

УДК: 616.313-007.274-07-08-053.31
DOI: 10.24061/2413-4260. XV.3.57.2025.9

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АНКІЛОГЛОСІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

**Ж. Г. Твердовська¹, Т. С. Кіцак²,
М. П. Митченко², К. Г. Загородня³,
А. І. Рогальова⁴**

Центр сімейної стоматології «Стемма»¹
(м. Чернівці, Україна),
Буковинський державний медичний університет²
(м. Чернівці, Україна),
Корнстоун Госпіталь (м. Моргантаун, США)³,
Миколаївський обласний перинатальний центр⁴
(м. Миколаїв, Україна)

Резюме.

Протягом останніх років серед новонароджених в Україні анкілоглосія має високі показники. Коротка під'язикова вуздечка у немовлят, які знаходяться на грудному вигодовуванні, може спричиняти дискомфорт та пошкодження сосків у матері. Крім того, це ускладнює процес смоктання у дитини, що збільшує ймовірність раннього припинення грудного вигодовування.

Мета дослідження – встановити структуру анкілоглосій у новонароджених Миколаївської області, провести аналіз методів корекції короткої вуздечки язика.

Матеріал та методи. Нами було оглянуто 265 новонароджених дітей у Перинатальному центрі Миколаївської обласної клінічної лікарні за 2024 рік. Дітей оглядали такі спеціалісти: неонатолог, стоматолог-хірург, експерт із грудного вигодовування.

Результати дослідження. Із оглянутих 265 новонароджених дітей у 38 (14,34%) було діагностовано коротку вуздечку язика. Найпоширенішою патологією була анкілоглосія II типу. Тонка, напівпрозора вуздечка, яка близько прикріплювалася до кінчика язика і мала незначну довжину, що була виявлена у 16 дітей (42,10%). Вуздечку III типу, цільний короткий тяж, близько прикріплений до кінчика язика, спостерігали в 12 новонароджених (31,58%). Тонка, прозора з незначною довжиною вуздечка (I тип) зустрічалася в 10 обстежених і становила 26,32%. Новонародженим із короткою й тонкою вуздечкою язика, яка обумовлює труднощі смоктання та недостатній приріст маси тіла, зазвичай у перші дні або тижні життя виконують хірургічне поперечне розсічення вуздечки, якщо вона представлена складкою слизової оболонки – френулотомію. Френулотомія, яка зазвичай є дуже швидкою процедурою, проводиться в перші місяці життя дитини, а краще в перші дні життя, за наявності тонкої вуздечки і майже не має ускладнень. Відразу після розсічення вуздечки дитина прикладається до грудей матері для заспокоєння та відпрацювання навички правильного прикладання. Втручання в таких випадках проводять у пологовому будинку, або в умовах поліклініки, рану не ушивають. Вважається, що чим швидше буде проведена дана процедура у дитини, поки не сформувався неправильний стереотип смоктання грудей, тим меншими будуть очікувані наслідки.

Висновки. Встановлено високий відсоток новонароджених із вадою розвитку вуздечки язика, що супроводжувалося труднощами з налагодженням грудного вигодовування. Комплексний міждисциплінарний підхід у діагностиці та лікуванні анкілоглосії є запорукою найбільш повної і швидкої медичної та соціальної реабілітації дітей. Необхідність своєчасної діагностики, міждисциплінарного консиліуму та постановки правильного діагнозу дає можливість вчасно надати допомогу дітям, відповідно налагодити грудне вигодовування, відновити необхідний набір ваги, що сприятиме нормальному розвитку дитини та збереженню якості життя. Важлива просвітницька робота для матерів, особливо тих, які народжують вперше.

Ключові слова: анкілоглосія; коротка вуздечка язика; френулотомія; грудне вигодовування.

Вступ

Анкілоглосія (вроджене вкорочення під'язикової вуздечки) – це один із видів аномалій ротової порожнини, який обмежує рухливість язика. Ця патологія може утруднювати процес грудного вигодовування у немовлячому віці, а згодом спричинити проблеми з артикуляцією та вимовою звуків [1]. Серед новонароджених вада розвитку вуздечки язика зустрічається з частотою близько 4,5-4,8%, співвідношення хлопчиків до дівчаток становить 3:1 [2, 3].

У більшості випадків на наявність анкілоглосії звертають увагу при виникненні проблем з артикуляцією на етапі становлення мовлення у дитини. Однак, важливо виявити коротку вуздечку язика набагато раніше, а саме одразу після народження дитини, так як анкілоглосія може стати проблемою на етапі грудного вигодовування. Під час смоктання грудей рух язика

дитини значною мірою залежить від його вільної рухливості. Вкорочена вуздечка утруднює хвилюподібні рухи язика під час смоктання та заважає правильному захвату материнської груді та ефективному смоктанню.

Існують наступні види неонатального скринінгу: генетичний, аудіологічний, офтальмологічний та стоматологічний. Стоматологічний скринінг спрямований на раннє виявлення аномалій щелепно-лицевої ділянки, серед яких найбільш поширеними є вкорочення вуздечки язика/губ, вроджені розщілини губи/піднебіння, мілкий присінок порожнини рота, орофакціальні дисплазії м'яких тканин і кісток обличчя, зміни в ротовій порожнині, обумовлені генетичними дефектами розвитку щелепно-лицевої ділянки. Проблема анкілоглосії виявляється безпосередньо при пальпації дна ротової порожнини [4].

Вуздечка язика – це тонка складка слизової оболонки, яка прикріплюється на 1-1,5 см нижче від його верхівки.

Її нижній край кріпиться до дна ротової порожнини по центральній лінії між під'язиковими сосочками. Патологічні варіанти вуздечки зазвичай характеризуються атиповим місцем прикріплення, надмірною вираженістю тяжу та вкороченням, іноді аж до зрощення з дном порожнини рота. Такі зміни обмежують рухливість язика, можуть спричиняти його контрактуру та неправильне положення. Вуздечка відрізняється різноманітністю форм, ступенем щільності та взаємозв'язком із м'язами язика [5].

Існує 5 типів вуздечок язика, здатних обмежувати його рухливість [6, 7]:

- перший тип характеризується надзвичайно тонкими, прозорими вуздечками, які прикріплені до язика у нормальному положенні, але обмежують рухи язика внаслідок недостатнього розтягування;
- другий тип представлений напівпрозорими тонкими вуздечками, які розташовуються близько до кінчика язика і їх обмежене розтягування призводить до того, що при піднятті язик набуває жолобоподібної форми;
- третій тип – це короткі, щільні та потовщені тяжі, прикріплені близько до кінчика язика (при висуненні язика тяж сильно натягується, спричиняючи вигин його спинки);
- четвертий тип відрізняється тим, що вуздечка має виражені тяжі, які зрощені з м'язами язика (така форма часто зустрічається у дітей з вродженими вадами піднебіння та губи);
- у вуздечок п'ятого типу тяж виглядає малопомітним, однак його волокна тісно переплітаються з м'язовими структурами язика, значно обмежуючи його рухи.

При наявності анкілоглосії у дитини під час грудного вигодовування у матері виникає біль у сосках при прикладанні дитини до грудей, тріщини сосків та зміна їх форми після смоктання, застійні явища у грудях внаслідок неправильного прикладання та порушення акту смоктання, подовжена тривалість годування і відповідно постійне недоїдання та недостатній набір ваги у новонародженого. Об'єктивні ознаки включають пошкодження сосків матері, їх стискання та застої молока, що свідчить про неефективне смоктання дитини [8-10].

Результатами ультразвукового дослідження підтверджено, що певні рухи язика та позиційна близькість соска матері відносно з'єднання твердого та м'якого піднебіння немовлят безпосередньо впливають на ефективність та комфорт грудного вигодовування. Коли язик рухається догори та вниз у ротовій порожнині, відстежується екскурсія нижньої щелепи, величина нега-

тивного тиску змінюється, що полегшує переміщення молока під час годування. Коли язик опускається, відбувається збільшення вакууму або негативного тиску, та навпаки зменшення негативного тиску відмічається при підйманні язика догори. Важливо враховувати, що наявність і тактильні відчуття тканини молочної залози в порожнині рота спричиняють рефлекторне відхилення нижньої щелепи, за яким слідує язик, що утворює вакуум при одночасному щільному контакті [2].

Мета дослідження: встановити структуру анкілоглосій у новонароджених Миколаївської області, провести аналіз методів корекції короткої вуздечки язика.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено огляд 265 новонароджених дітей у Перинатальному центрі Миколаївської обласної клінічної лікарні протягом 2024 року. Обстеження ротової порожнини дітей здійснювалося мануально неонатологом та стоматологом-хірургом. Функціональні порушення діагностувалися під час вигодовування дитини експертом із грудного вигодовування. Для встановлення діагнозу використовували класифікацію Ф. Я. Хорошилкиної.

При виконанні досліджень враховувалися основні принципи біоетики. Перед початком дослідження після пояснення мети та завдань отримана інформована письмова згода від батьків на участь дитини у дослідженні.

Статистична обробка результатів здійснювалася з використанням програмного забезпечення «STATISTICA» (StatSoft Inc., USA, Version 10). Порівняння кількісних показників з нормальним розподілом проведено за допомогою t-критерію Стьюдента, вірогідність відмінностей вважали статистично значущою при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

У результаті проведеного дослідження в 38 новонароджених (14,34%) було діагностовано коротку вуздечку язика. Найпоширенішою патологією була анкілоглосія II типу. Тонка, напівпрозора вуздечка, що близько прикріплювалася до кінчика язика і мала незначну довжину, була виявлена у 16 дітей (42,10%). Вуздечку III типу, щільний, короткий тяж, близько прикріплений до кінчика язика, спостерігали в 12 новонароджених (31,58%). Тонка, прозора з незначною довжиною вуздечка (I тип) зустрічалася в 10 обстежених, що становило 26,32%. Структура анкілоглосій наведена на рис. 1.

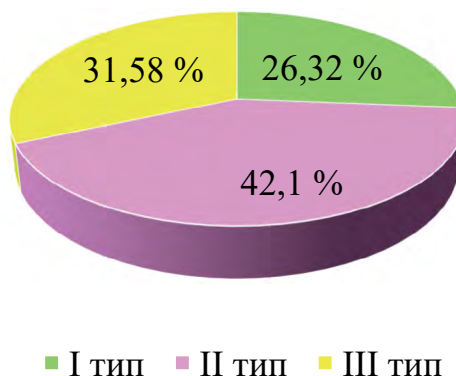


Рис. 1. Структура анкілоглосій у новонароджених

Анкілоглосія передусім є діагнозом, пов'язаним із порушенням функції, який тільки за наявності анатомічного дефекту не є показанням до хірургічної корекції. Визначення необхідності хірургічного втручання приймається лише за наявності скарг з боку матері та відсутності результатів від консервативних методів, які включені до програми організації грудного вигодовування, зокрема навчання матері, налагодження прикладання, оцінка лактації тощо.

Вкорочена вуздечка язика у дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні, може спричиняти біль і травматизацію сосків у матері, а також ускладнювати отримання грудного молока немовлям, що підвищує ризик передчасного припинення грудного вигодовування [2, 11]. За даними Frezza A. та співавт. [1, 12] на сьогоднішній день відсутній уніфікований протокол лікування анкілоглосії і фахівці перебувають у процесі пошуку найбільш ефективних методик лікування.

Є чіткі показання до хірургічного втручання при різних аномаліях вуздечки язика. Новонародженим із короткою тонкою вуздечкою язика, яка зумовлює порушення функції смоктання та неадекватну прибавку ваги у дитини, у перші дні (тижні, рідше місяці) життя виконують поперечне перетинання вуздечки, якщо вона представлена складкою слизової оболонки – френулотомією. Втручання у таких випадках проводять у пологовому будинку, або в умовах поліклініки, рану не ушивають. У випадках діагностування широкого тяжа у дітей раннього віку, що перебувають на грудному вигодовуванні, показано проведення хірургічної корекції – френулопластики [5].

Залежно від професійної кваліфікації лікаря можуть застосовуватися різні методи френулотомії. Головне завдання процедури полягає у щадному розсіченні під'язикової вуздечки з метою усунення обмежень язика та відновлення його рухливості, що забезпечує повноцінне грудне вигодовування. Лікар, який виконує таке втручання, повинен володіти знаннями щодо можливих ускладнень, інформувати про них батьків та отримати їхню інформовану згоду у письмовій формі, а також мати можливість здійснити післяопераційний нагляд і надати необхідну допомогу [8, 13-15].

Традиційне використання хірургічних ножиць для корекції «класичної анкілоглосії» у новонароджених продовжує займати провідне місце в клінічній практиці стоматолога-хірурга, що обґрунтовано багаторічним досвідом їх застосування. Паралельно з цим, сучасна медицина пропонує альтернативні методи виконання френулотомії, зокрема застосовуються скальпелі, електрокаутеризація та лазери. Наразі відсутні дослідження, які порівнюють ефективність цих інструментів при проведенні френулотомії. Однак, експериментальні дослідження, що стосуються проведення хірургічних втручань у порожнині рота показують, що розрізи, зроблені холодною сталлю (ножиці або скальпель), загоюються швидше, ніж ті, що виконані лазером. Це, ймовірно, пов'язано з термічним пошкодженням тканин під час лазерної процедури [8, 16].

Глибокі хірургічні розрізи у порожнині рота, за винятком стандартного підрізання під'язикової вуздечки у немовлят, які перебувають на грудному вигодову-

ванні, становлять певну небезпеку і вимагають від лікаря високої професійної підготовки та зосередженості. Це необхідно для мінімізації ризиків, зокрема розвитку кровотечі, виникнення гематом, ушкодження прилеглих тканин або нервових структур, що може зумовити парестезію чи втрату чутливості язика [17]. Повна візуалізація всіх гілок язикового нерва є неможливою, а немовля не здатне повідомити про втрату чутливості язика. Крім того, біль після виконання глибоких розрізів слизової оболонки може стати причиною відмови дитини від грудного вигодовування [18, 19].

Іншими методами хірургічного лікування анкілоглосії є френулоектомія та френулопластика. Френулоектомію показана при наявності тонкої та широкої вуздечки язика. Процедура полягає у висіченні частини цієї вуздечки з наступним ушиванням рани. Френулопластика – більш складна процедура, яка полягає у розсіченні вуздечки язика з перенесенням місця її фіксації та ушиванням. Дана процедура використовується зазвичай у дітей більш старшого віку та потребує знеболення. Вирішення питання щодо хірургічного втручання має прийматися спільно з батьками, врахувавши всі недоліки та переваги [20-22].

Після виконання френулотомії обов'язковим етапом є клінічне спостереження дитини, під час якого лікар повинен оцінити результат проведеного втручання та задокументувати появу можливих побічних ефектів, ускладнень, які можуть виникнути у немовляти. До них належать тривала кровотеча, післяопераційний біль, інфекційні ураження в ділянці розрізу, відмова новонародженого від годування, а також погіршення або повне припинення грудного вигодовування, яке відбулося після оперативного втручання. За потреби матері та дитині має бути надана додаткова допомога у питаннях грудного вигодовування [8, 16].

Результати наших досліджень показали, що у 26 обстежених дітей (68,42%) було проведено операцію френулотомії та 12 (31,58%) – френулопластику.

Висновки

Встановлено високий відсоток новонароджених із вадою розвитку вуздечки язика, що супроводжувалося труднощами із налагодженням грудного вигодовування. Комплексний міждисциплінарний підхід у діагностиці та лікуванні анкілоглосії є запорукою найбільш повної і швидкої медичної та соціальної реабілітації дітей. Необхідність своєчасної діагностики, міждисциплінарного консиліуму та постановки правильного діагнозу дає можливість вчасно надати допомогу дітям, що в свою чергу налагодить грудне вигодовування, відновить необхідний набір ваги та сприятиме нормальному розвитку дитини, що в подальшому покращить якість її життя. Важливым є проведення своєчасної просвітницької роботи серед вагітних та матерів, особливо тих, які народжують вперше.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Література:

1. Ращенко Н, Мельник Б. Усунення дефектів мовлення у дітей з зубощелепними аномаліями. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2024;4(18):93-7. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2024-4-14>
2. Копійка ГК, Канарьова ОВ. Анкілоглосія – хірургічна проблема в практиці педіатра. В: Матеріали The 1st International scientific and practical conference «Global trends in science and education»; 2025 Feb 10-12; Kyiv. Kyiv; 2025. с. 98-102.
3. Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, Mirjalili SA. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. Clin Anat. 2019;32(6):824-35. DOI: <https://doi.org/10.1002/ca.23410>. PMID: 31116462.
4. Гаджула НГ, Рубіна ОС, Квірікашвілі АМ. Скринінг новонароджених: комплексний підхід до діагностики спадкових і вроджених хвороб. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2024;28(1):161-9. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28\(1\)-28](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28(1)-28)
5. Яковенко ЛМ, Черкасов ВГ, Чехова ІЛ. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку. Підручник. Київ: ВСВ «Медицина»; 2022. 496 с.
6. Зелінська-Любченко КО, Личко СО, Мороз ЛВ, Стахова ЛЛ. Аномалії вуздечок губ і язика як медико-логопедична проблема. Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2023;94:55-9. DOI: <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2023.94.11>
7. Ганнам Іад Наджіб А. Морфологічні та функціональні зміни в зубощелепній ділянці у ортодонтичних пацієнтів з вкороченням вуздечки язика І, II та III видах [дисертація]. Полтава: Укр. стомат. академія; 2012. 127 с.
8. LeFort Y, Evans A, Livingstone V, Douglas P, Dahlquist N, Donnelly B, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads. Breastfeed Med. 2021;16(4):278-82. DOI: <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29179.ylf>. PMID: 33852342.
9. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Jun 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
10. American Dental Association. Breastfeeding. 6 Things nursing moms should know about dental health [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 23]. Available from: <https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/breastfeeding>
11. Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. Breastfeed Rev. 2015;23(1):11-6. PMID: 25906492.
12. Frezza A, Ezeddine F, Zuccon A, Gracco A, Bruno G, De Stefani A. Treatment of Ankyloglossia: A Review. Children. 2023;10(11):1808. DOI: <https://doi.org/10.3390/children10111808>. PMID: 38002899; PMCID: PMC10670877.
13. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenectomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. Arch Dis Child. 2015;100(5):489-94. DOI: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306211>. PMID: 25381293.
14. Eirini T, Dagla M, Antoniou E, Iatrakis G. Ankyloglossia as a Barrier to Breastfeeding: A Literature Review. Children. 2023;10(12):1902. DOI: <https://doi.org/10.3390/children10121902>. PMID: 38136104; PMCID: PMC10741948.
15. Francis DO, Chinnadurai S, Morad A, Epstein RA, Kohanim S, Krishnaswami S, et al. Treatments for Ankyloglossia and Ankyloglossia With Concomitant Lip-Tie [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015[cited 2025 May 3]. Report No.: 15-EHC011-EF. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299120>. PMID: 26065053; Bookshelf ID: NBK299120.
16. Romeo U, Russo C, Palaia G, Lo Giudice R, Del Vecchio A, Visca P, et al. Biopsy of different oral soft tissues lesions by KTP and diode laser: histological evaluation. ScientificWorldJournal. 2014;2014:761704. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/761704>. PMID: 25405233; PMCID: PMC4227390.
17. Varadan M, Chopra A, Sanghavi AD, Sivaraman K, Gupta K. Etiology and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy: A critical review. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2019;120(6):549-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.06.003>. PMID: 31255827.
18. Walsh J, McKenna Benoit M. Ankyloglossia and other oral ties. Otolaryngol Clin North Am. 2019;52(5):795-811. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.06.008>
19. Hale M, Mills N, Edmonds L, Dawes P, Dickson N, Barker D, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. J Paediatr Child Health. 2020;56(4):557-62. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpc.14682>. PMID: 31714639.
20. Ghaheri B, Cole M, Mace J. Revision lingual frenotomy improves patient reported breastfeeding outcomes: A prospective cohort study. Hum Lact. 2018;34(3):566-74. DOI: <https://doi.org/10.1177/0890334418775624>. PMID: 29787680.
21. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(5):597-611. DOI: <https://doi.org/10.1177/0194599820915457>. PMID: 32283998.
22. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. Midwifery. 2018;58:145-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.007>. PMID: 29422195.

A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF ANKYLOGLOSSIA IN NEWBORNS

Z. Tverdovska¹, T. Kitsak², M. Mytchenok², K. Zahorodnia³, A. Rohaliova⁴

Stemma Family Dentistry Center¹ (Chernivtsi, Ukraine)
Bukovinian State Medical University² (Chernivtsi, Ukraine)
Cornerstone Care Community Health Center³ (Morgantown, USA)
Perinatal Center⁴ (Mykolaiv, Ukraine)

Summary.

Recent epidemiological data from Ukraine demonstrate persistently high prevalence rates of ankyloglossia among neonates. In breastfed infants, a shortened lingual frenulum may contribute to maternal nipple trauma and compromise effective milk extraction, potentially leading to premature breastfeeding discontinuation. The recommended management involves timely surgical intervention through frenulotomy, a minimally invasive procedure ideally performed during the early neonatal period when the frenulum presents as a thin membranous structure. Immediate postprocedural breastfeeding facilitates proper latch establishment, while early intervention helps prevent development of maladaptive sucking patterns and minimizes long-term complications.

The aim of the study is to develop comprehensive clinical guidelines for the diagnosis and treatment of congenital ankyloglossia in neonatal populations.

Material and methods. A prospective clinical study was conducted at the Perinatal Center of Mykolaiv Regional Clinical Hospital throughout 2024, involving 265 neonatal patients. Diagnostic assessments were performed by a multidisciplinary team including a neonatologist, an oral and maxillofacial surgeon, and a breastfeeding consultant. Standardized examination protocols were employed to evaluate frenulum morphology and functional impact.

Results. Among 265 examined neonates, 38 cases of congenital ankyloglossia were identified, representing a prevalence rate of 14.34%. The cohort demonstrated three distinct anatomical variations. Type II ankyloglossia, characterized by a thin, translucent frenulum with anterior tongue attachment, was observed in 16 infants (42.10% of affected cases). Type III presentation, featuring a dense fibrous band with significant mobility restriction, was documented in 12 newborns (31.58%). The Type I variant, comprising a short membranous attachment, was identified in 10 cases (26.32%).

In breastfed infants, an abnormally short lingual frenulum represents a significant pathological factor that may cause maternal nipple discomfort and traumatic injury, while simultaneously compromising the infant's ability to effectively extract breast milk. These combined factors frequently contribute to premature discontinuation of breastfeeding.

For neonates presenting with a thin, shortened frenulum that demonstrably impairs sucking function and results in inadequate weight gain, immediate frenulotomy—involving a precise transverse incision of the mucosal fold—represents the intervention of choice. This procedure is optimally performed within the initial postnatal days, though may be appropriately deferred to subsequent weeks or, provided the frenulum is a mucosal fold. The intervention is routinely conducted in either maternity ward settings or outpatient clinics, requiring no suturing due to the minimal nature of the surgical site. In cases where examination reveals a thickened, fibrous frenular band, more comprehensive surgical correction through frenuloplasty becomes necessary, with such procedures typically scheduled during early infancy to ensure optimal functional outcomes.

Conclusions. The study revealed a substantial prevalence of lingual frenulum developmental anomalies among newborns, with these anatomical variations demonstrating clear correlation with impaired breastfeeding establishment. These findings demonstrate that optimal management requires a comprehensive interdisciplinary approach to diagnosis and treatment for complete medical and social rehabilitation of affected infants. Early detection through professional examination, combined with accurate multidisciplinary evaluation, enables timely intervention that directly facilitates successful breastfeeding, proper weight gain, and supports normal infant development—ultimately improving quality of life outcomes. Of particular importance are targeted educational initiatives focused on maternal populations, with special consideration given to primiparous mothers, regarding early signs of feeding difficulties and available interventions.

Keywords: Ankyloglossia; Short Lingual Frenulum; Frenulotomy; Breastfeeding.

Контактна інформація:

Твердовська Жанна Григорівна – лікар стоматолог-терапевт, дитячий стоматолог Центру сімейної стоматології Стемма (м. Чернівці, Україна).

e-mail: jjannnet@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-5270-9262>

Кіцак Тетяна Степанівна – к. м. н., доцент, доцент кафедри стоматології дитячого віку Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, Україна).

e-mail: kitsak_tetiana@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1253-8919>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=I-3679-2018>

Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/57216310112>

Митченко Марія Петрівна – к. м. н., доцент, доцент кафедри стоматології дитячого віку Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, Україна).

e-mail: mytchenok_mariia@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2454-3021>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57219003267>

Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/D-5517-2017>

Загородня Катерина Григорівна – лікар-резидент сімейної медицини Корнстоун Госпіталь, Моргантаун (США)

e-mail: katatverdovska@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-0292-0037>

Рогальова Анастасія Ігорівна – лікар педіатр-неонатолог у відділенні інтенсивної терапії і постінтенсивного виходжування новонароджених дітей при Миколаївському обласному перинатальному центрі (м. Миколаїв, Україна)

e-mail: anastasiia04101993@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-7307-6140>

Contact Information:

Zhanna Tverdovska – Dentist-therapist, Pediatric dentist Stemma Family Dentistry Center (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: jjannnet@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-5270-9262>

Kitsak Tetiana – candidate of medical sciences, associate professor, associate professor of the department of Pediatric Dentistry of Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: kitsak_tetiana@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1253-8919>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=I-3679-2018>

Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/57216310112>

Mariia Mytchenok – candidate of medical sciences, associate professor, associate professor of the department of Pediatric Dentistry of Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: mytchenok_mariia@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2454-3021>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57219003267>

Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/D-5517-2017>

Kateryna Zahorodnia – Resident physician family medicine doctor, Cornerstone Care Community Health Center (Morgantown, USA)

e-mail: katatverdovska@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-0292-0037>

Anastasiia Rohaliova – Pediatrician-neonatologist in the intensive care unit and post-intensive care unit Nursing newborns at the Perinatal Center (Mykolaiv, Ukraine).

e-mail: anastasiia04101993@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-7307-6140>



Надійшло до редакції 05.05.2025 р.
Підписано до друку 25.09.2025 р.