаются дополнительные тяжи слизистой оболочки, идущие к альвеолярной части нижней челюсти (“гусиная лапка”). В таком случае ткани отсепаровывают от кости и на обнаженный участок кости укладывается йодоформный тампон. Лигатура убирается [2].

- пластика уздечки языка треугольными лоскутами - после проведения анестезии кончик языка берется на лигатуру и поднимается вверх, производится срединный разрез по гребню уздечки языка от его кончика до выводных протоков слюнных желез. С обеих сторон разреза (у вершины и основания) делается два дополнительных разреза под углом 60° к основному разрезу, образуя рану формой “Z”. Полученные треугольные лоскуты отслаиваются, сдвигаются друг другу навстречу и сшиваются. Лигатура убирается [2].

### ***3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде***

- в момент рассечения уздечки языка и при боковых разрезах возможно повреждение сосудов (a. profunda linguae) - возникает кровотечение, которое трудно остановить.
- повреждение железы Бландина - Нунна, которая располагается в области передней 1/3 кончика языка и может быть повреждена при рассечении уздечки или при рассепаровке тканей. В результате в послеоперационном периоде может возникнуть ретенционная киста Бландина - Нуновской слюнной железы, которая после ее удаления в 70% случаев дает рецидив. Бландина - Нуновская железа состоит из отдельных мелких железок, не объединенных капсулой (как кисть винограда). Поэтому при цистаденэктомии (при выделении кисты или при наложении швов) может быть травмирована соседняя железка, что приводит к рецидиву образования.
- при наложении швов в области выводных протоков подчелюстных и подъязычных слюнных желез можно случайно ушить их. На вторые сутки в подъязычной области возникнет выраженный отек (так как проток перекрыт и оттока слюны нет). Кроме того, в данной ситуации резко страдает общее состояние ребенка. Температура тела может повышаться до 38 - 39 °С. Необходимо срочно снять шов, и ситуация нормализуется.
- При рассечении тяжей слизистой оболочки, идущих в альвеолярной части нижней челюсти, можно повредить подъязычную слюнную железу, так как она очень близко прилежит к слизистой оболочке в области дна полости рта. Рассекая тяжи, необходимо опираться на альвеолярную часть нижней челюсти, а затем тупым путем отсепаровывать слизистую оболочку.

- Детям с заболеваниями ЦНС операцию проводят не ранее 9 - 10 - летнего возраста, это связано с особенностями их поведенческой реакции. В послеоперационном периоде такие дети, как правило, боятся двигать языком, отказываются говорить из страха перед болью (защитная реакция). В результате при отсутствии движений языка образуются грубые келоидные рубцы, которые приводят к еще меньшей его подвижности и выраженным анатомическим и функциональным нарушениям [1].

#### **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

После проведения пластики уздечки языка вид реабилитации зависит от возраста ребенка:

- новорожденные: после вмешательства ребенка рекомендуется сразу покормить грудью, чтобы язык приспособился к новым условиям. Также необходимо в течение первых суток после операции как можно чаще прикладывать ребенка к груди, чтобы свести к минимуму вероятность образования грубого рубца.
- детям дошкольного возраста после операции дают обезболивающие средства и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания в первые сутки после операции. На вторые сутки после операции можно активно разговаривать, после еды необходимо проводить антисептическую обработку послеоперационной области. На 5 - 7 сутки проводится гимнастика для языка (дома или с логопедом).
- детям школьного возраста также после операции дают обезболивающие препараты и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания в первые сутки после операции. На вторые сутки после операции можно активно разговаривать, после еды необходимо проводить антисептическую обработку послеоперационной области. При необходимости на 5 - 7 сутки проводится гимнастика для языка (дома или с логопедом). Через 10 - 14 дней можно начинать ортодонтическое лечение [2].

**Комментарии** *Гимнастика проводится такая же, как при консервативном лечении анкилоглоссии.*

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

### **5.1 Профилактика**

Исходя из современных представлений о возникновении и диагностике анкилоглоссии, его профилактика должна осуществляться по нескольким направлениям:

- исключение патологических экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на женщину в 1 триместре беременности;
- своевременная диагностика анкилоглоссии неонатологами в родильных домах и врачами - педиатрами в участковых поликлиниках;
- проведение контрольного кормления в 1 мес жизни ребенка;
- санитарно - просветительская работа о диагностике анкилоглоссии врачами - педиатрами, патронажными сестрами, врачами стоматологами - терапевтами;
- диагностика анкилоглоссии врачами стоматологами - терапевтами при диспансерном осмотре детей и постановка на учет детей с признаками анкилоглоссии;
- организация врачом стоматологом - терапевтом консультации врача стоматолога - хирурга для детей с подозрением на анкилоглоссию;
- своевременная консультация логопеда и наблюдение за детьми, испытывающими трудности при выполнении гимнастики для языка;
- своевременное выявление врачами стоматологами - терапевтами детей с патологией ЗЧС и ЗЧА и направление их на консультацию к врачу ортодонту;
- при необходимости, организация врачом стоматологом - терапевтом совместной консультации пациента несколькими специалистами (логопедом, врачом стоматологом - хирургом, врачом ортодонтом) [1, 2, 3].

### **5.2 Диспансеризация**

Дети с анкилоглоссией должны быть поставлены на диспансерный учет и осмотр их должен осуществляться в возрасте 1 - 3 мес, 4 - 6 лет, 8 - 10 лет и на каждом этапе лечения и восстановления [1, 2, 3].

#### **Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии.** *Лечение анкилоглоссии должно быть комплексным и осуществляться усилиями врача - неонатолога, врача - педиатра, логопеда, врача стоматолога - терапевта, врача стоматолога - хирурга и ортодонта.*

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь.

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно.

Лечение пациентов детского возраста с диагнозом “Анкилоглоссия” проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, детской стоматологической поликлинике (отделении), хирургическом отделении детской поликлиники (отделения), в отделениях и кабинетах детской хирургической стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, стоматологическом кабинете образовательной организации, а также в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям со стоматологическими заболеваниями. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющая на исход заболевания или состояния)**

### **Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Детям после проведения операции по поводу лечения анкилоглоссии рекомендуется первые 2 часа после хирургического вмешательства не полоскать полость рта, не есть, далее в течение дня не употреблять горячую пищу во избежание появления болевых ощущений, а также не выполнять тяжелые физические упражнения. При необходимости, ребенок направляется на консультацию к логопеду (в возрасте 4 - 6 лет), к врачу-ортодонт (в возрасте 8 - 10 лет) для определения показаний к восстановлению и/или исправлению образовавшейся ЗЧА. Рекомендуется посещать стоматолога 2 раза в год.

После проведенного вмешательства в первые сутки рекомендуется ребенку соблюдать режим молчания и местно – холод (есть мороженое). Родители ребенка должны быть предупреждены о необходимости немедленного обращения при появлении признаков воспалительного процесса. Также требуется повторный визит через 5 - 7 дней для профилактического осмотра после лечения [2].

## **Критерии оценки качества медицинской помощи**

Группа заболеваний или состояний: Анкилоглоссия

Код/коды по МКБ-10 Q38.1

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи:

- обращение в поликлинику с целью консультации;
- плановое лечение анкилоглоссии в поликлинике;

- лечение в условиях стационара под общим обезболиванием.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
<b>1.</b>	<b>Событийные (смысловые, содержательные, процессуальные) критерии качества</b>		
1.1	<u>Проводилось ли при постановке диагноза:</u>		
1.1.1	сбор анамнеза, выявление причинных факторов заболевания	2	Б
1.1.2	внешний осмотр	2	В
1.1.3	осмотр полости рта	2	В
1.1.4	определение подвижности языка, уровень прикрепления уздечки языка	2	Б
1.1.5	проверка звукообразования и речи	1	А
1.2	<u>Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий:</u>		
1.2.1	местное или общее обезболивание	2	В
1.2.2	взятие языка на лигатуру	2	А
1.2.3	разрез в средней трети уздечки языка	2	Б
1.2.4	мобилизация краев раны	3	Б
1.2.5	накладывание швов	2	Б
1.2.6	гемостаз	2	Б
1.2.7	назначение повторного приема	1	А
<b>2.</b>	<b>Временные критерии качества</b>		
2.1	Устранение анкилоглоссии	2	Б
2.2	Сохранность целостности сосудов и мышц языка	2	Б

2.3	Проведение контрольного осмотра	1	А
2.4	Введение лекарственных препаратов, обладающих анальгезирующим эффектом	2	Б
2.5	Назначение даты повторного приема	2	Б
2.6	Наличие рекомендаций о необходимости работы с логопедом и/или ортодонтом	2	Б
<b>3.</b>	<b>Результативные критерии качества</b>		
3.1	Восстановление функции языка и увеличение его подвижности	1	А
3.2	Удлинение уздечки языка	2	Б
3.3	Снятие напряжения слизистой оболочки и тканей дна полости рта в области прикрепления уздечки языка к альвеолярной части нижней челюсти	2	Б
3.4	Наличие рекомендаций о необходимости профилактического осмотра 2 раза в год	1	А
<b>4.</b>	<b>Дополнительные критерии</b>		
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	1	А
4.2	Отсутствие осложнений после проведения местной анестезии	1	А
4.3	Отсутствие послеоперационного отека	2	Б
4.4	Отсутствие послеоперационных осложнений	2	Б
4.5	Атрофичный послеоперационный рубец	2	Б
4.6	Наличие рекомендаций о способах устранения ЗЧА	2	Б

### Список литературы

- 1 Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. - М.: Медицина, 2003; 639 с.

- 2 Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Топольницкий О. З. Детская стоматология: учебник – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017; с.538 - 544.
- 3 Камерон А., Уидмера Р. Справочник по детской стоматологии - М.: МЕДпресс - информ, 2003; с. 239 - 245.
- 4 Корсак А. К. Поликлиническая и госпитальная детская хирургическая стоматология. - Минск:Вышэйшая школа, 2016; 526 с.
- 5 Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. - М: Просвещение, 1989; 239 с.
- 6 Хватцев М.Е. Логопедия. - М., 1959 г.
- 7 Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учебное пособие. – С.-Пб.: Союз, 2005 г.; 192 с.
- 8 Мак — Дональд Р., Эйвери Д. Стоматология детей и подростков. - М. : Медицинское информационное агенство, 2003; 766 с.

### **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

**Першина Александра Николаевна** - штатный врач отделения хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

**Топольницкий Орест Зиновьевич** - д. м. н., профессор, заслуженный врач России, заведующий кафедрой ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова, врач челюстно - лицевой хирург;

**Черняев Сергей Евгеньевич** - к. м. н., заведующий отделением хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

**Гургенадзе Анна Панаеовна** - к. м. н., доцент, заведующая учебной частью кафедры ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Конфликт интересов: отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-стоматологи общей практики 31.08.72
- Врачи-стоматологи-терапевты 31.08.73
- Врачи - стоматологи - хирурги 31.08.74
- Врачи-стоматологи детские 31.08.76
- Врачи-ортодонты 31.08.77

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета - анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета - анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеются лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета - анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета - анализа

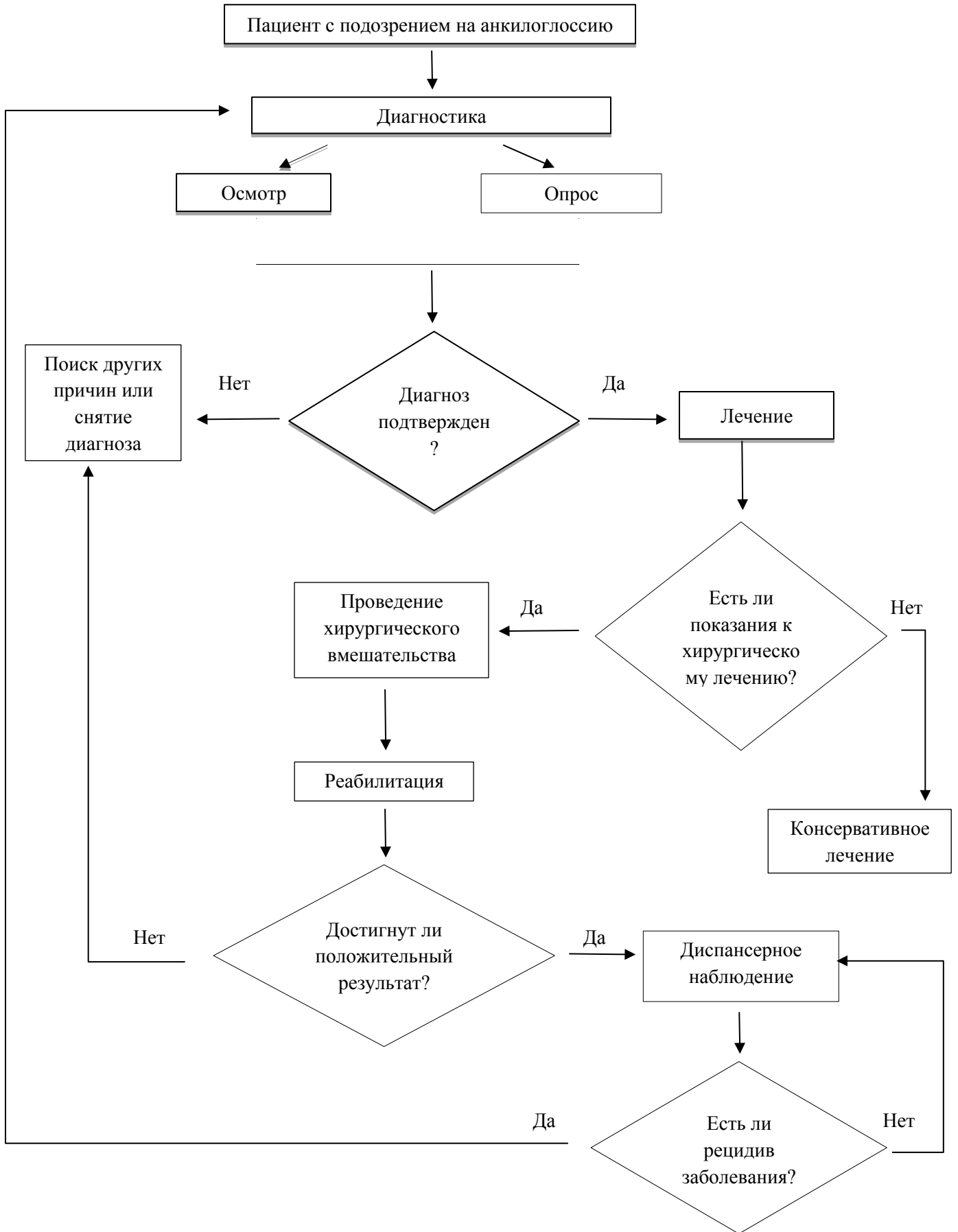
3	Нерандоминизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай - контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются не важными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим нас исходам не являются согласованными)

**Порядок обновления клинических рекомендаций** – пересмотр 1 раз в 3 года, при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## **Приложение В Информация для пациентов**

- необходимо предупредить родителей ребенка о обязательности соблюдения рекомендаций врача и сроков обращения, а также о необходимости срочного обращения к врачу при наличии признаков ухудшения общего состояния ребенка, симптомов появления, распространения воспалительного процесса и отсутствии положительного результата после оказанной стоматологической помощи;
- после оказания помощи детям рекомендуется ограничение жевания, употребления жесткой пищи для снижения риска травматизации слизистой оболочки полости рта;
- требования к диетическим назначениям и ограничениям;
- в первые сутки после операции рекомендовано соблюдать режим молчания;
- через 5 дней миогимнастика для языка.