

Особливості прорізування тимчасових зубів у дітей, народжених із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку



Є.М. Рябокони¹, В.М. Хижняк², О.В. Гармаш¹

¹ Харківський національний медичний університет

² КЗОЗ «Харківська міська дитяча поліклініка № 23»

Мета роботи — порівняти терміни прорізування тимчасових зубів (кількість зубів, що прорізувалися до віку 1 рік) у дітей харківської популяції, які народилися з низьким зростом і малою масою тіла до гестаційного віку (синдром затримки внутрішньоутробного розвитку (СЗВУР)), та дітей, які мали нормальні масо-ростові параметри при народженні, на основі статистичних даних по одному з районів м. Харкова.

Матеріали та методи. Здійснено ретроспективний аналіз статистичних даних про терміни прорізування тимчасових зубів по історіях розвитку пацієнтів 1-го відділення КЗОЗ «Харківська міська дитяча поліклініка № 23» за 23 роки (з 1991 по 2013 р.).

Результати та обговорення. Розвиток зубощелепної системи у дітей з діагнозом затримки внутрішньоутробного розвитку при народженні істотно відрізняється від її стану в дітей, які мали нормальні масо-ростові параметри при народженні. У дітей, що народилися із СЗВУР, пізніше починається прорізування зубів, а в 16 % випадків було зафіксовано порушення послідовності прорізування тимчасових зубів. Переважна більшість дітей (75,6 %), які народилися з нормальними масо-ростовими параметрами до гестаційного віку, у віці 1 рік мали 6–9 зубів (кількість зубів відповідала нормі). У дітей, що народилися із затримкою внутрішньоутробного розвитку, тільки в 46 % випадків кількість зубів відповідала нормі. Близько 6 % таких дітей у віці 1 рік не мали жодного зуба.

Висновки. При оцінюванні стоматологічного статусу дітей першого року життя та, зокрема, термінів прорізування тимчасових зубів слід брати до уваги регіональні норми. У переважній більшості дітей (75,6 %), які народилися з нормальними масо-ростовими параметрами до гестаційного віку, кількість зубів у віці 1 рік відповідала нормі. Стоматологічний статус дітей, які народилися з масою тіла нижче 10 перцентилу до гестаційного віку, істотно відрізняється від статусу дітей, чий масо-ростові параметри при народженні відповідають нормі. Синдромальні, метаболічні або уроджені вади, наявні внутрішньоутробно, впливають на стоматологічний статус дитини. Тільки у 46,5 % дітей із СЗВУР в анамнезі кількість зубів у віці 1 рік відповідала нормі.

Ключові слова: синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, терміни прорізування зубів, стоматологічний статус.

Згідно із сучасними уявленнями, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку (СЗВУР) — універсальна відповідь плода на різні негативні впливи, що зачіпають систему «мати — плацента — плід» [12, 18].

Відставання антропометричних даних плода на 14 і більше діб порівняно з гестаційним віком — це фактично затримка внутрішньоутробного розвит-

ку [1]. Межею норми і патології на цьому етапі вважають десяту центильну криву стандартної для популяції маси тіла в певному гестаційному віці. Діти можуть мати при народженні: 1) малу масу тіла; 2) малий зріст; 3) малу масу тіла та малий зріст [10].

На сьогодні з кількох відомих методів діагностики СЗВУР найзручніший для оцінювання сту-

Стаття надійшла до редакції 14 грудня 2016 р.

Рябокони Євген Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедри терапевтичної стоматології
61022, м. Харків, просп. Науки, 4
E-mail: terstomxhmy@ukr.net, rjabokon@mail.ru

пенів тяжкості — перцентильний метод. Для діагностики СЗВУР застосовують перцентильні таблиці, наведені в Наказі МОЗ України № 584 від 29.08.2006 р. «Про затвердження протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».

Важливий аспект проблеми СЗВУР, який останнім часом виокремлюють науковці, — його віддалені наслідки [4, 13, 30].

Із літературних джерел відомо, що ураження органів у поєднанні з морфофункціональною незрілістю виявляється порушенням низки систем, зокрема центральної нервової, серцево-судинної, дихальної, ендокринної [2, 29].

Численні дані свідчать про зв'язок СЗВУР при народженні з розвитком у дорослому віці атеросклерозу, цукрового діабету, гіпертонічної та ішемічної хвороб, інсультів головного мозку [15, 16, 23].

Також досліджували розвиток у дорослому віці гіпертензії, ожиріння й діабету 2 типу, асоційованих з перенесеною затримкою внутрішньоутробного розвитку [14, 21, 22, 24, 25].

Дослідники виявили істотні особливості фізичного і статевого становлення, різні скелетні диспропорції, порушення послідовності появи вторинних статевих ознак і ступінь їх вираженості під час вивчення віддалених наслідків СЗВУР у дітей віком від 10 до 17 років. У дівчат із СЗВУР в анамнезі порушення менструальної функції реєструють частіше, ніж у популяції. Чим тяжчий ступінь СЗВУР та гемодинамічні порушення, тим гірший не лише перинатальний прогноз, а й прогноз для здоров'я [12].

Незважаючи на те, що безпосередні й віддалені наслідки СЗВУР — давно відома й дуже добре розроблена вітчизняними та іноземними науковцями тема, дотепер залишається багато невивчених аспектів.

Значна частина системних порушень в організмі має відображення в ротовій порожнині [6, 7, 19].

Мала маса тіла при народженні асоційована з появою гіпоплазії емалі як тимчасових, так і постійних зубів. Дефіцит поживних речовин, наявний в організмі в період формування, впливає на розміри зубів. Є відомості про аномальне формування слинних залоз, що своєю чергою збільшує вірогідність карієсу тимчасових зубів у цієї групи дітей [20].

Прорізування зубів — динамічний процес, який є невід'ємною складовою частиною формування щелепно-лицьової ділянки та важливою віхою розвитку дитини [28].

Існують відомості про расові, етнічні, географічні чинники, які впливають на особливості прорізування зубів. Також на цей процес впливає стать дитини та цілий спектр індивідуальних факторів [17]. Широке коло генетичних захворювань зумовлює затримку прорізування тимчасових зубів. Низка метаболічних зсувів може викликати затримку прорізування тимчасових

зубів: вітамін D-резистентний рахіт, ендокринні розлади (гіпотиреоз, гіпопаратиреоз), хіміотерапія, ВІЛ-інфекція, церебральний параліч, анемія, целіакія, народження раніше строку, мала маса тіла при народженні, іхтіоз, ниркова недостатність тощо [28].

У нашій попередній роботі ми визначили кореляційні зв'язки між діагнозами «СЗВУР», «гіпотрофія» та «народженням дитини до строку», встановленими в дитини при народженні, і пізнім прорізуванням зубів (яке визначають за кількістю зубів, що прорізувалися до віку 1 рік) на основі статистичних даних по одному з районів м. Харкова. Загальноприйнято, що ступінь розвитку зубощелепної системи оцінюють за кількістю зубів до віку 1 рік. У нормі до 1 року в дитини має бути в середньому 8 зубів [11]. Але останнім часом з'явилася значна кількість публікацій, у яких автори вказують на затримку прорізування тимчасових зубів або, навпаки, на пов'язану з акселерацією тенденцію до передчасного прорізування [5, 8, 9].

Отже, викликає науковий інтерес дослідження регіональних норм прорізування тимчасових зубів у дітей харківської популяції, а також термінів прорізування тимчасових зубів у дітей, які народилися із СЗВУР, на більшому фактичному матеріалі.

Мета роботи — порівняти терміни прорізування тимчасових зубів (кількість зубів, що прорізувалися до віку 1 рік) у дітей харківської популяції, які народилися маленькими до гестаційного віку (СЗВУР), та дітей, які мали нормальні масо-ростові параметри при народженні, на основі статистичних даних по одному з районів м. Харкова.

Матеріали та методи

Здійснено ретроспективний аналіз історій розвитку пацієнтів Першого відділення комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська дитяча поліклініка № 23». У ході дослідження аналізували історії розвитку дітей, які народилися з 1991 по 2013 р. Виокремлено дві групи пацієнтів.

1. Діти, які народилися в строк (народжені після 37 тижнів гестаційного віку) зі зростом і масою тіла, відповідними гестаційному віку, — усього 322 дитини (174 хлопчики і 148 дівчаток).

2. Діти, які народилися в строк, але маленькими для гестаційного віку, із СЗВУР в анамнезі — усього 148 дітей (73 хлопчики і 75 дівчаток).

Результати та обговорення

У таблиці представлено загальний обсяг статистичної вибірки та розподіл кількості дітей по групах. Усього досліджено 5510 історій розвитку дітей, з них приблизно 5 % дітей народилися з малою масою тіла до гестаційного віку.

На думку деяких науковців, штучне вигодовування зумовлює більш раннє прорізування тим-

Таблиця

Статистичні дані про кількість дітей, які перебували на обліку в першому відділенні поліклініки, кількість новонароджених у різні роки, кількість досліджених історій розвитку дітей та їх розподіл по групах

Рік народження	Діти, які народилися в строк зі зростом і масою тіла, відповідними терміну гестації — нормосомі (хлопчики/дівчатка)	Діти, які народилися в строк з масою тіла нижче 10 перцентилу — СЗВУР (хлопчики/дівчатка)	Усього дітей, які народилися за рік	Кількість досліджених історій розвитку дітей	Усього дітей на обліку в першому відділенні поліклініки
1991	4 (2/2)	14 (7/7)	364	293	12,400
1992	4 (2/2)	14 (7/7)	319	265	12,340
1993	9 (5/4)	14 (7/7)	348	210	11,989
1994	7 (2/5)	14 (8/6)	354	223	12,671
1995	7 (3/4)	14 (7/7)	390	212	12,650
1996	5 (2/3)	14 (7/7)	421	198	12,684
1997	6 (2/4)	14 (7/7)	463	188	12,640
1998	6 (3/3)	14 (6/8)	411	186	12,600
1999	6 (3/3)	14 (9/5)	442	147	12,680
2000	5 (3/2)	14 (7/7)	412	182	12,760
2001	4 (3/1)	14 (7/7)	426	191	10,141
2002	7 (4/3)	14 (7/7)	434	212	10,200
2003	9 (6/3)	14 (8/6)	425	216	8,801
2004	8 (4/4)	14 (7/7)	411	212	7,200
2005	7 (4/3)	14 (8/6Δ)	419	264	7,149
2006	4 (1/3)	14 (7/7)	388	254	7,168
2007	8 (4/4)	14 (6/8)	394	278	7,088
2008	9 (4/5)	14 (7/7)	424	271	7,213
2009	8 (3/5)	14 (8/6)	389	270	7,005
2010	6 (2/4)	14 (9/5)	410	292	7,100
2011	6 (4/2)	14 (12/2)	398	313	7,164
2012	5 (3/2)	14 (8/6)	420	337	7,207
2013	8 (4/4)	14 (8/6)	404	296	7,282

часових зубів [3]. Інші вчені вважають, що підґрунтям для більш раннього прорізування тимчасових зубів слугує грудне вигодовування дітей першого року життя [31]. Згідно з даними, узятими з історій розвитку дітей, 233 (72 %) дитини-нормосомі та 101 (68 %) дитина із СЗВУР перебували на грудному вигодовуванні 6 міс або більше. Отже, вплив грудного вигодовування на терміни прорізування зубів у вибраних групах дітей практично рівнозначний.

У дітей, які народилися в термін зі зростом і масою тіла, відповідними гестаційному віку (нормосомі), у більшості випадків прорізування тимчасових зубів почалося у віці 6 міс; лише у 48 (15 %) дітей прорізування почалося в 9 міс і пізніше. Натомість у групі дітей із СЗВУР у 104 (70 %) осіб у віці 6 міс прорізування зубів не розпочалося.

Десять і більше зубів (від 10 до 14) мали 20 (6,2 %) дітей групи нормосомів. У цій групі 6–9 зубів мали 244 (75,6 %), 4–5 зубів — 43 (13,5 %), по 2–3 зуби — 14 (4,4 %) дітей. Також ми

зафіксували 1 (0,3 %) випадок відсутності зубів у дитини у віці 1 рік. Отже, у переважної більшості дітей цієї групи кількість зубів, що прорізувалися до віку 1 рік, відповідала нормі.

Іншу картину спостерігали в дітей, які народилися із СЗВУР. До зазначеного терміну більше ніж 8 зубів не прорізувалося в жодній дитині цієї групи. Виявилося, що лише у 69 (46,5 %) дітей до 1 року було 6 і більше зубів. У 50 (33,5 %) дітей було 4–5, у 20 (14,0 %) — по 2–3 зуби. Особливо слід відзначити, що у 9 (6,0 %) дітей із СЗВУР в анамнезі до 1 року не прорізувався жоден зуб. Цікаво, на наш погляд, те, що у всіх випадках зуби були відсутні у дівчаток. Дослідники відзначають пряму залежність між масою тіла при народженні й кількістю зубів, які прорізаються до 1 року [26, 27]. Їхні висновки узгоджуються з результатами нашого дослідження.

Фізіологічний процес прорізування зубів характеризується послідовністю та парністю (одночасна поява симетричних зубів). У нашому дослідженні порушення послідовності прорізування

зубів виявлено у 24 (16,0 %) дітей із СЗВУР в анамнезі.

Отже, у дітей із СЗВУР в анамнезі під впливом глибоких несприятливих змін, перенесених внутрішньоутробно, відбувається затримка внутрішньоцелюлової мінералізації зубів, що своєю чергою призводить до запізненого розвитку тканин краніо-фасіального комплексу.

Висновки

1. При оцінюванні стоматологічного статусу дітей першого року життя та, зокрема, термінів прорізування тимчасових зубів слід брати до

уваги регіональні норми. У переважній більшості дітей (75,6 %), які народилися з нормальними масо-ростовими параметрами до гестаційного віку, кількість зубів у віці 1 рік відповідала нормі.

2. Стоматологічний статус дітей, які народилися з масою тіла нижче 10 перцентилю до гестаційного віку, істотно відрізняється від статусу дітей, чий масо-ростові параметри при народженні відповідали нормі. Синдромальні, метаболічні або уроджені вади, наявні внутрішньоутробно, впливають на стоматологічний статус дитини. Тільки у 46,5 % дітей із СЗВУР в анамнезі кількість зубів у віці 1 рік відповідала нормі.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, збір, обробка матеріалу, написання тексту, статистичне опрацювання даних — О.В. Гармаш; редагування тексту — Є.М. Рябоконт, В.М. Хижняк.

ЛІТЕРАТУРА

1. Артымук Н.В., Марочко Т.Ю., Сутулина И.М., Черных А.А. Основные понятия в акушерстве, перинатологии и неонатологии: учебное пособие. — Кемерово: КемГМА, 2007. — 109 с.
2. Бушуева Э.В. Состояние здоровья доношенных детей с задержкой внутриутробного развития и крупной массой тела при рождении в отдаленные периоды жизни (комплексное клинико-социальное исследование по материалам Чувашской Республики): автореф. дис. ...д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение», 14.01.08 «Педиатрия». — Казань, 2010. — 40 с.
3. Галактионова М.Ю., Измествьева О.В. Сроки прорезывания временных зубов и характер вскармливания детей первого года жизни // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2012. — № 1 (48). — С. 52—55.
4. Гансбургский А.Н. и др. Новорожденный ребенок: основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений: руководство для врачей / Под ред. Н.Л. Черной, В.В. Шилкиной. — СПб: СпецЛит, 2009. — 350 с.
5. Гармаш О.В., Лихачева Н.В., Хижняк В.М., Копытов А.А. Различия в сроках прорезывания временных зубов у детей с диагнозами рожденный до срока, пренатальная гипотрофия и синдром задержки внутриутробного развития // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. — 2013. — 22—1, № 11 (154). — С. 43—47.
6. Гармаш О.В., Назарян Р.С., Назаренко Л.Г. и др. Гемодинамические нарушения — патогенетическая основа патологии тканей челюстно-лицевой области и церебральных нарушений в катанезе у пациентов с синдромом задержки внутриутробного развития // *Світ медицини та біології*. — 2013. — № 4. — С. 19—23.
7. Гармаш О.В., Рябоконт 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. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология: нац. рук. — М.: ГОЭТАР Медиа, 2010. — 896 с.
9. Миллер О.В. Характеристика сроков прорезывания временных зубов у детей раннего возраста, проживающих в крупном промышленном центре (на примере г. Красноярск): дис. ...канд. мед. наук: 14.01.14. — Красноярск, 2012. — 112 с.
10. Нагаева Е.В. Внутриутробная задержка роста // *Педиатрия*. — 2009. — № 5. — С. 140—146.
11. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. — К.: Книга плюс, 2007. — 816 с.
12. Хурасева А.Б. Современные представления об этиопатогенезе задержки внутриутробного развития плода // *Consilium Medicum Ukraina*. — 2010. — № 6. — С. 14—17.
13. Яковцова А.Ф., Сорокина И.В., Алешенко И.Е. Иммунная система человека при крупноплодии и ЗВРП. — Х.: Антикава, 2004. — 218 с.
14. Barker D.J. The developmental origins of chronic adult disease // *Acta Paediatr. Suppl.* — 2004. — Vol. 93, N 446. — P. 26—33.
15. Barker D.J. The malnourished baby and infant // *Br. Med.* — 2001. — Vol. 60. — P. 69—88.
16. Chatalein P. Children born with intra-uterine growth retardation (iugr) or small for gestational age (sga): long term growth and metabolic consequences // *Endocrine regulations*. — 2000. — Vol. 33. — P. 33—36.
17. Contemporary orthodontics / Ed. W.R. Proffit, H.W. Fields, D.M. Sarver. — 3rd ed. — Mosby Inc, 2000. — 754 p.
18. Diderholm B. Perinatal energy metabolism with reference to IUGR & SGA: Studies in pregnant women & newborn infants // *Indian. J. Med. Res.* — 2009. — Vol. 130, N 5. — P. 612—617.
19. Diniz M.B., Coldebella C.R., Zuanon A.C.C., Cordeiro R.C.L. Oral abnormalities in preterm and low birth weight infants: the importance of the relationship between pediatricians and pediatric dentists // *Rev. paul. pediatr.* [online]. — 2011. — Vol. 29, N 3. — P. 440—453. — Mode of access: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300022>. (5.11.2016). — Title from the screen.
20. Dorsky R. Nutrition and oral health // *Gen Dent.* — 2001. — Vol. 49 (6). — P. 576—582.
21. Eriksson J.G., Forsen T., Tuomilehto J. et al. Effects of size at birth and childhood growth on the insulin resistance syndrome in elderly individuals // *Diabetologia*. — 2002. — Vol. 45, N 3. — P. 342—348.
22. Fattal-Valevski A., Toledano-Alhadeef H., Golander A. et al. Endocrine profile of children with intrauterine growth retardation // *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* — 2005. — Vol. 18, N 7. — P. 671—676.
23. Godfrey K.M., Inskip H.M., Hanson M.A. The long-term effects of prenatal development on growth and metabolism // *Semin. Reprod. Med.* — 2011. — Vol. 29, N 3. — P. 257—265.
24. Gortner L. Intrauterine growth restriction and risk for arterial hypertension: a causal relationship? // *J. Perinat. Med.* — 2007. — Vol. 35, N 5. — P. 361—365.
25. Jansson T., Powell T.L. Role of the placenta in fetal programming: underlying mechanisms and potential interventional approaches // *Clin. Sci. (Lond.)*. — 2007. — Vol. 113, N 1. — P. 1—13.
26. Peedikayil F.C. Delayed tooth eruption // *E-Journal of Dentistry*. — 2011. — Vol. 1, N 4. — P. 81—86. — Mode of access: <http://www.ejournalofdentistry.com/ebook/Issue4/index.html> (07.09.2012). — Title from the screen.
27. Seow W.K. Effects of preterm birth on oral growth and development // *Australian Dental Journal*. — 1997. — Vol. 42, N 2. — P. 85—91.
28. Suri L., Gagari E., Vastardis H. Delayed tooth eruption: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. A literature review // *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* — 2004. — Vol. 126. — P. 432—445.
29. Valcamonica A., Accorsi P., Sanzeni C. et al. Mid- and long-term outcome of extremely low birth weight (ELBW) infants: An analysis of prognostic factors // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* — 2007. — Vol. 20, N 6. — P. 465—471.
30. Verkauskienė R., Beltrand J., Claris O. et al. Impact of fetal growth restriction on body composition and hormonal status at birth in infants of small and appropriate weight for gestational age // *Eur. J. Endocrinol.* — 2007. — Vol. 157, N 5. — P. 605—612.
31. Zataar H., Abd El. Nasser Soliman. Sequence and timing of emergence of primary teeth in Egyptian children and in relation to sexual dimorphism and type of feeding // *Cairo Dent. J.* — 2004. — Vol. 20, N 3. — P. 503—508.

Особенности прорезывания временных зубов у детей, рожденных с синдромом задержки внутриутробного развития

Е.Н. Рябоконт¹, В.М. Хижняк², О.В. Гармаш¹

¹ Харьковський національний медичинський університет

² КУЗ «Харьковская городская детская поликлиника № 23»

Цель работы — сравнить сроки прорезывания временных зубов (количество зубов, прорезавшихся к возрасту 1 год) у детей харьковской популяции, которые родились с маленьким ростом и маленькой массой тела к гестационному возрасту (синдром задержки внутриутробного развития (СЗВУР)), и детей, которые имели нормальные массо-ростовые параметры при рождении, на основе статистических данных по одному из районов Харькова.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических данных о сроках прорезывания временных зубов по историям развития пациентов 1-го отделения КУЗ «Харьковская городская детская поликлиника № 23» за 23 года (с 1991 по 2013 г.).

Результаты и обсуждение. Развитие зубочелюстной системы у детей с диагнозом задержки внутриутробного развития при рождении существенно отличается от ее состояния у детей, имеющих нормальные массо-ростовые параметры при рождении. У детей, родившихся с СЗВУР, наблюдалось более позднее начало прорезывания зубов, и в 16 % случаев было зафиксировано нарушение последовательности прорезывания временных зубов. Подавляющее большинство детей (75,6 %), родившихся с нормальными массо-ростовыми параметрами к гестационному возрасту, в возрасте 1 год имели 6–9 зубов (количество зубов соответствовало норме). У детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития, только в 46 % случаев количество зубов соответствовало норме. Около 6 % таких детей к году не имели ни одного прорезавшегося зуба.

Выводы. При оценке стоматологического статуса детей первого года жизни и, в частности, сроков прорезывания временных зубов следует учитывать региональные нормы. У подавляющего большинства детей (75,6 %), которые родились с нормальными массо-ростовыми параметрами до гестационного возраста, количество зубов в возрасте 1 год соответствовало норме. Стоматологический статус детей, родившихся с массой тела ниже 10 перцентиля к гестационному возрасту, существенно отличается от статуса детей, чьи массо-ростовые параметры при рождении соответствуют норме. Синдромальные, метаболические или врожденные дефекты, имеющиеся внутриутробно, влияют на стоматологический статус ребенка. Только в 46,5 % детей с СЗВУР в анамнезе количество зубов в возрасте 1 год соответствовало норме.

Ключевые слова: синдром задержки внутриутробного развития, сроки прорезывания зубов, стоматологический статус.

Features of eruption of deciduous teeth in children born with intrauterine growth retardation syndrome

Є.М. Rabokon¹, V.M. Khyzhnyak², O.V. Garmash¹

¹ Kharkiv Municipal Children's Clinic № 23

² Kharkiv National Medical University

The aim — to compare the terms of deciduous teeth eruption (number of teeth that erupted under the age of one year) in Kharkiv' population in children who were born small for gestational age (IUGR) and in children who had normal weight and growth parameters at birth, based on the statistical data from one Kharkiv' region.

Materials and methods. A retrospective analysis of statistical data of the terms of deciduous teeth eruption using medical records of patients of the first division «Kharkiv City Children's Clinic № 23», Kiev' district of Kharkiv for 23 years (during the period 1991–2013) was done.

Results and discussion. It was proved that the development of the dentition in children with IUGR at birth is significantly different from that in children born with normal weight and growth parameters.

In children born with IUGR teething begins later, and in 16 % of cases disorders of sequence of deciduous teeth eruption were reported. The majority of children (75.6 %) who were born with normal weight and growth parameters for gestational age, at the age of 1 year had 6–9 teeth (number of teeth corresponded to normal). In children born with IUGR only 46 % had the number of teeth corresponded to normal. About 6 % of these children at 1 year of age did not have any erupted tooth.

Conclusions. In assessing of the dental status of infants (in particular, the terms of eruption of deciduous teeth) it should be taken into account the regional norms. In the vast majority of children (75.6 %) who were born with normal weight and growth parameters for gestational age, number of teeth at age of 1 year corresponded to normal. Dental status in children born with birth weight below the 10 percentile to gestational age, was significantly different compared to the status of children whose weight and height parameters at birth corresponded to normal. Syndromic, metabolic or congenital malformations that are present in utero have an impact on the dental status of the child. Only 46.5 % of children with a history IUGR at 1 year of age had the number of teeth corresponding to the norm.

Key words: intrauterine growth retardation syndrome, term teething, dental status.