

что 38 (80,8%) человек оценили результаты операции как очень хорошие и отметили значительный прогресс у детей в развитии речи и ортодонтическом лечении, 9(19,2%) оценили результаты операции и лечение у других специалистов как хорошие. Все родители отмечали, что проведенная операция значительно помогла их детям в решении речевых и ортодонтических проблем, особенно родителей удовлетворяло то, что проведенная пластика уздечки языка во время симультанной операции не вызвала у их ребенка психоэмоционального напряжения и прошла совершенно безболезненно.

Таким образом, стоматологическое лечение проводилось в полном объеме и с обязательным профилактическим этапом, тем более, если учесть, что в основном мы лечили детей с пониженной резистентностью организма. Необходимо отметить психологический момент профилактического этапа лечения. Ребенок, который панически боялся стоматолога и у которого посещение стоматолога ассоциируется только с болью и страхом, вдруг обнаруживал для себя, что лечение у стоматолога может быть приятным, так как обработка пломб и герметизация фиссур — безболезненные манипуляции, что в дальнейшем в значительной степени уменьшит страх ребенка перед посещением стоматологического кабинета.

Литература

1. Белова Н.А. // «Стоматология» — № 4. — 1980. — С. 54—57.
2. Вельтищев Ю.Е. Экология и здоровье детей // Под ред. Г.И. Донской и соавт., 1996.

3. Виноградова Т.Ф. Клиника, диагностика и лечение заболеваний зубов у детей. — М., 1968.
4. Виноградова Т.Ф. и др. // Стоматология — 1977. — №. — С.
5. Виноградова Т.Ф., Блехер Г.А., Максимова О.П., Григорьева Е.Е. // Стоматология — 1982. — №5. — С. 12-15.
6. Даутов Ф.Ф., Лысенко Г.Н., Лысенко А.И. // Гигиена и санитария. — 2005. — №5. — С. 16-17.
7. Дебрянский В.А., Кутин Г.А. // Рос. риол. — 1998. — № 3. — С. 11-12.
8. Латышевская Н.И., Мазницына Л.С., Михальченко В.Ф., Давыденко Л.А. // Гиг. сан. — 2004. — № 4. — С. 29-31.
9. Мельниченко Э.М., Горбачева К.А., Яцук А.И., Чешко Н.Н. // Стоматология. — 1996. — №2. — С. 59-61.
10. Рабинович С.А. и соавт. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей. — М., — 2005. — С. 7.
11. Удовицкая Е.В., Билецкая И.С., Корчак Л.Ф. и др. // Стоматология. — 1982. — № 6. — С. 15—16.
12. Якушенкова А. П. Обоснование и эффективность новых методов хирургического лечения хронических болезней носа, околоносовых пазух и глотки у детей: Дис. ... д-ра. мед. наук. — М., 2006.
13. Savanheimo N., Vehkalahti M.M., Pihakari A., Numminen M. // International Journal of Paediatric Dentistry. — 2005. — № 15. — С. 48-454.

Хирургическое лечение анкилоглоссии во время симультанного лечения стоматологической и оториноларингологической патологии у детей младшего, дошкольного и младшего школьного возраста

Ф.Ф. Лосев, В.П. Фоминых, А.П. Якушенкова, Т.А. Кишинец, И.А. Есаков
ФГУ «ЦКБ» УД Президента РФ

Анкилоглоссия, или укороченная уздечка языка, — довольно часто встречающаяся врожденная аномалия развития, представляющая собой протяженностью нарушение прикрепления уздечки к нижней поверхности языка и ограничивающее его подвижность.

В младенческом возрасте данная патология, в зависимости от степени тяжести, может приводить к затрудненному сосанию у грудных детей, а при отсутствии своевременной диагностики и устранения данной патологии может являться причиной нарушения речи и заболевания пародонта, формирования патологического прикуса.

Клинические признаки нарушения прикрепления уздечки языка следующие:

- при выдвижении языка из полости рта его кончик нередко раздваивается и приобретает форму «сердечка»;
- ребенок с трудом облизывает верхнюю и нижнюю губы;
- нарушено произношение некоторых звуков.

В своей практике мы сталкивались с детьми, у которых различные функциональные нарушения были обнаружены уже в период молочного или смешанного прикуса стоматологами, логопедами, педиатрами, оториноларингологами. Безусловно, ранняя диагностика этой патологии и ее устранение в младенческом возрасте во многом облегчает жизнь ребенка и предупреждает развитие многих осложнений.

Неправильное прикрепление уздечки может стать причиной отслоения десны от шейки зуба, что приводит к хронической функциональной травме, нарушению обменных процессов, скоплению зубного налета и как следствие возникновение дистрофических процессов в пародонте. Помимо этого анкилоглоссия является predisposing фактором к развитию зубочелюстных аномалий, нарушению речи [1, 2, 3]. Для предупреждения нарушения развития челюстей требуется ранняя диагностика и устранение укороченной уздечки языка, так как при данной патологии ребенок не может полноценно сосать, а при нарушении полноценного акта сосания нижняя челюсть может не переместиться вперед до соединения с альвеолярным отростком верхней челюсти и остаться недоразвитой.

Хирургическое лечение анкилоглоссии желательно проводить в раннем младенческом возрасте для профилактики осложнений, о которых было сказано выше. Но, к сожалению, своевременная диагностика данной аномалии зачастую не проводится.

Хирургическое лечение данной патологии проводится в амбулаторных условиях под местной анестезией и представляет для ребенка достаточно серьезное испытание. Вид инструментов, крови на материале, фиксация языка и пр. может привести к серьезному стрессу у маленького пациента и

в дальнейшем к формированию у него стойкого страха перед посещением стоматолога.

Учитывая, что дети поступали в ЛОР-отделение для проведения хирургического лечения основного заболевания под общей анестезией, возможность проведения пластики уздечки языка во время операции по поводу его основного заболевания под общей анестезией представлялась нам достаточно заманчивой. Тем более, что все наши операции проходили под интубационным наркозом, мониторингом жизненно важных функций организма, что в значительной степени облегчало работу врача и снижало риск возникновения интраоперационных осложнений.

Особую проблему представляет лечение детей младшего возраста с сопутствующей патологией и имеющих негативный опыт лечения у стоматолога. Так, по данным N. Savanheimo и соавт. [6], 39% детей имеют негативный опыт лечения у стоматолога в возрасте до 3 лет, 32% исследуемых испытали по 4 случая безуспешного лечения.

Цель исследования — повышение эффективности хирургического лечения детей с анкилоглоссией и сочетанной отоларингологической патологией.

Материал и методы исследования

В ходе стоматологического осмотра 447 детей в возрасте от 2 до 9 лет, поступивших на хирургическое лечение основной патологии в отоларингологическое отделение, у 47 (10,5%) пациентов была выявлена анкилоглоссия.

Методика проведения оперативного лечения анкилоглоссии

Данная операция заключается в пластическом перемещении уздечки до ее нормальных границ. Особенностью данной операции является фиксация языка в необходимом положении. Мы отказались от использования инструментального языкодержателя и желобовидного зонда, поскольку их использование не обеспечивало надежной фиксации языка во время операции и затрудняло работу врача, что было чревато возникновением различного рода осложнений (смещение языка, кровотечение при проведении пластики). Для надежной фиксации языка и обеспечения хорошего обзора операционного поля, язык прошивался толстой лигатурой из шелка или кетгута, отступя от кончика языка на 1,5–2 см в направлении справа на лево. Лигатура фиксировалась на зажим, что облегчало работу ассистента при фиксации языка в нужном положении во время операции (рис. 1, 2).



Рис. 1. Наложение удерживающей язык лигатуры.

Язык фиксировался в нужном положении с натянутой уздечкой, такое положение обеспечивало достаточно четкое просматривание просвечивающихся сосудов, затем ножницами с тупыми браншами рассекалась слизистая с учетом топографии сосудов, при недостаточном увеличении длины уздечки ткани тупо проходили и увеличивали площадь операционного поля, при необходимости осуществлялся гемостаз (рис. 3а, б).



Рис. 2. Фиксирующая язык лигатура.



а



б

Рис.3. Пластика уздечки языка.



Рис. 4. Операционная рана.

После этого накладывались швы на слизистую, как правило, 2–3 (викрил № 4) — рис. 4, 5.

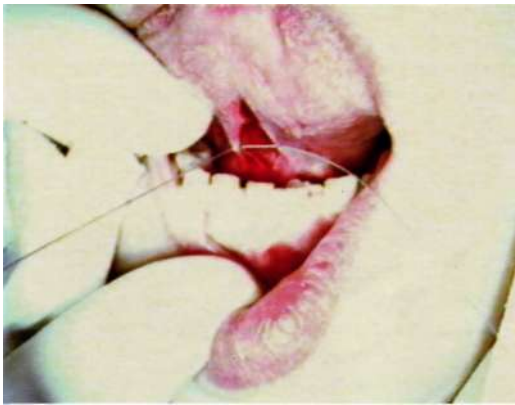


Рис. 5. Наложение швов на слизистую языка.



Рис. 6. Вид уздечки после пластики.

В заключение убирали лигатуру с языка, удерживающую его во время операции в нужном положении (рис. 6).

Результаты исследования и их обсуждение

Родители детей с диагнозом: укороченная уздечка языка, как правило, предъявляли жалобы двух видов — нарушение речи или ортодонтическая патология. Причем на речевые нарушения у детей жаловались 39 (82,9%) родителей, 35 из них обращались к помощи логопеда, но лечение проходило без видимых результатов. У 8 (17,1%) детей направление на пластику уздечки языка было от врача-ортодонта, поскольку ранее проведенное ортодонтическое лечение не удовлетворяло ни родителей, ни врача. После проведенного оперативного лечения данной патологии, эта группа детей продолжала лечение у специалистов — логопеда и ортодонта.

При осмотре через год детей, прооперированных по поводу укороченной уздечки языка, все родители отмечали значительное улучшение речи, появление ощутимых результатов ортодонтического лечения. Так опрос родителей через год после проведенной пластики уздечки языка показал, что 38 (80,8%) человек оценили результаты операции как очень хорошие и отметили значительный прогресс у детей в развитии речи и ортодонтическом лечении, 9 (19,2%) оценили результаты операции и лечение у других специалистов как хорошие. Все родители отмечали, что проведенная операция значительно помогла их детям в решении речевых и ортодонтических

проблем, особенно родителей удовлетворяло то, что проведенная пластика уздечки языка во время симультанной операции не вызвала у их ребенка психоэмоционального напряжения и прошла совершенно безболезненно.

Заключение

Проведение любой хирургической коррекции у ребенка в амбулаторных условиях под местной анестезией провоцирует психологическое напряжение. Страх обладает тормозящим действием на психику, вызывая усиление сердечной деятельности, повышение или снижение моторной активности туловища и конечностей, речь становится путанной, возникают вазомоторные нарушения: побледнение кожных покровов, обильное потоотделение, учащение дыхания, появляется повышенная секреция, возможно мочеиспускание, повышается функция кишечника [5]. Это особенно опасно для детей с сопутствующей патологией. Поэтому возможность проведения пластики уздечки языка под общей анестезией во время оперативного лечения основной патологии, на наш взгляд, является очень удобной как для самого маленького пациента, так и для его родителей, а также для врача. Поскольку беспокойное поведение ребенка вынуждает врача работать в состоянии эмоционального напряжения, что в значительной степени снижает качество лечения, может привести к осложнениям во время операции, ограничивает объем вмешательств [4, 5].

Данные нашего исследования показывают, что проведение хирургической коррекции укороченной уздечки языка во время операции по поводу основной патологии, в частности отоларингологической, проводимой подобной анестезией, позволило предупредить возможность развития осложнений, качественно провести лечение, сократило время самой операции, а также полностью устранило фактор психоэмоционального напряжения у пациента. Именно отсутствие страха и стресса у ребенка и как следствие спокойное поведение в кабинете стоматолога в последствии родителями отмечалось как основной положительный момент в проведенном лечении.

Литература

1. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. — М., Медицина, - 1988. - С. 107-115.
2. Григорьева Л.П. и др. Профилактика зубочелюстных аномалий у учащихся начальных классов, живущих в районах с высоким содержанием фтора в питьевой воде. — Киев, — 1984. — С. 7.
3. Паршин Д.В., Выявление частоты встречаемости факторов риска возникновения основных стоматологических заболеваний. //Институт стоматологии. — 2006. — № 1. — С. 80—82.
4. Персии Л.С., Елизарова В.М., Дьякова СВ. Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, — 2003. — С. 69.
5. Рабинович С.А. и соавт. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей. — М., 2005. — С. 7.
6. Savanheimo N., Vehkalahti M.M., Pihakari A., Numminen M. // International Journal of Paediatric Dentistry. — 2005. — Vol. 15. — С. 448-454.