

**КАРТА РЕЄСТРАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ
НОВОНАРОДЖЕНОГО ЧИ ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ
(ДОДАТОК ДО КАРТИ РОЗВИТКУ НОВОНАРОДЖЕНОГО,
ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ДИТИНИ
АБО МЕДИЧНОЇ КАРТИ СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО)**

Методичні вказівки

***для здобувачів освіти 5-го курсу за спеціальністю "Стоматологія"
з дисципліни "Терапевтична стоматологія"***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**КАРТА РЕЄСТРАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ
НОВОНАРОДЖЕНОГО ЧИ ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ
(ДОДАТОК ДО КАРТИ РОЗВИТКУ НОВОНАРОДЖЕНОГО,
ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ДИТИНИ
АБО МЕДИЧНОЇ КАРТИ СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО)**

*Методичні вказівки
для здобувачів освіти 5-го курсу за спеціальністю "Стоматологія"
з дисципліни "Терапевтична стоматологія"*

Затверджено Вченою Радою ХНМУ.
Протокол № 13 від 29.08.2025.

**Харків
ХНМУ
2025**

Карта реєстрації стоматологічного статусу новонародженого чи дитини грудного віку (додаток до карти розвитку новонародженого, історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого) : метод. вказівки для здобувачів освіти 5-го курсу за спец. "Стоматологія" з дисципліни "Терапевтична стоматологія" / упоряд. О. В. Любченко, О. В. Гармаш Л. В. Воропаєва та ін. Харків : ХНМУ, 2025. 36 с.

Упорядники О. В. Любченко

О. В. Гармаш

Л. В. Воропаєва

Т. В. Баглик

Л. В. Стеблянко

А. І. Крючко

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Порушення адаптаційних процесів, відхилення у фізичному, соматичному та нервово-психічному станах в онтогенезі нерідко є наслідками внутрішньоутробно перенесених захворювань. На сьогодні гіпотеза фетального програмування, так званої "метаболічної пам'яті", коли внутрішньоутробно закладені зміни визначають схильність до певних хвороб в онтогенезі, підтверджена дослідно. Тому детальне вивчення впливу перинатального періоду на формування краніофасіального комплексу є одним із пріоритетних напрямків сучасної стоматології. Науковці різних країн світу досліджують вплив несприятливого перебігу вагітності на виникнення змін у порожнині рота дитини.

У зв'язку з упровадженням постулатів доказової медицини в загальномедичну практику особливого значення набуває розроблення критеріїв доказовості для об'єктивізації та систематизації огляду дітей протягом першого року життя. На основі результатів такого обстеження можна прогнозувати напрямок розвитку патології щелепно-лицьової ділянки та інтегрувати одержані знання в практику.

Важливою передумовою успішного лікування є правильно поставлений діагноз. Для одержання загальної картини стоматологічного здоров'я новонародженого чи дитини грудного віку проводиться визначення стоматологічного статусу кожного конкретного пацієнта. Із метою аналізу результатів виявленої стоматологічної патології, профілактики та підвищення ефективності лікування стоматологічних захворювань у результаті міжкафедральної інтеграції створено "Карту реєстрації стоматологічного статусу новонародженого чи дитини грудного віку" (далі – *Карта*). Вона має клінічну направленість та зорієнтована на реєстрацію стоматологічного статусу пацієнтів цієї вікової категорії як з перинатальною патологією, так і здорових.

Дані методичні рекомендації є узагальненням результатів, одержаних унаслідок апробації Карти під час стоматологічного обстеження 300 новонароджених та дітей грудного віку. Обстеження проводилося на базі Харківського міського перинатального центру, кафедри генетики, медицини плода, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти, відділення ендокринології Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків Академії медичних наук України, КЗОЗ "23-я міська дитяча поліклініка" (м. Харків) та Університетського стоматологічного центру Харківського національного медичного університету. У методичних рекомендаціях подано докладні вказівки з практичного використання дитячими стоматологами, лікарями-стоматологами та лікарями-інтернами "Карту реєстрації стоматологічного статусу новонародженого чи дитини грудного віку" (додатку до карти розвитку новонародженого, історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого), розробленої співробітниками кафедри терапевтичної стоматології ХНМУ.

КАРТА РЕЄСТРАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ НОВОНАРОДЖЕНОГО ЧИ ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ

(додаток до карти розвитку новонародженого, історії розвитку дитини
або медичної карти стаціонарного хворого)

ПІБ дитини _____

Дата народження дитини _____

Дата заповнення _____

1. Колір шкірних покривів:

☐ рожевий (еритема новонароджених) ☐ блідо-рожевий ☐ блідий ☐ гіперемія ☐ жовтяничний ☐ ціанотичний

2. Форма голови:

☐ акроцефалія ☐ брахіцефалія ☐ доліхоцефалія ☐ тригоноцефалія ☐ черепно-лицева асиметрія ☐ мікроцефалія
☐ макроцефалія ☐ потилична кістка, що нависає ☐ сплюснена потилиця ☐ гіпоплазія соскоподібного відростка
☐ родова пухлина ☐ кефалогематома: ☐ розміри ☐ межі ☐ консистенція
☐ інше

3. Форма та положення вушних раковин:

☐ форма та положення вушних раковин без видимих патологічних змін
☐ високо розташовані вуха ☐ низько розташовані вуха ☐ асиметрія розташування вух ☐ приращення мочок
☐ відсутність мочок ☐ великі відстовбурчені вуха ☐ малі деформовані вуха ☐ різновеликі вуха ☐ додаткові козелки
☐ деформація вушної раковини ☐ аномалія будови завитка ☐ аномалія будови протизавитка ☐ дарвінівський горбок
☐ інше

4. Стан ший:

☐ шия без видимих патологічних змін
☐ коротка шия ☐ довга шия ☐ низький ріст волосся на потилиці ☐ кривошия
☐ крилоподібні складки ☐ надлишкові поперечні складки ☐ зяброві дуги ☐ зяброві свищі
☐ інше

5. Симетричність обличчя:

☐ симетричне (норма) ☐ асиметричне розташування: ☐ зовнішніх кутів очей ☐ крил носа ☐ кутів рота
☐ припухлість м'яких тканин в ділянці СНЦС: ☐ ліворуч ☐ праворуч
☐ інше

5.1. Положення підборіддя в трансверзальній площині:

☐ pogonіon співпадає із серединною площиною обличчя (норма)
☐ pogonіon зміщений праворуч ☐ pogonіon зміщений ліворуч

5.2. Положення підборіддя в сагітальній площині:

☐ підборіддя помірно скошене дистально – фізіологічна ретрогенія (норма)
☐ підборіддя різко скошене дистально – мікрогенія або ретрогенія
☐ інше

6. Розмір ротової щілини:

☐ нормального розміру ☐ макростомія ☐ мікростомія ☐ інше

7. Співвідношення губ у сагітальній площині:

☐ незначна негативна сходінка Коркхауза (норма) ☐ значна негативна сходінка Коркхауза
☐ позитивна сходінка Коркхауза

8. Розмір та форма губ:

Верхня губа: ☐ широка пухка хоботоподібна (норма) ☐ тонка ☐ вивернута
Нижня губа: ☐ широка пухка хоботоподібна (норма) ☐ тонка ☐ вивернута

9. Вираженість смоктального бугорка верхньої губи:

☐ виражений (норма) ☐ невиражений

10. Вираженість поперечних складок Пфаундлера–Люшке:

☐ виражені (норма) ☐ невиражені

11. Чистота внутрішньої поверхні губ, шік та язика:

☐ слизові оболонки без видимих патологічних змін (норма)
☐ наявність афт ☐ наявність крововиливів ☐ наявність ран ☐ наявність подряпин
☐ наявність псевдомембранозного кандидозу ☐ наявність інших нашарувань на слизовій оболонці
☐ інше

12. Колір слизової оболонки альвеолярних відростків (ясенних валиків):

☐ рожевий (норма) ☐ блідий ☐ гіперемія

13. Паралельність альвеолярних відростків (ясенних валиків) горизонтальній площині:

☐ паралельні (норма)
непаралельні: ☐ верхній альвеолярний відросток ☐ нижній альвеолярний відросток

14. Симетричність вуздечок нижньої та верхньої губ відносно серединної площини обличчя:

☐ симетричні (норма)		☐ несиметричні:								
---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	---

15. Вираженість складки Робена–Мажіто (визначається після годування):

☐ виражена (норма)
☐ невиражена

16. Стан вуздечки верхньої губи (один із чотирьох видів за класифікацією Kotlow L.):

☐ I вид – вуздечка практично не визначається ☐ рухомість губи не обмежена
☐ II вид – вуздечка прикріплена до слизової оболонки, яка покриває альвеолярну частину щелепи, вище місця майбутнього формування міжзубного сосочка ☐ рухомість губи не обмежена
☐ III вид – вуздечка прикріплена на слизовій оболонці впритул до місця формування в подальшому міжзубного сосочка ☐ рухомість губи обмежена ☐ рухомість губи не обмежена
☐ IV вид – вуздечка "підвернута" під ясенний валик та кріпиться до твердого піднебіння ☐ рухомість губи обмежена ☐ рухомість губи не обмежена

17. Стан вуздечки нижньої губи (розмір, щільність та рівень прикріплення вуздечки):

☐ вуздечка практично не визначається (норма) ☐ щільна ☐ високо прикріплена

18. Стан вуздечки язика (вид, розмір, форма, щільність та особливості прикріплення вуздечки):

☐ вуздечка практично не визначається, рухомість язика не обмежена (норма)
☐ анкілоглосія (один із п'яти видів анкілоглосії за класифікацією Хорошилкіної Ф. Я.):
☐ I вид – тонка прозора вуздечка, нормально прикріплена до язика, але має малу довжину, у зв'язку з чим обмежує рух язика, при підйомі язика догори біля місця прикріплення вуздечки до внутрішньої поверхні нижньої щелепи утворюється "трикутник" зі слизової оболонки
☐ II вид – така ж тонка, як і I виду, напівпрозора вуздечка, але прикріплена ближче до кінчика язика, має також невелику довжину, при підйомі язика догори в центрі утворюється жолобок – симптом "сердечка", а на внутрішній поверхні нижньої щелепи – симптом "трикутника"
☐ III вид – вуздечка щільна, коротка, прикріплена близько до кінчика язика, позитивний симптом "сердечка" з підвертанням кінчика й набуханням спинки язика та симптом "трикутника"; найчастіше така щільна вуздечка становить дублікатуру слизової оболонки
☐ IV вид – такий же щільний тяж, як III виду, проте зрощений із м'язами язика
☐ V вид – тяж слизової оболонки мало помітний, зростається з м'язами язика, уся маса язика зрощена з м'язами дна ротової порожнини, розташовується значно ближче до центрального відділу нижньої щелепи

19. Термін прорізування перших зубів:

☐ своєчасність ☐ послідовність ☐ парність ☐ симетричність

20. Закономірності прорізування зубів:**21. Кількість зубів (зубна формула) у віці 12 місяців:****22. Індекс зубного нальоту (Кузьміна Е. М.):**

☐ бал ☐ рівень гігієни
--

23. Форма та розміри язика (розміри язика оцінюються з урахуванням розмірів нижньої щелепи):

☐ норма ☐ макроглосія ☐ мікроглосія ☐ складчастий язик ☐ дольчатий язик ☐ роздвоєний язик

24. Форма піднебіння:

☐ плоске (норма) ☐ готичне ☐ сплюснене високе
--

25. Наявність уроджених аномалій зубощелепної системи:

☐ піднебінні кісти новонароджених – перлини Епштейна (Epstein's pearls) ☐ натальні чи неонатальні зуби
☐ вузлики Бона (Bohn's nodules) ☐ кісти зубної пластинки (dental lamina cysts) ☐ ранула слинної залози (ranula)
☐ вроджений епуліс новонародженого (granular cell tumor or Neumann's tumor)
☐ розщілина твердого піднебіння*
☐ розщілина губи*
☐ розщілина піднебіння з розщілиною губи*
☐ інше

26. Діагноз**Лікар**

МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ КАРТИ ТА АПРОБАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ КАРТИ НА ПРАКТИЦІ

Обстеження проводиться за адекватного освітлення в стані відносного спокою дитини. Лікар заповнює розділи Карти на першій та другій сторінках, уключаючи діагноз, з урахуванням періоду розвитку зубощелепної системи та/або віку дитини.

У відповідних рядках зазначаються прізвище, ім'я, по батькові та дата народження дитини, вказується дата заповнення стоматологічної Карти.

Дані щодо обстеження дитини фіксують позначкою "+" чи "✓" у відповідній графі стоматологічної Карти. Дані відмічаються як у нормі, так і при аномаліях.

Для успішного обстеження дитини між батьками та лікарем має бути порозуміння. Для цього лікар має пояснювати кожен свою дію, аби батьки знали, що й навіщо він робить. Слід пам'ятати, що у віці до 8 міс малюк зазвичай дуже контактний, натомість річна дитина стає досить самостійною та чинить опір обстеженню.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ обстеження стоматологічного статусу включає екстраоральне та інтраоральне обстеження.

Екстраоральне обстеження

У розділі 1 зазначається колір шкірних покривів, що є надзвичайно важливою діагностичною ознакою стану здоров'я дитини. Фізіологічним забарвленням шкіри грудничків є блідо-рожевий колір.

У новонароджених може бути гіперемія шкірних покривів, зокрема обличчя, "фізіологічна еритема новонароджених", яка спостерігається з перших годин життя, та може зберігатися до 7 днів і заміщуватися висівкоподібним лущенням (рис. 1, 5).



Рис. 1. Фотографічне зображення дитини Л. (хлопчик) віком 1 доба, макросомія.
Спостерігається еритема новонароджених

Токсична еритема новонароджених – рожеві плями різного розміру та папули (які згодом переходять у пустули) на обличчі, голові, навколо суглобів. Можуть з'явитися як при народженні, так і через 24–48 год після нього. Висипання зникають самостійно через 5–7 діб.

За патологічних станів гіперемія може бути при лихоманці, бути наслідком перегрівання, термічних чи ультрафіолетових опіків.

Синдром розмальовки Арлекіна. У новонароджених через незрілість вегетативної регуляції судин шкіри під час лежання на боці одна половина тіла періодично стає яскраво-червоною, а інша – блідою. Найчастіше такий синдром трапляється в перші дні життя у дітей, народжених раніше за термін.

Блідість обличчя та видимих слизових оболонок новонародженого може свідчити про гіпоксію, анемію, уроджений порок серця чи бути наслідком пологової травми. Про гемолітичну хворобу новонародженого свідчить блідість, яка зберігається протягом тривалого часу.

Жовтий колір шкірних покривів, склер, м'якого піднебіння та нижньої поверхні язика виникає внаслідок білірубінемії (високої концентрації білірубіну в крові). Фізіологічна білірубінемія (рис. 2) виникає в період новонародженості на 1–2-у добу життя та зникає на 7–10-у добу. Неонатальна жовтяниця часто трапляється у дітей, які народилися раніше від терміну.



Рис. 2. Фотографічне зображення дитини П. (хлопчик) віком 5 днів, макросомія. Спостерігається жовтяниця новонароджених

Кон'югаційна жовтяниця може бути як одним із клінічних маркерів порушення обміну речовин, так і спостерігатися при гіпоглікемії, поліцитемії, гіпотиреозі та кишковій непрохідності.

Так звана "механічна" жовтяниця, за якої шкірні покриви мають зеленуватий відтінок, може бути симптомом різноманітних вад розвитку жовчовивідних шляхів: атрезії жовчних ходів, полікістозу, перегину жовчного міхура.

Збільшення вмісту кон'югованого білірубіну в крові може спричинити вірус гепатиту В і С, цитомегаловірус, вірус Коксаки, краснухи, вірус Епштейна–Барр, вірус простого герпесу, бліду трепонему, токсоплазму та ін. У цих випадках шкірні покриви дитини мають сіруватий "брудний" відтінок та жовтяниця фіксується вже безпосередньо при народженні.

Ускладненням неонатальної гіпербілірубінемії може бути відкладення жовчних пігментів у ділянках твердих тканин зубів на стадії мінералізації (хлородонтія), яка клінічно проявляється як жовто-зелене забарвлення пришийкових ділянок зубів.

Виразеність ціанотичного кольору шкірних покривів залежить від концентрації насиченого киснем гемоглобіну в периферійній крові. Зміни кольору шкіри легше помітити на губах, мочках вух, кінчику носа, слизовій оболонці порожнини рота, нігтьових ложах, оскільки тут дуже тонкий епідерміс та розвинена капілярна мережа (мікроциркуляторне русло).

За локалізацією розрізняють центральний, периферійний (акроціаноз) і місцевий ціаноз. Центральний ціаноз фіксується за наявності дихальної недостатності: при пневмонії, ателектазі, вадах розвитку легень, бронхіальній астмі, обструктивному бронхіті, скупченні в плевральних порожнинах рідини або повітря, крупі, аспірації, слабкості дихальних м'язів. Також центральний ціаноз може бути ознакою ураження ЦНС при порушенні мозкового кровообігу, судомомах, асфіксії. При периферійному ціанозі вражені (синюшні) дистальні ділянки: обличчя, губи, язик, тверде піднебіння, нігті та щоки. Такого забарвлення набуває також кінчик носа, мочки вух, підборіддя, кисті, стопи. Периферійний ціаноз (акроціаноз) може бути симптомом уроджених вад серця, ураження міокарда, кардіоміопатій. Місцевий ціаноз може виникнути внаслідок порушення венозного відтоку.

За наявності в дитини генералізованої синюшності або постійної добре вираженої синюшності обличчя, губ, періорального ціанозу, ціанозу носогубного трикутника та кінцівок, треба передбачати тяжке захворювання.

У розділі 2 зазначається форма голови дитини. Форма та розмір голови новонароджених чи дітей першого року життя є маркерами фізіологічного розвитку кісткової та нервової систем. Зміни форми голови (м'якість або надмірний розвиток кісткової тканини, передчасне закриття швів черепа) можуть бути зумовлені силою пологів. Залежно від співвідношення поперечного та поздовжнього діаметрів черепа розрізняють такі форми черепа, характерні для здорових новонароджених: мезоцефалічний, або середній (рис. 3); брахіцефалічний, або широкий (рис. 4); доліхоцефалічний, або вузький, череп (рис. 5, 6).



Рис. 3. Фотографічне зображення дитини Н. (хлопчик) віком 3 доби.
Спостерігається мезоцефалічна форма голови

Брахіцефалічна форма черепа також притаманна дітям із синдромом Дауна (Down syndrome – Trisomy 21). Потиличний бугор, який у нормі виступає назад, у дітей із синдромом Дауна сплюснений. Фіксується запізніле закриття тім'ячок, гіпоплазія або відсутність фронтальних і сфероїдальних пазух. Гайморові пазухи гіпопластичні. Спостерігаються наступні типові ознаки: сплюснене обличчя, монголоїдний розріз очей (невеликі очі), маленькі та деформовані вушні раковини, вузькі слухові канали, невеликий ніс, широке та плоске перенісся, мікромстомія. Спостерігається відносно великий язик, високе та коротке піднебіння, надмірне слиновиділення, аномалії зубів. Провідна або сенсорна глухота (66 %). Аномалії рефракції, частіше – міопія (70 %). Катаракта (66 %), переважно у віці понад 8 років. Страбізм, ністагм.



Рис. 4. Фотографічне зображення дитини Б. (хлопчик) віком 1 доба.
Спостерігається брахіцефалія



Рис. 5. Фотографічне зображення дитини Л. (хлопчик) віком 1 доба.
Спостерігається доліхоцефалічна форма голови, еритема новонароджених



Рис. 6. Фотографічне зображення дитини К. (дівчинка) віком 7 діб.
Спостерігається доліхоцефалічна форма голови

Брахіцефалія може зустрічатися також при синдромі фронтоназальної дисплазії. За наявності цієї вади розвитку також можуть спостерігатися гіпертелоризм, довгі вії, широка й коротка спинка носа, роз'єднання крил носа, розщеплення кінчика носа, серединна лицева щілина, інколи в поєднанні з розщілиною піднебіння; мікрофтальмія, епікант, уроджена катаракта, преаурикулярні виrostи, низько розташовані вушні раковини.

За наявності м'якої потиличної кістки (при рахіті) сплюснена потилиця може сформуватися й після народження внаслідок тиску голови на подушку.

Акроцефалія – так званий "баштовий" череп (краніоцефальний дизостоз, черепно-лицевий дизостоз, синдром Аперта) – аномально витягнута баштоподібна форма голови – наслідок передчасного заростання вінцевого шва.

Тригоцефалія – краплеподібна або кілеподібна деформація черепа. Ця деформація виникає як результат передчасного зрощення лобного шва: утворюється кістковий гребінь та відбувається збільшення черепа в біпаріетальному напрямку, що обумовлює трикутну форму черепа. За такої форми зменшується відстань між очницями, решітчастою кісткою й передньою черепною ямкою. Із віком ця деформація збільшується.

Наявність черепно-лицевої асиметрії (рис. 9, 10, 11, 15, 17) може бути як конституціональною ознакою, так й обумовленою дизембріогенезом.

У нормі в новонароджених розміри мозкової частини черепа більші за розміри лицевої.

Мікроцефалія – зменшення розмірів голови внаслідок переважання розмірів лицевої частини черепа (наприклад, мозко–око–лице–скелетний синдром) (рис. 8). Мікроцефалія також може зустрічатися за вродженої церебральної гіпоплазії, як наслідок перенесеного менінгоенцефаліту або в результаті передчасного закриття швів черепа (краніосиностоз), а також спостерігається у дітей із хворобою Літтла.

Макроцефалія – збільшення розмірів голови. Незначне збільшення розмірів голови може спостерігатись у хворих на рахіт дітей. Значна макроцефалія фіксується у хворих із водянкою головного мозку (гідроцефалія). За гідроцефалії (рис. 7) має місце значно виражене переважання мозкової частини черепа над лицевою.



Рис. 7. Фотографічне зображення дитини Б. (хлопчик) віком 60 діб.

Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, недоношеність III ступеня, оклюзійна постгеморагічна гідроцефалія, розширення венозної сітки волосистої частини голови

Локальні зміни конфігурації голови новонародженого можуть бути наслідками пологової травми: кефалогематоми, "родової пухлини", парезу лицевого нерва, мозкової грижі, подряпин, саден, ран на обличчі та пошкоджень кісткових тканин.

У **розділі 3** фіксується форма та положення вушних раковин.

Зазвичай у новонароджених форма та положення вушних раковин без видимих патологічних змін. Може траплятися високе чи низьке розташування вух, асиметрія їх розташування, природження або відсутність мочок, великі відстовбурчені вуха, малі деформовані вуха (синдром Дауна), різновеликі вуха, додаткові козелки.

Додатковий козелок – уроджена аномалія розвитку першої зябрової щілини, локалізується в преаурикулярній ділянці поряд зі справжнім козелком. Зустрічаються випадки поєднання додаткових козелків із розщипиною губи та/або розщипиною піднебіння.

Під час обстеження слід фіксувати наявність деформації вушних раковин, аномалії будови завитків, аномалії будови протизавитків, дарвінівські горбки, уроджені атрезії слухового проходу або аплазії вуха. За наявності односторонньої аномалії необхідно зазначити бік ураження (правосторонній чи лівосторонній).

Великі низько розташовані вуха можуть спостерігатися за мозко–око–лице–скелетного синдрому (*cerebro–oculo–facio–skeletal syndrome, COFS-синдром*) (рис. 8).

За наявності цієї вади розвитку можуть зустрічатися мікроцефалія, внутрішня гідроцефалія, мікрогірія, коротка шия, скошений лоб, сідлоподібне перенісся, великі низько розташовані вуха, мікрофтальмія, вузькі очні щілини, катаракта, сплюснення передньої камери ока, гіпоплазія або атрофія зорових нервів, тонкі губи, ретрогнатія та нижня мікрогнатія, м'язова гіпотонія та ін. У дітей із цими вадами спостерігається відставання у фізичному та психомоторному розвитку. Тип успадкування – автосомно-рецесивний.

Дистопія вушних раковин (їх зміщення назад і вниз) також притаманна хворим із синдромом П'єра Робена (рис. 12).

Розділ 4 присвячений відомостям про стан шії. У нормі в новонароджених чи дітей грудного віку шия без видимих патологічних змін. Кривошия в поєднанні з акушерським паралічем може мати місце в результаті затяжних пологів, неправильного положення плода або при народженні дитини-макросома (маса тіла новонародженої дитини, яка є більшою або дорівнює 4 кг).

Може спостерігатися коротка (*рис. 8, 14*) чи довга шия. Коротка та широка шия, низька лінія росту волосся на потилиці та крилоподібні складки в поєднанні з недорозвиненням статевих органів та деформацією ліктьових суглобів притаманні дітям із синдромом Шерешевського–Тернера.

Надлишкова шкірна шийна складка спостерігається у дітей із синдромом Дауна.

Бічні кісти й нориці шії виникають із залишків ембріональних зябрових дуг, у більшості випадків ураження одностороннє. Кіста розташовується з внутрішнього краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза на бічній поверхні шії у вигляді еластичної пухлини.

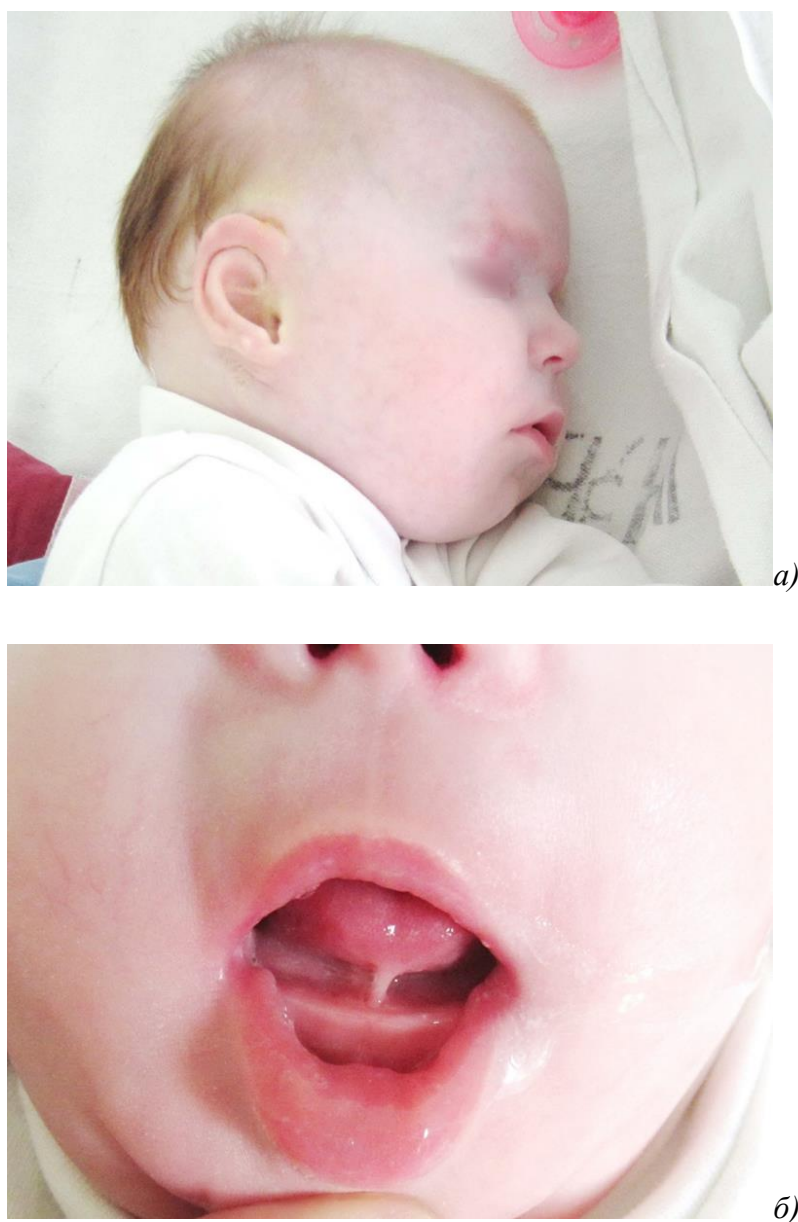


Рис. 8. Фотографічне зображення дитини Н. (дівчинка) віком 90 діб.

Мозко–око–лице–скелетний синдром (cerebro–oculo–facio–skeletal syndrome):

- а) спостерігається черепно-лицева дизморфія, деформація вушної раковини, широке перенісся, помірна нижня мікрогнатія; б) спостерігаються невиражені носогубні складки, III вид анкілоглосії

У **розділі 5** зазначається симетричність обличчя та додатково відмічається положення підборіддя у трансверзальній (**підрозділ 5.1**) та сагітальній (**підрозділ 5.2**) площинах.

У нормі обличчя новонародженого або дитини грудного віку симетричне. У дітей із перинатальною патологією дуже важливо порівнювати результати обстеження правої та лівої сторін обличчя, звертаючи увагу на симетричність розташування зовнішніх кутів очей, крил носа, кутів рота, фіксуючи в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба припухлості м'яких тканин, якщо такі є (*рис. 9, 10*).

Під час опису результатів огляду слід зафіксувати положення підборіддя в трансверзальній площині: рогоніон співпадає із серединною площиною обличчя (норма) або рогоніон зміщений праворуч чи ліворуч.

Помірно скошене дистально підборіддя є фізіологічним станом та має назву "фізіологічна ретрогенія". За наявності у дитини різко скошеного дистально підборіддя можна передбачати нижню мікрогнатію або ретрогнатію (*рис. 11*).

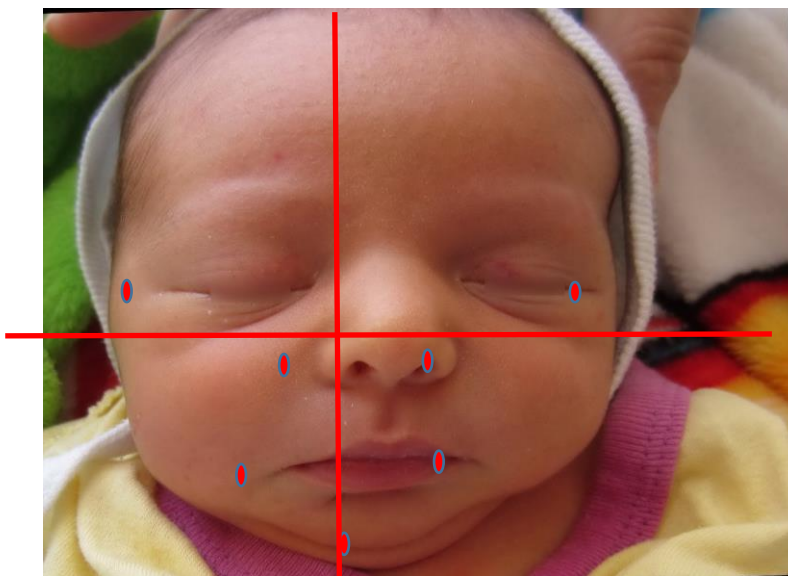


Рис. 9. Фотографічне зображення дитини Ш. (хлопчик) віком 3 доби, який народився від багатоплідної вагітності. Спостерігається черепно-лицева дизморфія, несиметричне розташування зовнішніх кутів очей, крил носа, кутів рота



Рис. 10. Фотографічне зображення дитини Ф. (хлопчик) віком 1 доба. Спостерігається черепно-лицева дизморфія, несиметричне розташування зовнішніх кутів очей

Мікрогенія може спостерігатися при синдромі першої зябрової дуги – нижньощелепно-фаціальному дизостозі (синдром Францескетті). За цього синдрому також наявні клиноподібна форма носа, гіпотеларизм очей, мікрофтальмія, гіпоплазія виличних кісток, деформація вушних раковин, гіпоплазія нігтьових пластин.



Рис. 11. Фотографічне зображення дитини С. (хлопчик) віком 39 діб.

Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, кон'югаційна жовтяниця.

Спостерігається різко скошене дистально підборіддя

У **розділі 6** вказується розмір ротової щілини. Мікростомія, або звуження ротової щілини (рис. 13, 16, 26) переважно є наслідком багатьох системних захворювань.

Макростомія – збільшення ротової щілини (латеральне або поперечне незрощення обличчя) може бути одно- та двостороння. М'язи навколо дефекту недорозвинені, що утруднює закривання рота. У дітей спостерігається слинотеча. Макростомію найчастіше спостерігають у комбінації з іншими вадами розвитку.

Через сформований рубцевий тяж від кутів рота до вушних раковин макростомія інколи поєднується з вадами формування останніх.

Одним із тяжких захворювань, за яких фіксується мікрогнатія (малого розміру, коротка нижня щелепа), що спричиняє зменшення об'єму ротової порожнини, є синдром першої зябрової дуги П'єра Робена (рис. 12). Через зсув нижньої щелепи назад (патологічна ретрогнатія) язик зміщується до задньої стінки глотки й виникає глосоптоз (недорозвиток і западання язика) та синдром обструктивного апное тяжкого ступеня. Іноді фіксується макроглосія, язик прирощений до м'яких тканин дна ротової порожнини (V вид вуздечки язика за класифікацією Ф. Я. Хорошилкиної).

Невелика і втягнута нижня щелепа не може фіксувати язик у нормальному положенні, і він зсувається дистально у гіпофаринкс, здавлюючи надгортанник, який відіграє роль клапана та перешкоджає проникненню повітря.

Респіраторний дистрес-синдром, порушення дихання, неспокій, диспное з брадипное обумовлює необхідність знаходження в стаціонарі та введення інтраназального зонда в нижні дихальні шляхи або трахеостоми.

Смоктання та ковтання у таких дітей також значно ускладнене, у багатьох випадках харчування дитини можливе тільки через зонд.

У дітей характерний профіль, так зване "пташине обличчя", рот до кінця не закривається, тому його інколи називають "ротом акули".

Для таких дітей характерна дизморфія обличчя та черепа, дистопія вушних раковин, також може бути наявна розщілина твердого чи м'якого піднебіння або "готичне" піднебіння. Фіксується постійний ціаноз, який особливо помітний при положенні дитини на спині.

Розвиток такої аномалії може бути пов'язаний із деякими інфекціями матері під час вагітності або з генетичною схильністю, а також з компресією всередині матки.

У **розділі 7** зазначається тип співвідношення губ у сагітальній площині, у **розділі 8** – величина та форма верхньої та нижньої губ, у **розділі 9** вказують вираженість смоктального бугорка верхньої губи, у **розділі 10** – вираженість поперечних складок Пфаундлера–Люшке.



Рис. 12. Фотографічне зображення дитини М. (хлопчик) віком 50 діб. Синдром П'єра Робена:

- а) спостерігається черепно-лицева дизморфія, мікрогнатія;
- б) спостерігається дистопія вушних раковин – зміщення їх назад і вниз



б)

Рис. 14. Фотографічне зображення дитини А. (дівчинка) віком 30 діб, гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, симетричний варіант:

а) спостерігаються черепно-лицьова дизморфія (трикутна форма голови), коротка шия, низько розташовані вушні раковини, макростомія; б) спостерігається V вид анкілоглосії

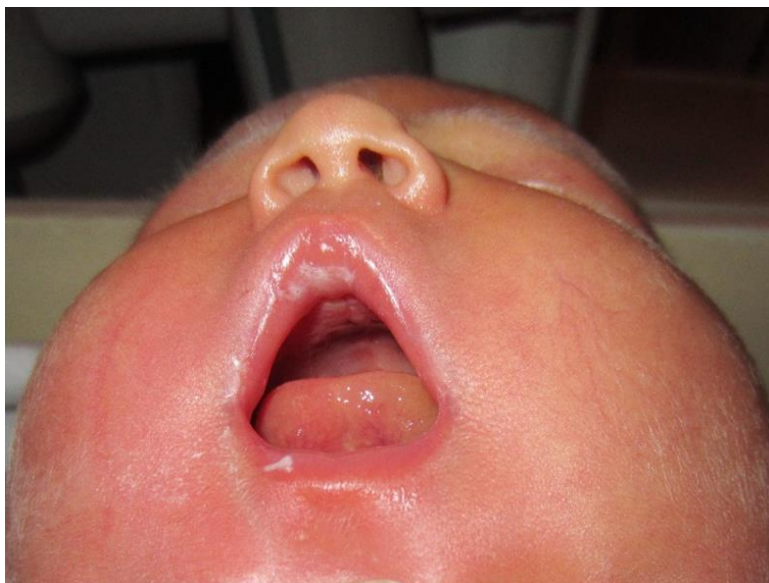


Рис. 13. Фотографічне зображення дитини П. (хлопчик) віком 7 діб, макросомія. Спостерігається мікростомія

Інтраоральне обстеження

У розділі 11 фіксується інформація про чистоту внутрішньої поверхні губ, щік та язика.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (1997) проводиться візуальне обстеження слизової оболонки порожнини рота за анатомо-топографічними зонами, а саме оцінюється колір та рельєф слизової оболонки губ, присінку порожнини рота, щік, твердого та м'якого піднебіння, спинки й бічних поверхонь язика, нижньої поверхні язика й дна порожнини рота. Огляд порожнини рота краще проводити за природного освітлення.

Із широкого спектра можливих уражень слизової оболонки ротової порожнини у дітей віком до одного року найчастіше трапляються гострий герпетичний стоматит і гострий кандидозний псевдомембранозний стоматит. У більшості захворювання перебігає латентно, і тільки у 10–20 % дітей спостерігають клінічні прояви. За наявності у дитини симптомокомплексу, характерного для герпетичного стоматиту, у графі "інше" вказують його форму (легка, середня чи тяжка).

За потреби в підрозділі "інше" фіксують також елементи ураження слизової оболонки порожнини рота. Їх локалізацію зазначають із прив'язкою до найближчого органа або анатомічної зони порожнини рота. Вказується діаметр елемента ураження в міліметрах, обов'язково фіксується колір та рельєф його поверхні (гладкий, шорсткий або зернистий). Слід зазначити межі елементів ураження: чіткі, рівні, фестончасті або інше (рис. 15).



Рис. 15. Фотографічне зображення ротової порожнини дитини К. (дівчинка) віком 18 діб, макросомія.

Гостра респіраторна вірусна інфекція. На межі твердого та м'якого піднебіння праворуч та ліворуч середньої лінії симетрично розташовані округлі ерозії неправильної форми діаметром по 7 мм, укріті сіро-жовтим фібринозним нальотом (афти Беднара). Спостерігається I вид анкілогლოსії

У розділі 12 вказується колір слизової оболонки альвеолярних відростків (ясенних валиків).

Розділ 13 присвячений характеру співвідношення альвеолярних відростків щелеп відносно горизонтальної площини.

Важливим етапом огляду новонароджених та дітей першого року життя є обстеження стану верхньої та нижньої щелеп. Несиметричність нижнього альвеолярного відростка горизонтальній площині може бути однією з діагностичних ознак перелому мищелкового відростка (*processus condylaris*) нижньої щелепи.

Пологові травми щелепно-лицевої ділянки зустрічаються нечасто. У групі високого ризику перебувають діти з великою масою тіла при народженні – макросоми. Також причиною травми можуть бути затяжні пологи чи навпаки прискорення проходження плода родовим каналом. Виникнення пологових травм можливе й у результаті застосування практично всіх способів допомоги під час пологів.

Лікарі-стоматологи обов'язково мають обстежувати всіх новонароджених, яким під час пологів накладали акушерські щипці, оскільки в таких новонароджених дуже часто переломи мищелкових відростків залишаються недіагностованими. Припустити можливість перелому можна за наявності набряків та гематом у навколоушній ділянці, за обмеженого відкривання рота, непаралельності горизонтальній площині нижнього альвеолярного валика. Однією з діагностичних ознак перелому також є плач під час годування груддю. Для підтвердження діагнозу обов'язкове рентгенологічне дослідження.

До віддалених наслідків перелому мищелкового відростка належить посттравматична деформація нижньої щелепи, порушення горизонтального росту щелепи з боку пошкодження, недорозвинення нижньої щелепи, перехресний прикус, деформація обох щелеп або формування псевдосуглоба.

Несиметричність нижнього альвеолярного відростка горизонтальній площині може бути наслідком досить рідкісної генетичної аномалії – синдрому Мебіуса, або синдрому вродженого окулофаціального паралічу, синдрому фаціальної диплегії (*рис. 16*).

В основі цього захворювання лежить уроджене недорозвинення ядер лицевого нерва. Аплазія може поширюватись і на ядра V, VI, IX, XII пар черепно-мозкових нервів, можливі ознаки ураження й інших черепно-мозкових нервів. Інколи також спостерігають такі типові ознаки, як орофаціальний дизморфізм, шкіра обличчя натягнена, гладка й без зморшок, носогубні складки не визначаються ("маскоподібне" обличчя).

Рот напіввідкритий з опущеними кутами, офтальмоплегія, птоз, порушення слізної секреції. Ураження може бути одностороннім чи двостороннім. Може спостерігатися гіпертелоризм чи бути виявлені мікрогнатії, гіпоплазія нижньої щелепи, деформація вушних раковин, деформація піднебіння, атрофія язика, утруднене смоктання та ковтання, слабкість жувальної мускулатури, порушення звукоутворення.

У цих дітей можливі й інші аномалії розвитку, зокрема дефекти м'язів грудей, мальформації кінцівок (клишоногість, синдактилія, брахідактилія, додаткові пальці), іноді туговухість або вроджена глухота. Приблизно 10 % дітей мають розумові розлади.

Успадковується переважно за автосомно-домінантним типом, але деякі дослідники зазначають і про автосомно-рецесивний тип успадкування.

У **розділі 14** зазначається розташування вуздечок відносно серединної площини обличчя. Поруч зі схематичним зображенням розташування вуздечок слід відмітити наявний у дитини тип стану вуздечок відносно серединної площини обличчя.

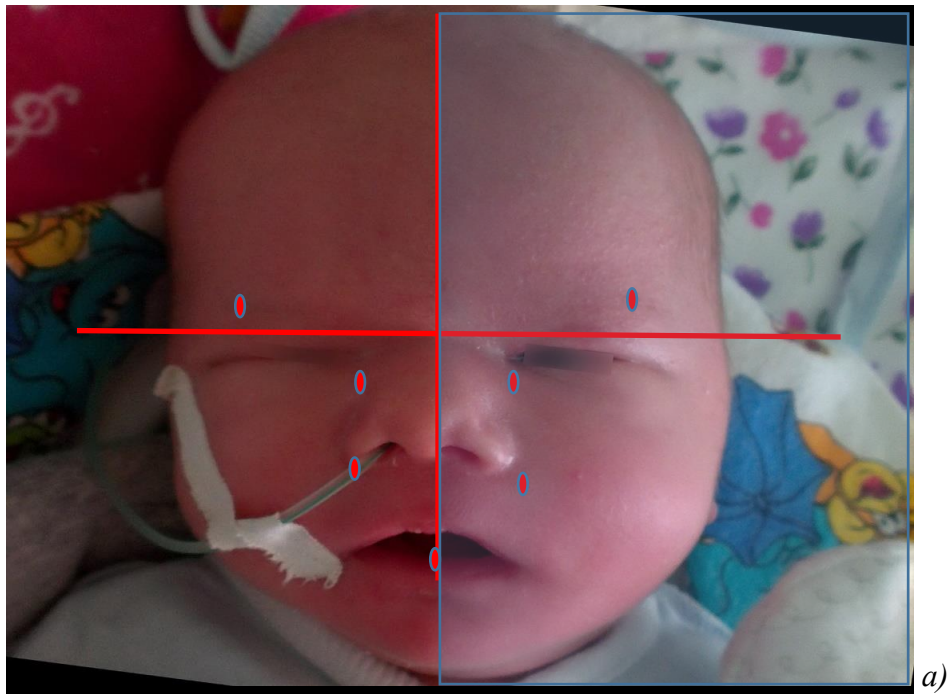


Рис. 16. Фотографічне зображення дитини Д. (хлопчик) віком 5 діб.

Синдром Мебіуса (уроджена аплазія ядер лицьового нерва):

- а)* спостерігається черепно-лицева дизморфія, "маскоподібне" обличчя, птоз, напіввідкритий рот з опущеними кутами, мікростомія;
- б)* спостерігається несиметричність нижнього альвеолярного відростка горизонтальній площині внаслідок гіпопластичних змін нижньої щелепи

Несиметричність вуздечки верхньої губи відносно серединної площини обличчя може бути як ізольованою патологією, так і свідчити про наявність генетичної патології або пологові травми щелепно-лицевої ділянки (рис. 17).



Рис. 17. Фотографічне зображення фронтальної ділянки ротової порожнини дитини Є. (хлопчик) віком 1 міс 10 діб. Спостерігається II вид вуздечки верхньої губи, несиметричне розташування вуздечки верхньої губи щодо серединної площини обличчя

У **розділі 15** фіксується вираженість складки Робена–Мажіто (еластична ясенна мембрана, представлена дуплікатурою слизової оболонки), яка визначається після годування дитини (рис. 18, 19).

Спираючись на власні спостереження, зазначимо, що слабо виражена складка Робена–Мажіто може бути у новонароджених із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку (рис. 19).

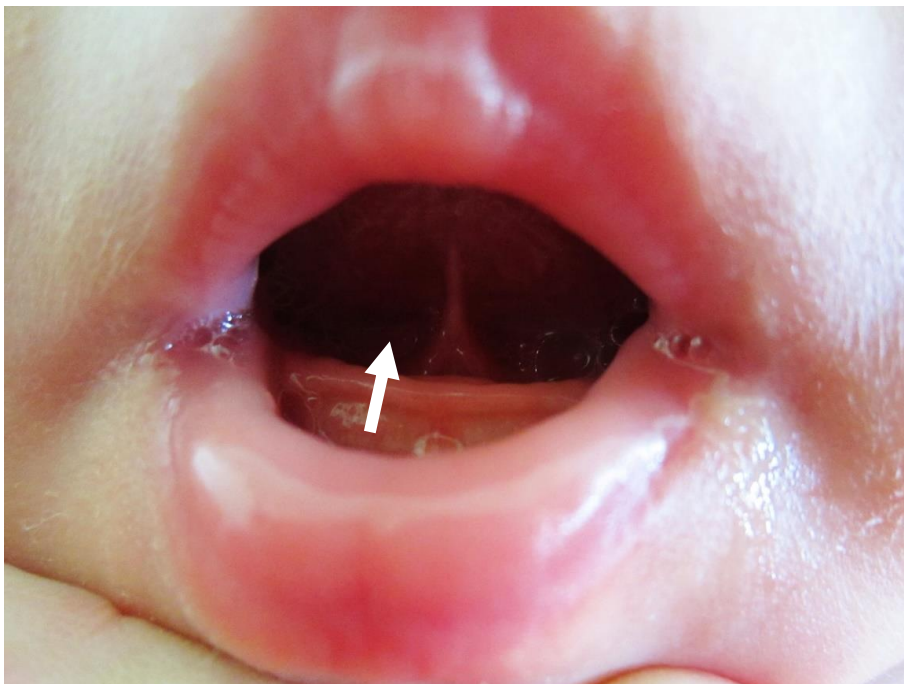


Рис. 18. Фотографічне зображення фронтальної ділянки ротової порожнини дитини К. (дівчинка) віком 30 діб. Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, макросомія. Спостерігається чітко виражена складка Робена–Мажіто



Рис. 19. Фотографічне зображення фронтальної ділянки ротової порожнини дитини Г. (дівчинка) віком 2 доби. Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку. Спостерігається слабо виражена складка Робена–Мажіто

Стан вуздечки верхньої губи фіксується **в розділі 16**. Уроджені аномалії прикріплення м'яких тканин у новонароджених та дітей першого року життя значно впливають на формування зубо-щелепних аномалій в онтогенезі.

Для опису розміру, щільності та рівня прикріплення вуздечок верхньої губи (рис. 17, 20–22) обрано класифікацію Kotlow L., розроблену для обстеження дітей першого року життя. Одноставної думки щодо необхідності хірургічного втручання за наявності у дитини IV виду вуздечки верхньої губи дотепер немає, але беззаперечно, що щільні, короткі чи низько прикріплені вуздечки верхньої губи заважають нормальному перебігу фізіологічного акту смоктання. Деякі дослідження доводять, що лазерна корекція короткої та щільної вуздечки верхньої губи створить передумови для широкого відкриття рота дитини, що спростить процес охоплення соска матері під час грудного вигодовування.



Рис. 20. Фотографічне зображення дитини С. (дівчинка) віком 3 доби. Спостерігається III вид вуздечки верхньої губи



Рис. 21. Фотографічне зображення дитини В. (дівчинка) віком 1 міс 12 діб.
Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС,
синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, симетрична форма.
Спостерігається IV вид вуздечки верхньої губи



Рис. 22. Фотографічне зображення дитини П. (хлопчик) віком 25 діб.
Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС.
Спостерігається "готичне" піднебіння, IV вид вуздечки верхньої губи

Відомості про стан вуздечки нижньої губи (розмір, щільність та рівень прикріплення) зазначаються у **розділі 17**.

У **розділі 18** вказується стан вуздечки язика (вид, розмір, форма, щільність та особливості прикріплення). Анкілоглосія фіксується за класифікацією Ф. Я. Хорошилкіної.

Анкілоглосія (рис. 14, 23, 24) є однією з причин, через які відмовляються від грудного вигодовування, що зумовлює недостатній набір маси у дітей першого року життя.

Відомо, що френулотомія вуздечки язика новонародженого або дитини грудного віку допомагає зберегти, а в деяких випадках і відновити грудне вигодовування [34].



Рис. 23. Фотографічне зображення дитини Ш. (хлопчик) віком 1 доба.
Спостерігається "готичне" піднебіння, II вид анкілоглосії



Рис. 24. Фотографічне зображення дитини С. (дівчинка) віком 3 доби.
Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, макросомія.
Спостерігається V вид анкілоглосії

Розділи 19–22 заповнюються за наявності зубів.

У **розділі 19** вказується вік дитини на момент прорізування перших тимчасових зубів.

У **розділі 20** фіксують закономірності прорізування тимчасових зубів: своєчасність, послідовність, парність, симетричність.

Строки прорізування тимчасових зубів у нормі: центральні різці прорізаються у 6–8 міс, латеральні – у 8–12 міс. На першому році життя у дитини налічується в середньому 8 зубів. Ікла прорізаються у 16–20 міс. Перші тимчасові моляри прорізаються у 12–16 міс, другі моляри – у 20–30 міс. Спочатку відбувається прорізування зубів на нижній щелепі. Латеральні різці та перші тимчасові моляри прорізаються спочатку на верхній щелепі. Парність прорізування виражається в одночасному прорізуванні однойменних зубів на правій та лівій верхніх щелепах і лівій та правій половинах нижньої щелепи.

У **розділі 21** вказується зубна формула на момент досягнення дитиною віку 1 рік.

У **розділі 22** зазначаються результати оцінювання зубного нальоту в дітей раннього віку за допомогою індексу Є. М. Кузьміної. Кількість нальоту визначається навіть у разі, якщо у дитини наявні всього 2–3 зуба. Коди та критерії оцінки: 0 – зубний наліт не виявлений, 1 – зубний наліт присутній. Розрахунок індивідуального значення індексу здійснюється за формулою: зубний наліт = кількість зубів, що мають наліт / загальна кількість зубів у порожнині рота. Інтерпретація результатів індексу нальоту: 0 балів відповідають доброму рівню гігієни порожнини рота; 0,1–0,4 бала – задовільному; 0,5–1 бал – поганому.

У **розділі 23** зазначається форма та розміри язика (розміри язика оцінюються з урахуванням розмірів нижньої щелепи). Фіксується норма, макроглосія, мікроглосія (*рис. 25*), складчастий язик, роздвоєний язик та інші стани.

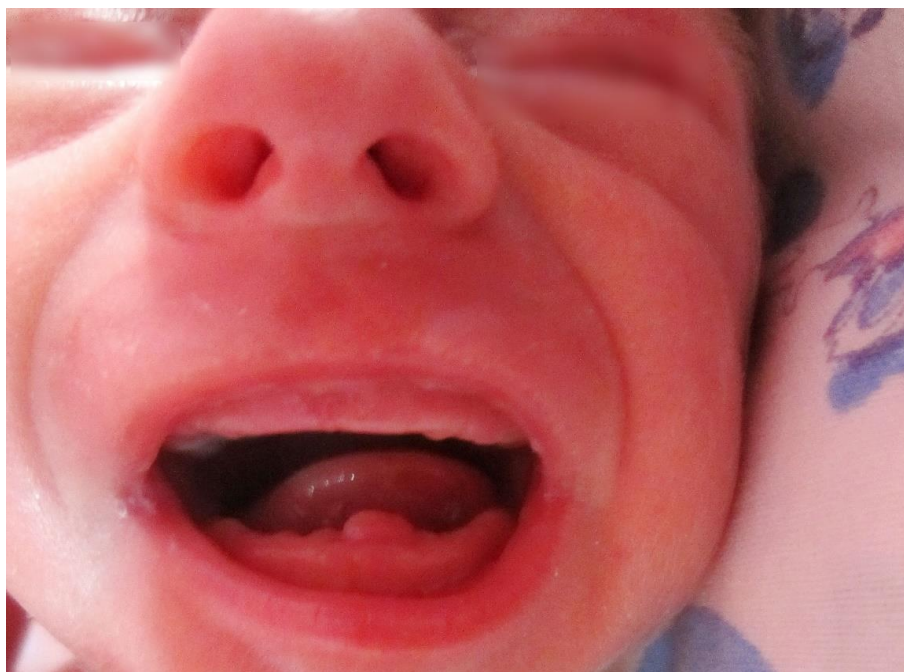


Рис. 25. Фотографічне зображення дитини ІІІ. (хлопчик) віком 15 днів.

Респіраторний дистрес-синдром новонароджених, асфіксія,
перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, гестаційний вік 31 тиж.

Спостерігається натальний зуб, мікроглосія

У **розділі 24** вказується форма піднебіння. Високе, або "готичне", піднебіння (рис. 26) може зумовити виникнення патології в процесі формування ротового дихання. Останнє, у свою чергу, може сприяти виникненню захворювань пародонта. Подібна анатомічна особливість ускладнює смоктальні рухи, що призводить до блокування росту нижньої щелепи й фіксації її дистального положення.



Рис. 26. Фотографічне зображення ротової порожнини дитини З. (дівчинка) віком 8 діб.
Синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, асиметричний варіант.
Спостерігається мікростомія, "готичне" піднебіння

Патології, зазначені в **розділах 5–24**, можуть не тільки спричиняти проблеми під час грудного вигодовування протягом першого року життя, але й впливати на подальше формування щелепно-лицевої ділянки. Недостатнє функціональне навантаження провокує недорозвинення тканин верхніх та нижньої щелеп, що сприяє формуванню скупченості зубів, виникненню патологічних видів прикусу та є передумовою розвитку хвороб тканин пародонта та твердих тканин зубів.

У **розділі 25** фіксуються наявні в дитини вроджені аномалії зубощелепної системи. Згідно з резолюцією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я за 2010 рік усі держави-члени мають сприяти проведенню первинної профілактики та зміцненню здоров'я дітей із вадами розвитку, а саме сприяти розвитку й зміцненню систем реєстрації та епідеміологічного нагляду; накопичувати досвід та покращувати умови для проведення наукових досліджень і наукових робіт у сфері етіології, діагностики та профілактики; сприяти розвитку міжнародного співробітництва (Інформаційний бюлетень ВООЗ, 2014 р.).

У підрозділі "**розщілина твердого піднебіння***" необхідно зазначити: розщілина твердого піднебіння, двостороння чи одностороння; розщілина м'якого піднебіння, двостороння чи одностороння; розщілина твердого піднебіння з розщілиною м'якого піднебіння, двостороння чи одностороння; розщілина піднебіння, медіальна; розщілина піднебінного язичка; розщілина піднебіння, неуточнена, двостороння чи одностороння.

У підрозділі "**розщілина губи***" необхідно зазначити: розщілина губи, двостороння, медіальна чи одностороння.

У підрозділі "**розщілина піднебіння з розщілиною губи***" необхідно зазначити: розщілина твердого піднебіння з розщілиною губи, двостороння чи одностороння; розщілина м'якого піднебіння з розщілиною губи, двостороння чи одностороння; розщілина твердого та м'якого піднебіння з розщілиною губи, двостороння чи одностороння; неуточнена розщілина піднебіння з розщілиною губи, двостороння.

За наявності односторонньої аномалії необхідно зазначити сторону ураження (правостороння або лівостороння).

У цих методичних рекомендаціях наведено кілька клінічних випадків.

Піднебінні кісти новонароджених – перлини Епштейна (Epstein's pearls) (рис. 27):



Рис. 27. Фотографічне зображення ротової порожнини дитини Н. (дівчинка) віком 2 доби.

Синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, асиметричний варіант.

Спостерігаються піднебінні кісти новонароджених – перлини Епштейна (Epstein's pearls)

Натальні зуби (рис. 25, 28) трапляються у 1:2 000–1:3 500 випадків народження. Вони можуть бути асоційовані із синдромами Ellis-van Creveld (chondroectodermal dysplasia), Jadassohn-Lewandowsky (pachyonychia congenita), Hallermann-Streiff (oculomandibulofacial syndrome with hypotrichosis), Rubinstein-Taybi, Sotos, Cyclopia, Pallister-Hall, Short Rib-Polydactyly (type II), Wiedemann-Rautenstrauch (Neonatal Progeria), Meckel-Gruber, Pierre Robin, Cleft lip and Palate, Pfeiffer, Ectodermal dysplasia, Craniofacial Dysostosis, Multiple Steatocystoma, Adrenogenital Epidermolysis bullosa simplex (Van der Woude, Down's syndrome), Walker-Warburg syndromes.

При виявленні в дитини натальних зубів обов'язково проводиться рентгенологічне обстеження з метою визначити, чи є ці зуби надкомплектними чи комплектними тимчасовими зубами, які передчасно прорізалися. Відомості про ступінь сформованості кореня зуба, стан емалі та дентину, положення зуба відносно сусідніх зубів мають бути зафіксовані. Більше ніж 90 % натальних зубів – комплектні.



Рис. 28. Фотографічне зображення ротової порожнини дитини Л. (дівчинка) віком 2 доби.
Синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, асиметричний варіант.
Спостерігаються натальні зуби

Якщо наявність зубів є асимптоматичною та не заважає грудному вигодовуванню, хірургічне втручання не потрібне. Якщо зуби рухливі, рекомендовано їх видалити, щоб запобігти аспірації. Після видалення зуба з метою припинення росту клітин зубного сосочка обов'язково проводиться кюретаж лунки. Якщо натальні чи неонатальні зуби є комплектними, їх видалення не показано, оскільки передчасне видалення зубів тимчасового прикусу може призвести до втрати місця для зуба та скупченості зубів постійного прикусу. Гострий край зубів пришліфовується.

Вузлики Бона (Bohn's nodules) – кісти зубної пластинки (dental lamina cysts) (рис. 29).



Рис. 29. Фотографічне зображення фронтальної ділянки ротової порожнини дитини К. (хлопчик) віком 1 доба. Макросомія. Спостерігається IV вид вуздечки верхньої губи, кісти зубної пластинки

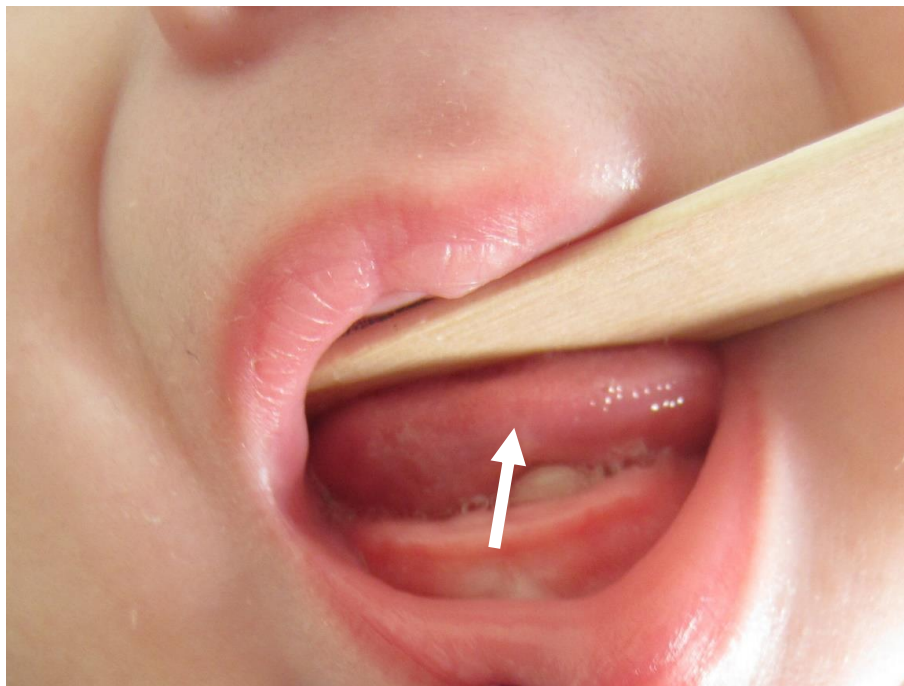


Рис. 30. Фотографічне зображення фронтальної ділянки ротової порожнини дитини М. (хлопчик) віком 2 міс. Макросомія. У передньобочковому відділі дна порожнини рота поруч із вузdechкою язика спостерігається кіста (ранула) під'язичної слинної залози. Діаметр кісти – 15 мм

Ретенційна кіста ембріонального генезу (рис. 31).

Щороку в Україні народжується 420–600 осіб із розщілинами верхньої губи чи розщілинами твердого та м'якого піднебіння. У сьомої частини таких дітей розщілини верхньої губи чи розщілини твердого та м'якого піднебіння зазвичай є складовими супутніх синдромів.



Рис. 31. Фотографічне зображення фронтальної ділянки ротової порожнини дитини Ф. (дівчинка) віком 1 доба. Спостерігається ретенційна кіста ембріонального генезу діаметром 3 мм

Рис. 32 демонструє стан дитини з лівосторонньою розщілиною верхньої губи при народженні та після оперативного втручання.

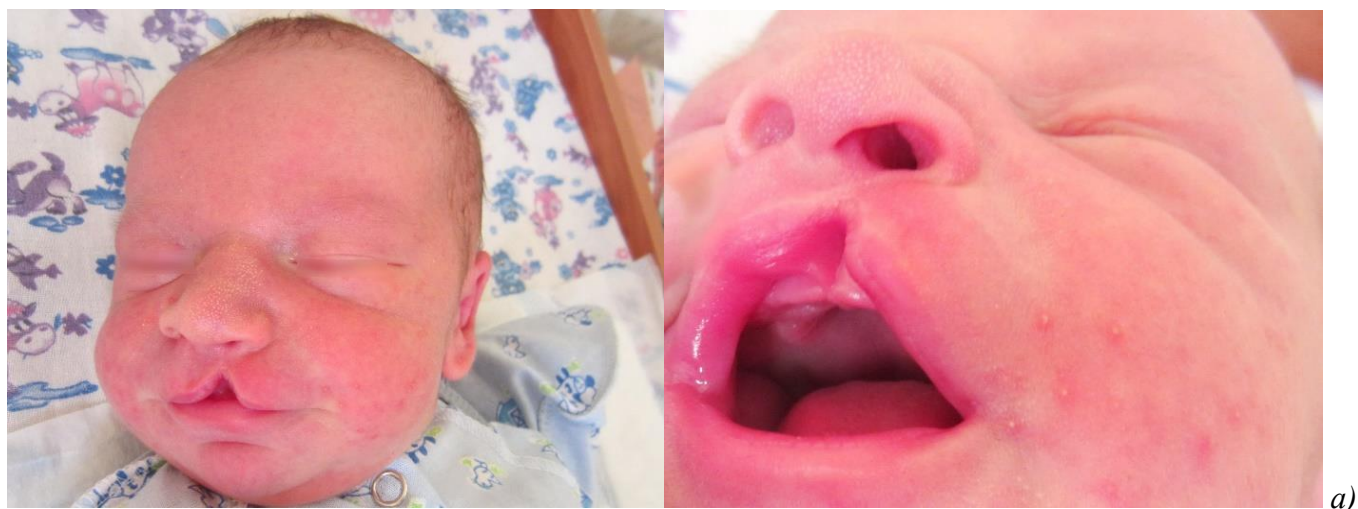


Рис. 32. а) Дитина Ш. (хлопчик) віком 2 доби. Лівостороння розщілина верхньої губи.

Стан до хейлоринопластики:

б) дитина Ш. (хлопчик) віком 1 рік 2 міс, лівостороння розщілина верхньої губи.

Стан після хейлоринопластики

Рис. 33 демонструє стан дитини з повною лівосторонньою розщілиною верхньої губи, альвеолярного відростка, розщілиною твердого та м'якого піднебіння при народженні та після оперативного втручання.

Частота виникнення таких аномалій складає 30–35 % від усіх вад розвитку людини.



Рис. 33. Повна лівостороння розщілина верхньої губи, альвеолярного відростка, розщілина твердого та м'якого піднебіння:

а) дитина К. (хлопчик) віком 24 доби. Повна лівостороння розщілина верхньої губи, альвеолярного відростка, розщілина твердого та м'якого піднебіння.

Спостерігається II вид анкілоглосії. Стан до хейлоринопластики.

б) Дитина К. (хлопчик) віком 1 рік 3 міс. Стан після хейлоринопластики

У підрозділах "**інше**" (там, де вони є) письмово відображають інші можливі стани, які відносяться до відповідного розділу та явно не вказані.

У **розділі 26 "Діагноз"** розгорнуто описуються виключно стоматологічні захворювання.

У разі проведення повторних оглядів усі зміни стоматологічного статусу дитини та призначення фіксуються в карті розвитку новонародженого, історії розвитку дитини або медичній карті стаціонарного хворого.

ВИСНОВОК

Своєчасне надання кваліфікованої стоматологічної допомоги дітям із групи ризику є запорукою успішної профілактики й лікування стоматологічних порушень на доклінічній стадії патологічного процесу або на стадії "малих" клінічних проявів.

Ефективність та доцільність застосування "Карти реєстрації стоматологічного статусу новонародженого чи дитини грудного віку" (додатку до карти розвитку новонародженого, історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого) доведена на підставі тестувань Карти в пологових будинках, медичних центрах та одній із дитячих поліклінік м. Харкова. Новизна методу підтверджена наявністю свідництва на авторський текст.

Розроблені методичні вказівки є невід'ємним дидактичним матеріалом до вперше запропонованої "Карты реєстрації стоматологічного статусу новонародженого чи дитини грудного віку" (додатку до карти розвитку новонародженого, історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого).

Методичні рекомендації щодо упровадження та застосування Карты уможливають виокремлення групи дітей із найбільш важким перебігом стоматологічних порушень, які мають потреби в частому спостереженні. Запропонована послідовність обстеження уніфікує діагностику стоматологічних порушень у таких новонароджених та дітей першого року життя, покращує можливості подальшої статистичної обробки отриманих даних, систематизації одержаних знань і сприяє створенню наукового підґрунтя для оптимізації діагностики та прогнозування перебігу стоматологічних хвороб.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Godfrey K. M., Inskip H. M., Hanson M. A. The long-term effects of prenatal development on growth and metabolism / Semin. Reprod. Med. 2011. V. 29, N 3. P. 257–265.
2. Гармаш О. В., Рябоконт С. М. Карта реєстрації стоматологічного статусу новонародженого та дитини грудного віку (додаток до карти розвитку новонародженого, історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого) / Свідцтво про реєстрацію авторського права на твір № 64148 від 16.02.2016.
3. High birth weight is a risk factor of dental caries increment during adolescence in Sweden / A. Julihn, U. Molund, E. Drevsäter, T. Modéer // Dent. J. 2014. V. 2, N 4. P. 118–133.
4. Macrosomic neonates carry increased risk of dental caries in early childhood : findings from a cohort study, the Okinawa child health study, Japan / H. Yokomichi, T. Tanaka, K. Suzuki, et al. // PLoS One. 2015. V. 10, N 7. e0133872.
5. Dentists view on fetal macrosomia / E. Ryabokon, O. Garmash, L. Nazarenko, E. Babajanyan / Srodowisko a stan zdrowia jamy ustnej : X Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Naleczow, Polska, 27.04.2016. Naleczow, 2016. P. 70.

6. Гемодинамічні порушення – патогенетична основа патології тканин щелепно-лицевої області та церебральних порушень у катамнезі у пацієнтів із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку / О. В. Гармаш, Р. С. Назарян, Л. Г. Назаренко та ін. // Світ медицини та біології. 2013. № 4. С. 19–23.

7. Гармаш О. В., Рябоконь Є. М. Стоматологічний статус пацієнтів, народжених із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку, у період змінного й постійного прикусу // Лікарська справа. 2014. № 12. С. 77–82.

8. Macrosomia is one of risk factors for dental caries in 3-year-old infants in Japan / K. Suzuki, T. Tanaka, Z. Yamagata, H. Yokomichi // Abstracts 20th IEA World Congress of Epidemiology [Global epidemiology in a changing environment: the circumpolar perspective], Anchorage, AK, August 16–21, 2014. [Electronic recourse].

Mode of access : <https://wce.confex.com/wce/2014/webprogram/Paper3282.html>

9. Ранній розвиток дитини. Посібник для спеціалістів і батьків під ред. А. Кравцової, А. Кукурузи. Київ, 2015. 80 с.

10. Андрух В. С., Андрух В. Н. Захворювання шкіри і її придатків у новонароджених та дітей раннього віку : від простого до складного // Дитячий лікар. 2015. Т. 45, № 8. С. 46–49.

11. Delaney Meghan, Matthews Dana C. Hemolytic disease of the fetus and newborn : managing the mother, fetus, and newborn. Hematology Am Soc Hematol Educ Program 2015 ; 2015 (1) : 146–151. Doi : <https://doi.org/10.1182/asheducation-2015.1.146>

12. Уніфікований клінічний протокол спеціалізованої медичної допомоги "Жовтениця новонароджених дітей" Чинний Стандарт ГС. 2023-783 : 27.04.2023

13. Handbook of Pediatric Dentistry. Angus C. Cameron, Richard P. Widmer // Elsevier Health Sciences, Jul 10, 2013. Medical – 512.

14. Ортеменка Є. П. Особливості перебігу раннього періоду адаптації новонароджених хворих на гіпоксично-ішемічну енцефалопатію, залежно від маси тіла при народженні // Здоров'я ребенка. 2015. № 3. С. 109–113.

15. Шкурупій Д. А., Гришко Ю. М. Вікові особливості дитячого віку в аспекті перебігу і фізикальної діагностики невідкладних станів на етапі первинної медико-санітарної допомоги // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2015. Т. 15, № 4. С. 343–347.

16. Синдром дауна : адаптована клінічна настанова, заснована на доказах [Електронний ресурс] / Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України. 2015. 74 с. Режим доступу : <http://novosti.mif-ua.com/archive/article/41705>

17. Winter R. M., Baraitser M. Multiple congenital anomalies : a diagnostic compendium // New York : Springer, 1991. – 1430 p.
18. Неонатологія : навч. посіб. / за ред. Т. К. Знаменської. Київ : Асоціація неонатологів України, 2012. 880 с.
19. Чеботарьова В. Д., Майданник В. Г. Пропедевтична педіатрія : навч. посіб. Київ, 1999. С. 309–323. Режим доступу:
https://e-pidruchniki.com/content/402_1042_kistkova_sistema.html
20. Pindrik J., Schulz L., Drapeau A. Diagnosis and Surgical Management of Neonatal Hydrocephalus / Semin. Pediatr. Neurol. 2022 Jul. ;42:100969. DOI : 10.1016/j.spen.2022.100969.
21. Ластівка І. В. Мозко-око-лице-скелетний синдром // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2012. Т. 2, № 3(5). С. 143–146.
22. Kasat V. Franceschetti syndrome // Contemp. Clin. Dent. 2011 Jul ; 2(3):245-8. DOI : 10.4103/0976-237X.86480.
23. Унікальний випадок пренатальної діагностики синдрому П'єра Робена з клонічними судомами в плоді. Клінічні аспекти / І. Ю. Гордієнко та ін. // Перинатологія і педіатрія. 2016. Т. 65, № 1. С. 68–72.
24. Gupta R., Patel M., Bajaj N. Pierre Robin syndrome : a case report // International J. of Research in Medical Sciences. 2015. V. 3, N 11. P. 3432–3434.
25. Gülses A. Microstomia: a rare but serious oral manifestation of inherited disorders // In book : Advances in the study of genetic disorders. Dr. Kenji Ikehara (Ed.). InTech, 2011. P. 449–472. DOI : 10.5772/17667. Mode of access :
<http://www.intechopen.com/books/advances-in-the-study-of-genetic-disorders/microstomia-a-rare-but-serious-oral-manifestation-of-inherited-disorders>.
26. Сучасні уявлення про патогенез природжених вад лица (огляд літератури) / О. В. Цигикало та ін. // Буковинський медичний вісник. 2017. Т. 21, № 1. С. 230–234.
Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv_2017_21_1_51.
27. Смаглюк Л. В., Куліш Н. В., Лучко О. В. Посібник-атлас "Базовий курс ортодонтії". Полтава : пп Астрія, 2015. 198 с.
28. Попова О. І. Герпетична інфекція як провідна медико-соціальна проблема // Современная стоматология. 2013. № 2. С. 48–51. Режим доступу:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2013_2_14.

29. Gopalakrishnan V., Sahoo N. K., Roy I. D. Mandibular fracture in a neonate // *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* 2017. V. 46, N 1. P. 59–61. DOI : 10.1016/j.ijom.2016.08.009. Epub 2016.
30. Ghaheri B. How Does An Upper Lip-Tie Affect Breastfeeding? [Electronic recourse] // March 6, 2014. Mode of access : <http://www.drghaheri.com/blog/2014/3/6/how-does-an-upper-lip-tie-affect-breastfeeding>.
31. Moebius Syndrome : What We Know So Far. / Zaidi S. M. H. et al. // *Cureus.* 2023 Feb 19;15(2):e35187. DOI : 10.7759/cureus.35187. PMID : 36960250; PMCID : PMC10030064.
32. De novo mutations in PLXND1 and REV3L cause Möbius syndrome / L. Tomas-Roca et al. // *Nature Communications.* 2015. 6:7199. DOI :10.1038/ncomms8199.
33. Drohomiretska M., Tkachenko Y. The method of assessing the degree of glossoptosis according to clinical and X-ray anthropometrical predictors : clinical guidelines // *Georgian Medical News*, 2024, V. 350, Issue 5, p. 57.
34. Kotlow L. Diagnosis and treatment of ankyloglossia and tied maxillary fraenum in infants using Er:YAG and 1064 diode lasers // *Eur. Arch. Paediatr. Dent.* 2011. V. 12, N 2. P. 106–112.
35. Профілактика стоматологічних захворювань : підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л. Ф. Каськова [та ін.] ; за ред. проф. Л. Ф. Каськової. Харків : Факт, 2019. 392 с. : іл. ISBN 978-966-637-697-1.
36. Воляк Ю. М., Ожоган З. Р. Поширеність, етіологія і вплив зубо-щелепних аномалій на формування лицевого черепа // *Галицький лікарський вісник.* 2014. Т. 21, № 2. С. 13–16. Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/glv_2014_21_2_6
37. Гармаш О. В. Клініко-експериментальне обґрунтування методів корекції мікроциркуляторних порушень тканин пародонта в осіб із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку в анамнезі : дис. ... канд. мед. наук. Харків, 2014. 218 с.
38. Гармаш О. В. Аналіз показників стоматологічного статусу новонароджених та дітей грудного віку із макросомією, які народились із перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової // *Новини стоматології.* 2015. № 4. С. 160–162.
39. Natal and Neonatal Teeth: An Overview of the Literature / S. Mhaske et al. // *ISRN Pediatrics.* 2013:956269. Mode of access: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/956269>
40. Malki G. A., Al-Badawi E. A., Dahlan M. A. Natal Teeth: A Case Report and Reappraisal // *Case Reports in Dentistry.* 2015:147580. Mode of access: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/147580>

41. Шунько Є. Є. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні // Неонатологія, хірургія та перинат. мед. 2011. Т. 1, № 1. С. 10–16. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nkhpm_2011_1_1_4

42. Pearson G. D., Kirschner R. E. Cleft lip and palate malformations // In: Congenital malformations of the head and neck / L. M. Elden, K. B. Zur (Eds.). New York : Springer, 2014. P. 107–119.

43. Мельник В. С., Горзов Л. Ф., Халак Р. О. Дитяча хірургічна стоматологія : навч. посібник. Ужгород : Видавництво УжНУ "Говерла", 2018. – 92 с.

44. Kosovska, T. M., Chornomydz, I. B., Kosovska, V. O. (2017). Аномалад П'єра-Робена в клінічній практиці педіатра. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, (2). <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2017.2.7801>

**КАРТА РЕЄСТРАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ
НОВОНАРОДЖЕНОГО ЧИ ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ
(ДОДАТОК ДО КАРТИ РОЗВИТКУ НОВОНАРОДЖЕНОГО,
ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ДИТИНИ
АБО МЕДИЧНОЇ КАРТИ СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО)**

***Методичні вказівки
для здобувачів освіти 5-го курсу за спеціальністю "Стоматологія"
з дисципліни «Терапевтична стоматологія»***

Упорядники Любченко Ольга Валеріївна
 Гармаш Ольга Володимирівна
 Воропаєва Людмила Василівна
 Баглик Тетяна Вікторівна
 Стеблянко Людмила Вікторівна
 Крючко Алла Іванівна

Відповідальний за випуск: О. В. Любченко



Редактор, коректор Н. І. Дубська
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 4,4. Зам. № 25-55.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.