

ОГЛЯДИ

УДК 616.314.25/26-06-053.2

А.Ю. Сидоренко

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТИМЧАСОВОГО ПРИКУСУ В ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ ГРУП РИЗИКУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Запорізький державний медичний університет

У сучасних умовах нормальний прикус буває, на жаль, рідше, ніж патологічний, і виявляється не більше ніж у 30% населення, при цьому успіхи цивілізації не поліпшують статистику.

Епідеміологічні дослідження зубощелепних аномалій за останні 40 років свідчать про високий рівень розвитку патології зубощелепної системи, що не знижується. Упродовж цих років в Україні і за кордоном зберігається високий рівень зростання й розвитку патології зубощелепної системи. Практично кожен другий обстежений потребує допомоги ортодонта [33; 34; 35].

Так, за даними ВООЗ, поширеність зубощелепних аномалій у середньому становить не менше 50% (ВООЗ, Женева, 1977, 2007). За даними Національного інституту стоматології США, 40% усього населення мають аномалії розвитку зубів і порушення формування щелеп.

Згідно з даними [30] за останні 20 років поширення тенденції до зниження частоти цієї патології може бути зумовлене такими причинами: тривалим погіршенням стану здоров'я дітей і жінок дітородного віку, високою частотою ускладненого перебігу вагітності та пологів, зростанням хронічних захворювань, відсутністю налагодженої системи профілактики аномалій тощо.

Аномалії розвитку ЗЩС погіршують зовнішній вигляд людини, що відображається на сприйнятті її оточенням, негативно впливає на якість фізіології людини, психіку і формування характеру особистості. Ці аномалії затримують ріст і розвиток організму в ранньому дитинстві, погіршують загальний стан здоров'я дитини, роблять неповноцінними процеси живання і ковтання, виявляються факторами ризику розвитку карієсу, захворювань пародонта і скронево-нижньощелепних суглобів, погіршують вимову, затримують спілкування дитини в молодшому віці, що надалі негативно впливає на пристосувальні реакції організму.

ЗЩА прогресують із віком і супроводжуються деформаціями щелепно-лицевого скелета.

Поширеність зубощелепних аномалій достовірно

залежить від віку.

Акодіс З.М. провів обстеження 3943 дітей дитячих садків і виявив, що в дітей віком 2 - 6 років ЗЩА наявні в 38% обстежених. Причому 8,6% дітей дошкільного віку потребують терапевтичної, 12,9% – хірургічної допомоги, 12,7% – апаратного ортодонтичного лікування.

Хорошилкіна Ф.Я. (2000), вивчивши 1200 джерел вітчизняної літератури, встановила, що ЗЩА в період тимчасового прикусу наявні у 24,0% дітей, у період змінного прикусу – в 49,0%, у період постійного прикусу у віці до 17 років – у 35,0%.

Сунцов В.Г. у 1125 дітей віком від 3 до 7 років виявив, що ЗЩА в них наявні в 59% випадків, із них 27,1% уже мають виражені зміни форми зубних рядів, неправильне співвідношення щелеп і потребують апаратного лікування.

Вік до 2 – 2,5 років характеризується широким діапазоном функціональних відхилень, незавершеністю формування зубощелепної системи, диспропорціями росту і співвідношення щелеп. Виявлені відхилення в цьому віці можуть трактуватися як фактори ризику виникнення зубощелепних аномалій або як ранні ознаки патології. Зниження рівня цих відхилень у наступні роки можна розглядати як результат саморегуляції, але їх відсоток досить незначний.

У період становлення тимчасового прикусу та зміни зубів на фоні функціональних порушень (живання, вимови, змикання губ, дихання і парафункція язика в час ковтання) яскраво проявляються початкові стадії розвитку патології.

Однак є проблема визначення критерію ступеня порушень росту й розвитку ЗЩС: у віковому аспекті тимчасового прикусу визначається як "вікова норма", в змінному – як "формувальна патологія" або сформована аномалією прикусу. Публікації на цю тему свідчать про необхідність уточнення понять "вікова норма", "фактори ризику", "формувальна патологія".

Останнім часом помітне підвищення інтересу стоматологів до вивчення впливу факторів ризику в

період антенатального розвитку плода на формування зубощелепної системи дитини.

У формуванні організму дитини провідну роль відіграє прихований (антенатальний) період. Він виявляє складні процеси, починаючи від механізмів запліднення, імплантації яйцеклітини й закінчуючи розвитком ембріона й плода. Будь-яка екзо- й ендогенна шкідлива дія може викликати зміни, відхилення або навіть порушення гармонійного розвитку плода, наслідком якого стають уроджені аномалії й вади розвитку, особливо часто – в щелепно-лицевій ділянці [3].

Установлено, що внутрішньоутробний період вагітності є одним із найважливіших факторів розвитку людського організму, зокрема й формування функціонально повноцінної зубощелепної системи [6;21].

Клінічними факторами, що сприяють розвитку аномалій неспадкової природи, можуть бути фіброміоми, хронічний аднексит, малі інтервали між пологами, багатоводдя, повторна загроза переривання вагітності, токсикоз вагітності та ін. [9].

Більшість наявних публікацій присвячені особливостям формування патології зубощелепного апарату дітей [34;36], що виникає внаслідок таких причин: вплив негативних психологічних факторів під час вагітності матері; гінекологічна патологія; обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. Доведений вплив стресу в антенатальний період розвитку на зниження стійкості до карієсу зубів, формування яких відбувається в цей час. А раннє каріозне руйнування тимчасових зубів є чинником виникнення таких аномалій як укорочення зубного ряду і зниження висоти прикусу [16].

Разом із тим, внутрішньоутробна гіпоксія плода стає найпоширенішою причиною, що призводить до порушення розвитку дитини та її смерті. Водночас відомо, що частота гіпоксії при вагітності та пологах досягає 45% [9].

У структурі перинатальної смертності гіпоксія плода і новонародженого посідає одне з перших місць. Поряд із різноманітною неврологічною симптоматикою в новонароджених, які перенесли внутрішньоутробну гіпоксію, спостерігаються соматичні порушення, різні за ступенем вираженості та часом виникнення. Зокрема, виявляються порушення дихальної та серцево-судинної систем, шлунково-кишкового тракту тощо [26;27].

Патологічні процеси, які відбуваються при внутрішньоутробній гіпоксії плода, негативно позначаються на зубощелепній системі новонародженого, істотно впливаючи на появу зубощелепних аномалій.

До недостатньо вивчених питань належить цілий розділ внутрішньоутробного життя плода – синдром затримання внутрішньоутробного розвитку (СЗВУР), що формується під дією різноманітних етіологічних чинників, які впливають на систему мати – плацента – плід за патологічного перебігу вагітності.

Останніми роками з'являються дослідження, присвячені вивченню несприятливого впливу ускладненого перебігу вагітності на формування патологічних процесів у зубощелепній системі плода в його

подальшому онтогенезі. Виникненню й прогресуванню захворювань щелепно-лицевої ділянки сприяють чинники місцевого й загального характеру, що викликають патологічні процеси в тканинах і зниження імунної відповіді організму. Доведено, що діти, які перенесли СЗВУР, частіше страждають на захворювання ротової порожнини. Слід підкреслити незначну кількість досліджень, присвячених вивченню особливостей стоматологічного статусу в пацієнтів, які перенесли СЗВУР, а також недостатню увагу до терміну гестації в розвитку аномалій щелепно-лицевої ділянки. Публікації, що стосуються впливу СЗВУР на формування зубощелепної системи, нечисленні й розрізнені.

За даними досліджень [18;20;25], системна гіпоплазія була діагностована як при симетричній, так і при асиметричній формах ЗВУР. Було виявлено порушення дихальної та серцево-судинної систем, шлунково-кишкового тракту тощо [26;27].

З анамнезу відомо, що більше половини дітей, які брали участь у дослідженні, перебували на штучному вигодовуванні. Відомо, що грудне годування перешкоджає появі гіпоплазії тимчасових зубів.

Найчастіше виявляють аномалії прорізування зубів. Ступінь розвитку зубощелепної системи можна оцінити за кількістю прорізуваних зубів до однорічного віку. Відомо, що в нормі до року в дитини має бути в середньому 8 зубів. В окремих роботах зарубіжних авторів було зауважено, що є пряма залежність між вагою при народженні й кількістю прорізуваних зубів у порожнині рота [18;20;25;29].

У дітей, які народилися із ЗВУР, виявлені супутні зміни з боку зубощелепно-лицевої системи: малі аномалії розвитку, зниження смоктальних зусиль, уповільнення процесу ліквідації прогнатії новонародженого, порушення термінів і симетричності прорізування зубів, системна гіпоплазія емалі, високі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів і зубощелепних аномалій [16].

Так, нині відомо, що куріння матері є потужним етіологічним фактором розвитку "заячої губи" і щілини піднебіння. Важливим початковим кроком у розвитку первинного піднебіння є просування вперед бічного носового відростка до того місця, де можливий його контакт із середнім носовим відростком. Гіпоксія внаслідок куріння перешкоджає такому переміщенню [33].

Установлено, що низка щілин губи й піднебіння може мати не спадкову природу, а стати наслідком несприятливих пренатальних причин, а також токсикозу вагітної, куріння, стресових ситуацій, вірусних хвороб (кір, краснуха), вживання деяких медикаментів.

Курякіна Н.В. зазначає, що токсикоз першого триместру, вірусні хвороби в цей період, як і вживання лікарських засобів, можуть призводити до часткової адентії в дітей, навіть при необтяженій спадковості.

Між іншим, аналіз літературних даних щодо впливу внутрішньоутробної гіпоксії на зубощелепну систему свідчить про недостатнє вивчення цієї проблеми вітчизняними дослідниками. Зарубіжні науко-

вці виявили лише поодинокі випадки гіпомінералізації емалі, що частіше трапляється в дітей, які перенесли пре- і ранню постнатальну патологію, в тому числі гіпоксію.

Дослідження антенатальних факторів, які впливають на розвиток патології зубощелепної системи в дітей, виявили кореляцію зі спадковим передаванням ознак аномалій.

У виникненні вад розвитку визначальну роль відіграє спадковість. Спадково зумовленими нерідко бувають виражені вади розвитку органів і тканин організму, черепа, обличчя, щелеп, які спотворюють обличчя [4].

До пренатальних факторів також належить несприятливе довкілля. До чинників зовнішнього середовища належать нестача фтору в питній воді, недостатнє ультрафіолетове опромінення, надмірний радіоактивний фон. Останнім часом виявлено значне збільшення кількості зубощелепних аномалій у зонах підвищеної радіоактивності.

У 2009 році О.В. Філімонов довів, що високий рівень забруднення навколишнього середовища викидами промислових підприємств у період вагітності матері має суттєвий вплив на зростання поширеності порушень розвитку зубощелепно-лицевої ділянки в дітей. Подібні дані отримали Т.Н. Юшманова і Ю.Л. Образцов.

Також відомо, що повноцінне харчування в період вагітності забезпечує своєчасне надходження в організм вітамінів, мікроелементів, жирів, білків і вуглеводів, які вкрай необхідні для формування плода, зокрема й зубощелепної системи.

Для забезпечення зростання дитини необхідно більше харчування, ніж просто для підтримання життєдіяльності. Тому хронічна нестача харчування має той же ефект, що й хронічні хвороби. З іншого боку, при досягненні оптимального рівня харчування додаткове харчування не є стимулом для прискорення зростання. Оптимальне харчування, як і загальний здоровий стан, є необхідною умовою нормального зростання, а не стимулом для нього [33].

Передчасні пологи і внутрішньоутробна гіпотрофія плода бувають у 14,7% новонароджених дітей, у 10,3% дітей спостерігається асфіксія в пологах [8]. Надалі 20% таких дітей на першому році життя часто хворіли на простудні захворювання, а 26% – до трирічного віку. Досить часто ці діти страждають на рахіт (29,3%). У таких дітей прорізування тимчасових зубів затримується в середньому на 2 – 3 місяці, карієс і гіоплазія тимчасових зубів незабаром після прорізування бувають у 20,5% дітей, а зубощелепні аномалії – в 30% [15;24;28].

Новонароджені, які важать менше 2,5 кг у момент народження, піддаються високому ризику виникнення проблем у післяпологовий період.

У недоношених дітей уроджені вади розвитку бувають майже в 3 рази частіше. І.В. Харьков зі співавторами (2003) наводить дані, згідно з якими вади розвитку щелепно-лицевої ділянки посідають третє місце серед інших уроджених вад. 70% із них складають уроджені незрощення верхньої губи і піднебіння, а 30% – різні форми краніосиностозів і черепно-лицевих дистозів.

Чим вище міра недоношеності, тим більше різних відхилень у зубощелепній системі реєструє лікар у такої дитини (гіоплазія твердих тканин, декомпенсований карієс, порушення термінів і порядку прорізування зубів, аномалії зубних рядів і прикусу, порушення основних функцій: смоктання, ковтання, дихання, жування).

За даними ВООЗ, вроджені вади розвитку діагностуються в 0,7-1,3% новонароджених із коливаннями в різних країнах від 0,27 до 7,5%, у недоношених дітей вони бувають у 3 – 5 разів частіше, ніж у доношених [16]. Характерний тип обличчя для плідного алкогольного синдрому (ФАС) формується внаслідок недорозвинення тканин нервової пластини на ранній стадії ембріонального розвитку, викликаного впливом високого рівня етанолу. Хоча такий уміст у крові цієї речовини спостерігається тільки в разі крайньої інтоксикації або в хронічних алкоголіків, звідси впливає лицева деформація, яка досить часто спостерігається при недостатньому розвитку верхньої щелепи і середньої частини обличчя.

Важливість міграції клітин нервового валіка і можливість наркотично зумовленого недорозвинення особливо гостро виявились останніми роками. У 1970-х роках збільшення вживання талідоміду спричинило значні вроджені дефекти, включаючи лицеві аномалії в тисяч дітей.

У 1980-х роках спостерігалися серйозні лицеві деформації внаслідок застосування противугрового препарату ізотретиноїну ("Аккуган"). Схожа природа цих дефектів дозволяє зробити висновок, що обидва ці препарати впливають на формування та / або міграцію клітин нервового валіка.

Знижена міграція нервового валіка виразно спричиняє виникнення щелепно-лицевого дистозу (синдром Тричера – Коллінза). При цьому вродженому синдрому спостерігається недорозвинення як верхньої, так і нижньої щелепи внаслідок загальної нестачі мезенхімної тканини.

Минає 6 – 8 місяців, протягом яких щелепи немовлят перебудовуються і стають здатними прийняти новий фактор – прорізування зубів.

До моменту народження ні верхньощелепний, ні нижньощелепний альвеолярні відростки достатньо не розвинені. Іноді спостерігається "родовий зуб", хоча перші тимчасові зуби зазвичай не прорізуються приблизно до 6-місячного віку. Родовий зуб може бути додатковим, сформованим унаслідок аберації в розвитку тонкої зубної пластинки, але зазвичай це центральний різець, що просто досить рано прорізується [13;33].

Дитина, яка перенесла асфіксію, травму головного мозку при пологах та інші перинатальні ускладнення, нерідко має затримку прорізування тимчасових зубів, так само пізніше формується мовлення і функція жування. Перинатальне ушкодження, гіпоксії головного мозку можуть спричинити також формування шкідливої звички смоктання великого пальця.

Тимчасові зуби, зачатки яких містяться в альвеолярних відростках щелеп, проходять певні етапи внутрішньощелепного розвитку, поступово

прорізаються, формуючи прикус тимчасових зубів [31;23;36].

Тимчасовий прикус поділяють на три періоди: 1 – період формування (від 6 місяців до 2 – 2,5 років); 2 – період стабільного тимчасового прикусу (від 2,5 до 4 років); 3 – період старіння, або ознак стирання, пізній тимчасовий прикус (від 4 до 6 років).

Прорізування тимчасових зубів характеризують такі закономірності: термін; порядок прорізування; парність прорізування; послідовність прорізування.

Термін прорізування тимчасових зубів такий: центральні різці прорізаються в 6 – 8 місяців, спочатку нижні, а потім верхні; латеральні – у 8 – 12 місяців, спочатку верхні, а потім нижні. Отже, на 1 році життя в дитини налічується 8 зубів – група різців. Перший тимчасовий моляр прорізується у 12– 16 місяців. Ікла прорізаються в 16 – 20 місяців, а другі тимчасові моляри – у 20 – 30 місяців.

Перше фізіологічне підвищення висоти прикусу починається з прорізування перших тимчасових молярів. Вони відіграють ту ж роль у тимчасовому прикусі, що й постійні в змінному, – підтримують прикус на певній висоті.

Парність прорізування виражається в тому, що однойменні зуби на кожній половині щелеп прорізаються одночасно. Порушення парності прорізування однойменних зубів на різних боках щелеп є ознакою відставання росту і в деяких умовах може призводити до виникнення аномалій розвитку зубних дуг і щелеп.

До 2,5 років закінчується 1 період тимчасового прикусу – період формування.

2 період тимчасового прикусу називається "стабільним тимчасовим прикусом". Він триває до 4 років і має такі характеристики: тимчасовий прикус має 20 зубів; відсутні група премолярів і третій моляр; зуби розташовані в зубній дузі без нахилу – вертикально; зубні дуги становлять собою півколо з радіусом, більшим на верхній щелепі; різальні краї та жувальні поверхні зубів лежать у одній площині, тому оклюзійна площина горизонтальна; корені тимчасових зубів короткі та широкі, формуються протягом 2 – 2,5 років після прорізування зуба, протягом наступних 2-х років спостерігається стабільний стан кореня, після чого починається фізіологічна резорбція; середня лінія обличчя збігається із середньою лінією, яка проходить між центральними різцями (вони є продовженням одна одної і лежать у одній сагітальній площині); кожний зуб має по два антагоністи, за винятком нижніх центральних різців і верхніх других молярів; у фронтальній ділянці визначається ножицеподібний різцевий контакт, тобто верхні різці.

Таким чином, на закладання і формування зубощелепної системи впливають такі чинники, як хвороби матері (ендокринні, інфекційні, особливо сифіліс, токсоплазмоз, туберкульоз, краснуха, гепатити); токсикози 1-ї та 2-ї половин вагітності; отруєння виробничими й харчовими отрутами; застосування сильнодіючих ліків без призначення й контролю лікаря; уживання наркотиків і алкоголю; куріння; неповноцінне харчування вагітної жінки; стреси, стиснення черевної стінки тісним одягом;

невідповідність розмірів матки і плода; багатоплідність; тиск пуповини й амніотичних тяжів [12;29].

Натомість питання антенатальної профілактики зубощелепних аномалій найменше вивчене в структурі первинної профілактики. Тому ретельне динамічне спостереження впливу факторів ризику на стан ЗЩС дитини – це актуальне завдання сьогодення.

Література

1. Косюга С.Ю. Эффективность программ профилактики основных стоматологических заболеваний у детей организованных коллективов Нижегородской области: автореф.дис... канд. мед.наук: 14.00.21 / С.Ю. Косюга. – М., 2001. – 22 с.
1. Lindsey S.J. Childre's perceptions of their own malocclusions / S.J. Lindsey, F.W. Hodkins // Brit. J. Orthodont. – 1983. – Vol.10, №1. – P. 13 – 20.
2. Хорошилов И. Е. Правильное питание беременных и кормящих женщин / И.Е. Хорошилов // Гинекология. – 2006. – №5. – С.7 – 9.
3. Smiech~Słomkowska G. Spostrzeżenia wad zgryzu i wadwymowy dzeieci przedszkolnych / G. Smiech~Słomkowska, J. Sypniewska // Czas. Stomat. – 1983. – Vol. 36, №7. – P. 533 – 539.
4. Stannewska-Głowacka M. Potrzeby leczenia ortodontycznego u dzieci w wieku 13- 14 lat na podstawie danych epidemiologicznych z międzynarodowych baden nad systemanie opieki stomatologicznej w Polskę / M. Starmewska-Głowacka, A.Navak // Czas. Stomat. – 1983. – Vol.36, №1. – P. 53 – 56.
5. Дистель В.А. Пособие по ортодонтии / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д.Вагнер. – М.: Медицинская книга, 2000. – 214 с.
6. Вольхина В.Н. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта и профилактика стоматологических заболеваний у детей бронхиальной астмой: автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.00.21 / В.Н.Вольхина. – Екатеринбург, 2000. – 19 с.
7. Делендик А.И. Изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи по данным анкетирования / А.И. Делендик // Стоматология. – 2000. – №6. – С. 58 – 60.
8. Филимонов О.И. Влияние техногенных факторов на стоматологическую заболеваемость населения. Клиника, терапия и профилактика: автореф. дис. ...д-ра мед.наук / О.И. Филимонов. – Пермь, 2002. – 39 с.
9. Хорошилкина Ф.Я. Красивая улыбка и красивая осанка – радость для каждого человека / Ф.Я. Хорошилкина, Л.П. Набатчикова // Стоматология для всех. – 2001. – №3. – С. 12 – 17.
10. Хамитова Н.Х. Разновидности зубочелюстных аномалий у детей и подростков с нарушениями массы тела / Н.Х. Хамитова, М.В.Лимаева // Вопросы современной стоматологии: к 90-летию со дня рождения А.Ю. Дойникова. – М., 2008. – С. 266 – 268.
11. Цветкова А.С. Организационные основы профилактики пороков развития и наследственных болезней в условиях центра планирования семьи и репродукции: автореф. дисс. ...канд. мед. наук / А.С.Цветкова. – М., 2010.– 19 с.
12. Фирсова И.В. О влиянии некоторых факторов на развитие головы и зубочелюстной системы инди-

- видуума / И.В. Фирсова, Д.Е. Сутенков // *Материалы науч.-практ. конф.* – М., 2002. – С. 335 – 337.
13. Филимонов О.И. О влиянии техногенных факторов на стоматологическую заболеваемость населения. Клиника, терапия и профилактика: автореф. дис.... д-ра мед.наук / О.И. Филимонов. – Пермь, 2002. – 39 с.
 14. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия / Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персин, В.П. Окушко-Калашникова // *Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстной области.* – М., 2005. – 448 с.
 15. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Лечение зубочелюстно-лицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами / Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персин // *Книга I: Аномалии зубов и зубных рядов.* – М.: ООО «Ортодент-инфо», 1999. – 211 с.
 16. Частота встречаемости разновидностей аномального положения зубов при нейтральном прикусе / Е.С. Самохина, О.Л. Попова, А.А. Бедняков [и др.] // *Материалы науч.-практ. конф.* – М., 2001. – С.162 – 164.
 17. Распространение аномалий зубочелюстной системы у детей, проживающих в районе, подвергшемся радиоактивному воздействию / А.В. Севбигов, Н.В. Панкратова, Е.А. Скатова [и др.] // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2000. – № 6. – С. 55.
 18. Основы теории управления: учебное пособие; под ред. В.Н. Парахиной, Л.И. Ушвицкого. – М.: Финансы и статистика, 2003. – 560 с.
 19. Хамадеева А.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний: учебное пособие / А.М. Хамадеева, В.Д. Архипов. – Самара: Самарское книжное изд-во, 2001. – 230 с.
 20. Стоматологическая профилактика у детей: руководство для студентов и врачей / [В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер]. – М.: Изд-во "Медицинская книга", 2001. – 343 с.
 21. Набатчикова Л.П. Зависимость патологии в челюстно-лицевой области от состояния лор-органов / Л.П. Набатчикова, П.Г. Федоров // *Материалы науч.-практ. конф.* – М., 2002. – С. 306 – 307.
 22. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭЦЕФЗ-МЕД, 2002. – 10 с.
 23. Анохина А.В. Раннее выявление и реабилитация детей с нарушениями формирования зубочелюстной системы / А.В. Анохина. – Казань, 2004. – 182 с.
 24. Алимский А.В. Обзор диссертационных исследований по вопросам организации стоматологической помощи, выполненных в 2005-2006 гг. по двум специальностям (14.00.21– "Стоматология" и 14.00.33 – "Общественное здоровье и здравоохранение" / А.В. Алимский // *Экономика и менеджмент в стоматологии.* – 2007. – №3(23). – С. 34 – 47.
 25. Алимский А.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников / А.В.Алимский // *Стоматология.* – 2002. – №5. – С. 67 – 71.
 26. Tooth dimensions in hipodontia patients, their unaffected relatives and a control group measured by a new image analysis system / H.F. McKeon, D.L. Robinson, N Elcock [et al.] // *European Journal of Orthodontics.* – 2002. – Vol. 24, №2. – P. 131 – 141.
 27. Tanabe Y. Relationship between cranial base structure and maxillofacial components in children aged 3-5 years / Y. Tanabe, Y Taguchi, T. Noda // *European Journal of Orthodontics.* – 2002. – Vol. 24, №2. – P. 175 – 181.
 28. Цветкова А.С. Организационные основы профилактики пороков развития и наследственных болезней в условиях центра планирования семьи и репродукции: автореф. дисс.... канд. мед. наук / А.С. Цветкова. – М., 2010. – 19 с.
 29. Юшманова Т.Н. Стоматологическое здоровье населения европейского севера России / Т.Н. Юшманова, Ю.Л. Образцов. – Архангельск, 2001. – 233 с.
 30. Влияние стажа работы на производстве с вредными условиями труда на состояние зубочелюстной системы / Я.Н. Гарус, Г.Л. Сорокоумов, А.Я. Лендер [и др.] // *Российский стоматологический журнал.* – 2005. – №4. – С. 25 – 28.
 31. Сарап Л.Р. Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на формирование зубочелюстных аномалий у детского населения Алтайского края /Л.Р. Сарап, Т.В. Бирюк // *Стоматология детского возраста и профилактика.* – 2007. – №2. – С. 33 – 36.
 32. Профит У.Р. Современная ортодонтия; под ред. проф. Л.С. Персина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 58 – 59; 64.
 33. Стоматологическая профилактика у детей: руководство для студентов и врачей / [В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В. А. Дистель, В.Д Вагнер]. – М.: Изд-во «Медицинская книга», 2001. – 343 с.
 34. Данилов Е.О. Изучение состояния сети стоматологических учреждений и возможности использования его результатов для оценки обеспеченности населения стоматологической помощью / Е.О. Данилов // *Проблемы городского здравоохранения.* – Вып. 4 – СПб., 2000. – С. 266 – 269.
 35. Дрешер В.Л. Медико-социальное обоснование критериев качества первичной профилактики кариеса зубов у населения Республики Татарстан: автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / В.Л. Дрешер. – Казань, 2003. – 26 с.

**Стаття надійшла
12.04.2016 р.**

Резюме

Эпидемиологические исследования зубочелюстных аномалий за последние 40 лет свидетельствуют о высоком уровне развития патологии зубочелюстной системы. В течение этих лет в Украине и за рубежом сохраняется высокий уровень роста и развития патологии зубочелюстной системы.

Цель работы - исследовать точку зрения ведущих специалистов на влияние эндогенных и экзогенных факторов на формирование зубочелюстных аномалий; изучить направление и методы профилактики аномалий на основе обобщения литературных данных, полученных в результате проведения контент-анализа.

Тщательное динамическое наблюдение влияния факторов риска на состояние ЗЧЛС ребенка является актуальной задачей сегодняшнего дня, потому что вопрос антенатальной профилактики зубочелюст-

них аномалій менше изучен в структурі первинної профілактики.

Ключевые слова: временный прикус, аномалии прикуса, факторы риска, антенатальный период развития, беременность.

Резюме

Епідеміологічні дослідження зубощелепних аномалій за останні 40 років свідчать про високий рівень розвитку патології зубощелепної системи. Упродовж цих років в Україні і за кордоном зберігається високий рівень зростання і розвитку патології зубощелепної системи.

Мета роботи - дослідити точку зору провідних фахівців на вплив ендогенних та екзогенних факторів на формування зубощелепних аномалій; вивчити напрям і методи профілактики аномалій на основі узагальнення літературних даних, отриманих за результатами проведення контент-аналізу.

Ретельне динамічне спостереження впливу факторів ризику на стан ЗШД дитини - актуальне завдання сьогодні, тому що питання антенатальної профілактики зубощелепних аномалій найменше вивчене в структурі первинної профілактики.

Ключові слова: тимчасовий прикус, аномалії прикусу, фактори ризику, антенатальний період розвитку, вагітність.

[UDC 616.314.25/26-06-053.2](#)

THE PERCULIARITIES OF THE FORMATION OF TEMPORARY TEETH OCCLUSION IN CHILDREN, BORN FROM THE MOTHERS IN THE "RISK GROUP"

Sydorenko Anna Yulievna

Zaporozhye State Medical University

Summary

Epidemiological studies of dentofacial anomalies carried out during the last 40 years witness high level of the dentofacial system pathology development. During these years pathology of dentofacial system keeps developing in Ukraine and abroad.

Anomalies of DFS have negative effect on person's appearance and therefore the way others approach that person. They have negative impact on the physiology, mental state and character, cause stunted growth and organism development in the early age, affect the children's health in general, cause the inadequate mastication and ingestions process, are the factors that may stimulate caries, periodontal and tempomandibular joints diseases, worsen the speech, hold the children's communication in the early age, which has negative impact on the organism adaptation in the future.

It is evaluated that pre-natal gestation period is one of the most important factors responsible for development of human organism and adequate dentofacial system.

Recently dentists have shown more interest in the studies of the impact of risk factors of the dentofacial system during the period of fetus' antenatal development.

The leading role in the formation of the children's organism plays the hidden (antenatal) period. It consists of complex processes, starting with the mechanisms of impregnation, ovum implantation and ending with the development of the embryo and the fetus. Any harmful exo- and endogenous effect can very often cause changes, fluctuations or even abnormalities of the development in the dentofacial area.

The development of the dentofacial system is influenced by such factors as mother's illnesses (endocrine, infectious, especially syphilis, toxoplasmosis, tuberculosis, rubeola, hepatitis), toxicosis of the 1st and 2nd half of the pregnancy, industrial and food toxications, use of drastic medicine without prescription and supervision of the doctor; drug and alcohol abuse, smoking, hyponutrition of the pregnant woman, stress, impactation of the womb by tight clothes; disproportion of the metra and fetus, multiple fetation, pressure of the umbilical cord and amniotic adhesions.

The aim of this research is to study the point of view of the leading specialists on the impact of endogenous exogenous factors on the formation of the dentofacial anomalies and to study the way and methods of prevention of anomalies on the basis of consolidation of the literature data retrieved as a result of content analysis.

We can make a conclusion that today precise and dynamic observation of the impact of risk factors on the state of DFS of the children is a relevant task, as the question of anatnatal prevention of dentofacial anomalies is the least studied part of the primordial prevention.

Keywords: temporary teeth occlusion, anomalies of occlusion, risk factors, antenatal period of development, pregnancy.