

# SPECIFICUL AFECȚIUNILOR CAVITĂȚII ORALE LA COPII CU PATOLOGIE ENDOCRINĂ

**Elena Stepco,**  
doctor în medicină,  
conferențiar universitar

Catedra Chirurgie OMF  
pediatrică, Pedodontie  
și Ortodontie, USMF  
„Nicolae Testemițanu“

**Victoria Vudu,**  
rezident anul I

Facultatea Stomatologie,  
USMF „Nicolae  
Testemițanu“

## Rezumat

Scopul prezentei lucrări a constituit studiul frecvenței afecțiunilor cavității orale și specificul acestora la copiii cu patologie endocrină. Subiectul cercetării au fost 371 de copii: 181 de fete (48,8%) și 190 de băieți (51,3%). Cele mai frecvente patologii endocrine în acest grup de pacienți au fost: diabetul zaharat — 258 de copii (69,5%), obezitate — 37 de copii (9,9%), patologia glandei tiroide — 27 de copii (7,2%), hipostatură constituțională — 24 de copii (6,4%), patologia hipotalamo-hipofizară — 13 de copii, (3,5%). Afecțiunile stomatologice au fost depistate mai frecvent la copiii cu diabet zaharat: gingivita în 81% de cazuri, caria dentară în 74% de cazuri, leziuni ale mucoasei orale în 32% de cazuri, candidoza mucoasei orale în 9% de cazuri. Alte endocrinopatii sunt însoțite de tulburări ale erupției dentare, ale formării dinților, afecțiuni ale limbii, gingiilor, mucoasei orale și glandelor salivare.

**Cuvinte cheie:** patologie endocrină, diabet zaharat, patologia glandei tiroide.

## Summary

### THE PECULIARITY OF THE ORAL CAVITY DISORDERS IN CHILDREN WITH ENDOCRINE PATHOLOGY

The aim of this work was the study of oral disorders frequency and their specificity in children with endocrine pathology. The subject of the research were 371 children: 181 girls (48.8%) and 190 boys (51.3%). The most common endocrine diseases in this group of patients were: diabetes — 258 children (69.5%), obesity — 37 children (9.9%), thyroid pathology — 27 children (7.2%), constitutional hypostature -24 children (6.4%), hypothalamic-pituitary pathology — 13 children (3.5%). Dental diseases were found more frequently in children with diabetes: gingivitis in 81% of cases, tooth decay in 74% of cases, oral mucosal lesions in 32% of cases, oral mucosal candidiasis in 9% of cases. Other endocrinopathies are accompanied by disorders of tooth eruption and formation, diseases of the tongue, gums, oral mucosa and salivary glands.

**Key words:** endocrine pathology, diabetes mellitus, thyroid pathology.

## Introducere

Sănătatea orală, la fel ca și sănătatea somatică și psihică este determinată de o serie de factori, printre care un rol deosebit revine factorilor endocrini. Sistemul endocrin deține un rol major în dezvoltarea armonioasă a dentiției și menținerea sănătății orale pe întreaga perioadă a vieții. Disfuncțiile glandelor endocrine provoacă dereglări ale metabolismului organismului și ca urmare — leziuni trofice. Afecțiuni ale cavității orale sunt depistate în diabetul zaharat (DZ), în patologia glandelor tiroide, paratiroide, sexuale și a sistemului hipotalamo-hipofizar[16].

Manifestările stomatologice deseori au un rol de diagnostic preventiv, deoarece unele din ele depășesc în timp apariția simptomelor clinice generale a patologiei endocrine. Conform datelor statistice, circa 25% din pacienții cu DZ, pentru prima dată sunt informați despre această patologie de medicul stomatolog [11,16].

Endocrinopatiile se acompaniază de o multitudine de dereglări ale sistemului stomatognat, printre care: tulburări ale erupției dentare (accelerată, întârziată, vicioasă), ale formării dinților (displazii dentare) și troficității smalțului și dentei (distrofii dentare), ale oaselor maxilare (micrognație, retrognație, prognatism mandibular, osteoliză), ale buzelor (macrocheilite), ale limbii (macroglisie, glosite) și ale gingiilor (hipotrofie gingivală, hiperplazie gingivală, gingivite), ale mu-

coasei bucale și glandelor salivare (hiposalivație, hipersalivație, litiază salivară) consecința fiind edentația precoce, incidența crescută a cariilor, fracturi dentare, complicațiile infecțioase și tulburările de masticție și deglutiție [1,6].

Cunoașterea particularităților modificărilor sistemului stomatognat în patologia endocrină indiscutabil va favoriza depistarea precoce a stadiilor incipiente ale dezvoltării bolilor endocrine, precum și a manifestărilor patologiilor oro-maxilo-faciale și selectării metodelor de tratament.

Luând în considerație faptul că afecțiunile orale la copii au o frecvență sporită și are loc „întinerirea“ bolilor endocrine, actualitatea studierii manifestărilor bolilor endocrine la nivelul cavității orale la copii devine indiscutabilă.

**Scopul** prezentei lucrări a constituit studiul frecvenței afecțiunilor cavității orale și specificul acestora la copiii cu patologie endocrină.

**Materiale și metode de cercetare**

Au fost examinați 371 copii internați în secția endocrinologie a SCR de copii „Emilian Coțaga“, în perioada septembrie 2013 — martie 2014.

Pentru realizarea scopurilor și obiectivelor trasate am utilizat metode investigaționale epidemiologice și clinice.

În vederea obținerii datelor cu privire la frecvența patologiilor endocrine la copii în Republica Moldova ulterior și stabilirea frecvenței manifestărilor patologice orale, am cercetat răspândirea acestor patologii printr-un studiu statistic, pentru perioada septembrie 2013 — martie 2014.

Lotul studiului a cuprins 371 pacienți, fiind supuși cercetării personale, utilizând ca metode de analiză: examenul clinic, examenul exo- și endobucal.

**Rezultate**

Din numărul total de copii examinați — 371, 181 au fost de sex feminin (48,8%) și 190 de sex masculin (51,3%). Dintre aceștia, 258 de copii au fost diagnosticați cu DZ, ceea ce alcătuia 69,5%; 27 copii suferau de patologia glandei tiroide (7,2%), dintre care 14 — de hipotiroidie, 3 — de hipertiroidie, 10 — au avut funcția normală a glandei tiroide; la 13 copii s-a depistat patologia hipotalamo-hipofizară (3,5%); de obezitate suferau 37 copii (9,9%); 7 copii suferau de pubertate precoce (1,8%), de geneză cortico-suprarenală — 4 și de geneză hipotalamică — 3copii; de hipostatură constituțională — 24 copii (6,4%); 5 copii aveau patologia gonadelor cu hipogonadism (1,3%) — S-m Turner — 3 fete, insuficiență ovariană postinfecțioasă — 2 fete.

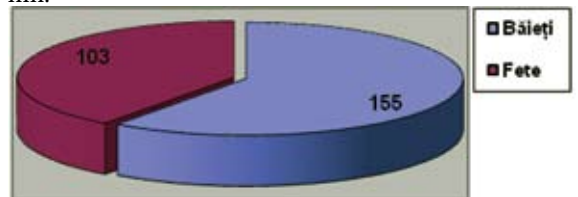
Repartizarea pacienților cu patologie endocrină în conformitate cu unitățile nozologice este prezentată în fig.1.

În rezultatul examenului clinic al copiilor cu patologie endocrină, am stabilit că 258 de copii erau diagnosticați cu DZ , ceea ce alcătuia 69,5%; dintre ei 20 de copii au fost depistați primar, iar 10 copii prezentau alterarea glicemiei bazale — stare de prediabet.



**Fig.1.** Repartizarea pacienților cu patologia endocrină după unitățile nozologice

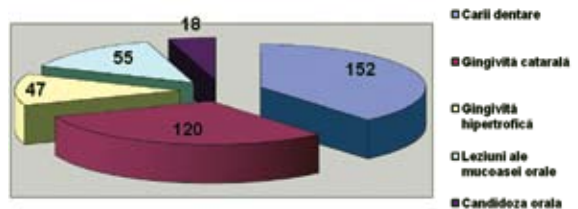
Analiza pacienților cu DZ după sex (vezi fig. 2) denotă că, din cei 258 de pacienți, 155 de copii (60%) erau de sex masculin, iar 103 (40%) — de sex feminin.



**Fig. 2.** Repartizarea pacienților cu diabet zaharat după sex

Spectrul afecțiunilor cavității orale la copii investigați a fost variat.

Repartizarea patologiilor sistemului stomatognat (în cifre absolute) la copiii cu DZ tip1 este prezentată în fig.3.



**Fig. 3.** Repartizarea patologiilor cavității orale la copiii cu DZ tip1

La copiii cu alterarea glicemiei bazale nu s-au depistat schimbări în cavitatea orală, iar la cei 20 copii cu DZ tip 1 depistat primar și cu durata bolii mai mică de 2 ani (22 pacienți) s-au înregistrat afecțiuni minore. Manifestarea mai frecvent depistată a fost xerostomia (fig. 4), care s-a înregistrat la 38 copii, ceea ce a constituit 90% din acest grup, iar cheilita — la 22 copii (52%) (fig. 5).



**Fig. 4.** Xerostomie la un băiat cu DZ tp I



**Fig. 5.** Cheilită angulară la un băiat cu DZ tip I

Au fost depistate carii dentare la 31 copii (74%) și afectarea parodontului manifestate prin inflamație, hiperemie pronunțată, edem, dar și hemoragia papilelor și gingiei marginale la atingeri ușoare — la 24 copii (57%).

Pacienții cu DZ tip 1 cu durata bolii de 2 ani și mai mult (206 copii) au prezentat variate afecțiuni ale cavității orale, unele cu forme severe de manifestare. Cea mai frecventă afecțiune a fost gingivita catarală, care s-a depistat, la 120 copii, ceea ce a constituit 58%, preponderent la vârsta de 5-10 ani. Gingivita hipertrofică s-a depistat la 47 copii cu DZ decompensat (23%), în special la copii cu vârsta de 12-16 ani.

Diminuarea fluxului salivar la copii diabetici reprezintă un factor de risc pentru apariția și dezvoltarea cariilor dentare, astfel cariile dentare multiple au fost înregistrate la 152 copii (74%), cu afectare preponderentă a molarilor. Caria dinților temporari a fost depistată la 12 copii (6%).



**Fig. 6.** Cheilită unghiulară la o pacientă de 15 ani, cu durata DZ tip 1 de 8 ani



**Fig. 7.** Carioactivitate sporită la o pacientă de 15 ani, cu durata DZ tip 1 de 8 ani

Candidoza orală a fost prezentă la 18 copii cu DZ decompensat (9%), limba fiind acoperită cu depuneri albicioase, cremoase, bine delimitate (fig. 8 și fig. 9). Stomatita candidomicotică interesează întreaga mucoasă bucală, dar cu predilecție mucoasa jugală, limbă și vălul palatin.



**Fig. 8.** Cheilită și candidoza bucală



**Fig. 9.** Limba acoperită cu depuneri albicioase, cremoase — candidoză orală

În procesul studiului am examinat 3 pacienți cu DZ cu perioada de evoluție între 8 și 10 ani, care au acuzat dureri locale, senzație de arsură, care au făcut dificilă alimentația, la care nu au fost prezente modificări intrabucale, astfel bănuind sindromul „gurii arzinde“.

Leziunile orale ale mucoasei, care nu au fost cauzate de infecția candidozică ca stomatită aftoasă recurentă, limbă geografică, limbă fisurată, fibroame, iritații și ulcere traumatice — au fost raportate la 65 pacienți cu DZ, ceea ce a constituit 32%.

La examenul clinic al unui copil de 17 ani cu durata DZ tip 1 de 8 ani, decompensat la momentul internării, s-a depistat adenoflegmon submandibular bilateral (fig.10, fig.11). Pe lângă manifestările orale precum: xerostomie, carii dentare multiple, cheilită, candidoză orală s-a înregistrat și regenerare deficitară a țesuturilor moi. Regenerarea întârziată poate fi întâlnită frecvent în DZ decompensat, deoarece insulina joacă un rol important în metabolismul proteic, având un efect anabolic.



Fig. 10. Adenoflegmon submandibular bilateral



Fig. 11. Regenerare deficitară a țesuturilor moi

Au fost investigați 27 copii cu patologia glandei tiroide (7,2%), dintre care 14 — cu hipotiroidie, 3 — cu hipertiroidie, 10 — cu funcția glandei tiroide normală.

Repartizarea pacienților cu patologia glandei tiroide după sex (fig. 12) denotă că, din cei 27 copii, 22 erau de sex feminin, iar 5 — de sex masculin.

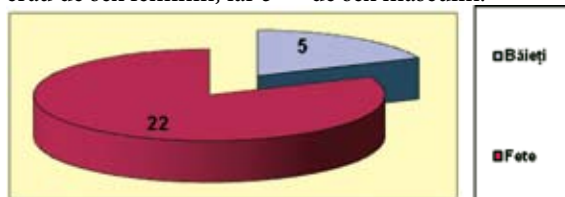


Fig. 12. Repartizarea pacienților cu patologia glandei tiroide după sex

Copii cu hipotiroidie au prezentat următoarele manifestări patologice orale: dereglări de erupție, anomalii dentare de volum — microdonție, de structură — hipoplazie de sistem, de culoare, carii dentare, macrocheilită, macroglosie.

Repartizarea patologiilor cavității bucale (în cifre absolute) la copii cu hipotiroidie este prezentată în fig. 13.

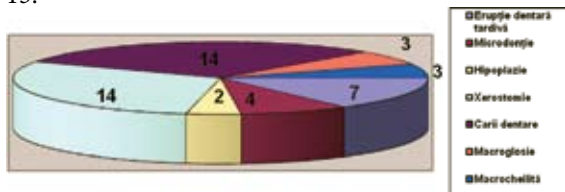


Fig. 13. Repartizarea patologiilor cavității orale la copii cu hipotiroidie

La 7 copii cu hipotiroidie s-a semnalat erupție dentară tardivă (50%). Un băiat cu vârsta de 9 ani nu avea erupt nici un dinte permanent, cu excepția primului molar, iar o fată de 14 ani avea în cavitatea orală erupti doar incisivii permanenți, primul premolar și primul molar. Copii cu dereglări de erupție au prezentat și anomalii dentare de volum — 4 copii au fost diagnosticați cu microdonție (28%), 2 copii — cu anomalii de structură — hipoplazie de sistem (14%) și 2 (14%) cu dereglări de culoare — dinții aveau o nuanță de galben gri (fig. 14), 3 copii au prezentat macrocheilită asociată cu macroglosie (21%). Xerostomie și leziuni carioase au fost prezente la toți 14 copii cu hipotiroidie (100%), cu preponderență localizate la nivelul dinților temporari.



Fig. 14. Hipoplazie la pacient cu hipotiroidie

La copii cu hipertiroidie, cu vârste de 8, 10 și 11 ani s-a înregistrat erupție dentară accelerată (100%), atât la nivelul dentiției temporare cât și a celei definitive. Din spusele mamelor pacienților, deja la vârsta de mai puțin de 1,5 ani era prezent și molarul 2 temporar, iar la 8 ani erau erupti premolarii și caninii permanenți. La toți 3 copii cu hipertiroidie, s-au înregistrat carii dentare (100%), gingivită hipertrofică (67%), iar 1 copil a prezentat acuze de senzație de arsură în gură, însoțită de durere și xerostomie — sindromul „gurii arzânde“.

Cei 10 copii cu funcția normală a glandei tiroide nu au prezentat modificări dentare specifice, dar toți au avut carii dentare multiple, ceea ce nu a fost obligator în corelație cu patologia glandei tiroide.

13 copii sufereau de patologia hipotalamo-hipofizară (3,5%): nanism hipofizar, bazofilism juvenil, distrofie adipozo-genitală. Cele mai multe modificări dentare au fost depistate la copiii care sufereau de nanism hipofizar (3 copii). Aceștia prezentau arcade dentare hipodezvoltate — micrognatie, cu întârzierea erupției premolarilor dentiției permanente — 1 copil de 8 ani nu avea erupt primul molar, iar la un copil de 14 ani nu erau erupti caninii, premolarul unu și doi și molarul secund.

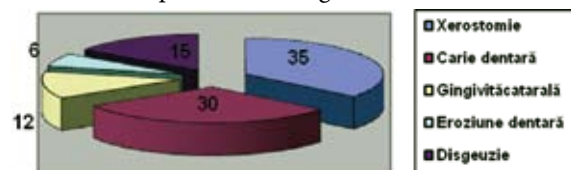
Din 371 copii investigați, 37 aveau obezitate (9,9%). Principalele modificări dentare determinate la acești copii au fost: xerostomia — la 35 copii (95%), caria dentară — la 30 copii (81%), disgeuzie — la 15

copii (40%), gingivită catarală — la 12 copii (32%) și 6 copii au prezentat eroziune dentară (16%). Copii cu eroziuni dentare au prezentat modificări ale formei dintelui, aspect îngălbenit al dinților și aspect translucid al marginii dinților.



**Fig. 15.** Erupție întârziată la un băiat de 14 ani diagnosticat cu nanism hipofizar

Repartizarea patologiilor cavității orale la copii cu obezitate este prezentată în fig. 16.



**Fig. 16.** Spectrul patologiilor cavității orale la copii cu obezitate

Copii cu hipostatură constituțională — 24 (6,4%) au prezentat modificări dentare legate de erupția dinților primari și secundari, care a fost amânată până la 1,5 ani, malpoziție dentară, microdonție și carii multiple (fig. 17).



**Fig. 17.** Carie multiplă a dinților temporari asociată cu erupție întârziată și malpoziție dentară la băiat de 8 ani cu hipostatură constituțională

7 copii din cei investigați sufereau de pubertate precoce (1,8%), de genază cortico-suprarenală — 4 și de genază hipotalamică — 3;

Principalele manifestări dentare au fost erupția dentară accelerată, macroglosie, macrocheilită, gingivită, glosită, prezența petelor pigmentare brune, neregulate pe mucoasa jugală și limbă.



**Fig. 18.** Erupție dentară accelerată, macrocheilită și hiperpigmentația buzelor la băiat de 6 ani diagnosticat cu pubertate precoce



**Fig. 19.** Benzi brune, negre pe mucoasa linguală



**Fig. 20.** Erupție dentară vicioasă, macrocheilită

5 copii sufereau de patologia gonadelor cu hipogonadism (1,3%) — sindromul Turner — 3 fete, insuficiență ovariană postinfecțioasă — 2 fete; prezentând erupție dentară vicioasă, anomalii dentare de formă și dimensiune — dimensiuni reduse a incisivilor laterali superiori, de formă conică, cu contururi neclare, formă de „rechin“, arcadele dentare hipodezvoltate.

## Discuții

Conform estimărilor Organizației Mondiale a Sănătății, în prezent pe glob sunt afectate de DZ peste 300 mln. persoane, cu tendința de sporire în următorii ani. Numărul persoanelor cu DZ este în creștere și în Republica Moldova. Pe parcursul anilor această boală a devenit tot mai frecventă în rândul tinerilor și

a copiilor, actualmente în Republica Moldova se află la evidență circa 450 copii cu DZ. Diabetul zaharat este una din cele mai frecvente boli cronice la copii de orice vârstă, inclusiv la nou-născuți și sugari. În ultimii ani, tot mai frecvent se atestă cazuri și de diabet zaharat de tip 2, cu tendință de afectare a persoanelor din ce în ce mai tinere [22, 23].

Modificările dentare și ale mucoasei cavității orale la persoanele cu diabet zaharat sunt mai frecvente decât la populația generală. Acest lucru a fost explicat pe baza modificărilor pH-ului bucal, a existenței leziunilor microangiopatie și tisulare caracteristice, apărute mai ales în contextul unui control glicemic precar pe termen lung. Nu de puține ori, unele persoane pot fi descoperite că au diabet cu ocazia unor controale sau consultații stomatologice pentru leziuni caracteristice de boală paradontală sau leziuni orale diverse. DZ la copii se desfășoară greu, formele ușoare și de remisie se întâlnesc rar [3,4].

Mai multe afecțiuni stomatologice au fost raportate a fi asociate cu DZ. Cea mai frecventă complicație include boala paradontală (gingivita și parodontita). Boala paradontală la copii cu diabet sever se întâlnește la 85% din cazuri. Cel mai frecvent se întâlnește gingivita catarală — la 63% copii și parodontita cronică — 22% copii. Prevalența parodontitei este mai mare la persoanele cu diabet zaharat (17%) decât la persoanele fără diabet (9%). În plus, pacienții cu diabet zaharat cu nivelul glucozei în sânge necontrolat, s-au dovedit a fi de trei ori mai susceptibili de a dezvolta parodontita severă, decât cei cu nivelul normal al glucozei în sânge [7,9,14].

Boala paradontală poate influența evoluția diabetului zaharat și a complicațiilor sale grave. De fapt, mai mulți cercetători au menționat ideea că există o relație bidirecțională între parodontită și DZ. Ei au sugerat că nu numai diabetul zaharat necontrolat crește susceptibilitatea pacienților pentru dezvoltarea parodontitei, dar, de asemenea, că parodontita severă crește riscul de complicații microvasculare și macrovasculare la pacienții cu diabet zaharat.

La copii cu durată scurtă a bolii, boala paradontală este însoțită de semne de inflamație acută: hiperemie marcată, edem, hemoragie. Modificările vasculare în diabetul zaharat pot duce la creșterea sângerării gingivale. Odată cu creșterea duratei bolii sunt prezente leziunile trofice și staza sanguină: gingia devine de culoare albastră-roșie, edem pronunțat, se observă hipertrofia gingiei. Una dintre caracteristicile leziunilor paradontale marginale la copii cu DZ este prezența pungilor paradontale adânci de 4-5 cm, în pofida semnelor clinice satisfăcătoare, ulterior apare mobilitate dentară. Toate procesele paradontale patologice la copii se înregistrează la vârsta de 10-14 ani [2,5,20].

Factorii de risc, care predispun pacienții cu DZ la apariția și dezvoltarea bolii paradontale sunt igiena orală deficitară, control metabolic slab, durată mai mare a DZ [4,17].

Este bine cunoscut faptul că pacienții cu DZ sunt predispuși la infecții orale bacteriene care duc la apari-

ția cariilor dentare și pierderea dinților [16]. Disfuncția secreției salivare, tulburările periodontale cresc probabilitatea de a dezvolta carii dentare noi și recurente. Apariția cariilor dentare la pacienții cu DZ a fost studiată, dar nu a fost identificată nici o asociere specifică, relația dintre acestea actualmente rămâne neclară. Este bine cunoscut faptul că curățarea și capacitatea tampon a salivei este diminuată la pacienții cu DZ, rezultând creșterea incidenței cariei dentare, în special la acei pacienți care suferă de xerostomie [16,18,19]. Copiii cu DZ tip 1 sunt de multe ori restricționați prin diete alimentare, care restrâng aportul lor bogat în carbohidrați, alimente cariogene, dar acest fapt nu împiedică apariția și dezvoltarea cariilor dentare, datorită reducerii fluxului salivar la persoanele care prezintă neuropatie, diminuarea fluxului salivar reprezentând un factor de risc pentru apariția și dezvoltarea cariilor dentare.

### Concluzii

Patologiile sistemului endocrin: DZ, afecțiunile glandei tiroide, a sistemului hipotalamo-hipofizar, a gonadelor au manifestări diverse la nivelul sistemului stomatognat. Cele mai frecvente afecțiuni ale cavității orale la copii cu DZ sunt: gingivita (81%), caria dentară (74%), leziuni ale mucoasei orale (32%), candidoza orală (9%). Ponderea patologiilor cavității bucale în DZ a fost mai mare la băieți (63%), comparativ cu fete (37%). În stadiul de prediabet, DZ tip 1 primar depistat și cu durată bolii mai mică de 2 ani afecțiunile cavității orale sunt minimale, principala manifestare fiind xerostomia (90%) și cheilita (52%). În hipotiroidie principalele modificări orale au fost: tulburări ale erupției dentare — întârziată (50%), de dimensiune — microdonția (28%), de structură — hipoplazia de sistem (14%), a buzelor — macrocheilie și limbii — macroglosie (21%). În nanism hipofizar, spectrul patologiei orale a fost: micrognație, malpoziție dentară, microdonție, hipoplazia sistemică. La copii cu pubertate precoce s-au depistat: tulburări ale erupției dentare — accelerată, macroglosie, macrocheilită, gingivită, glosită, prezența petelor pigmentare brune, neregulate pe mucoasa jugală și limbă.

### Bibliografie

1. Georgescu Carmen, Endocrinologia clinică în medicina dentară. Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca 2009, p. 16,75,120,121,173
2. Godoroja Pavel, Spinei Aurelia, Spinei Iurie, Stomatologie terapeutică pediatrică. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău 2003, p. 338,339
3. Moța Maria, Ghidul Educatorului pentru educația terapeutică a pacientului cu diabet. Editura ILEX, București 2010, p. 264-266
4. Vudu Victoria. Specificul patologiilor orale la pacienții cu diabet zaharat și atitudinea stomatologică, terapeutică, Volum de rezumate — a IX-a ediție a Congresului Internațional de Medicină Dentară pentru Studenți și Tineri Medici „STOMis 2013”, Iași, Romania 2013, p.188-192
5. Newman, Takei, Klokkevold, Carranza. Carranza's Clinical Periodontology. 11th Edition, Publisher: Saunders., p. 705-730
6. Ayuk J, Sheppard MC. Growth hormone and its disorders. Postgrad Med J 2006;82:24-30.
7. Carlos-Fabue L, Jimenez-Soriano Y, Sarrion-Perez MG. Dental management of patients with endocrine disorders. J Clin Exp Dent. 2010;2:196-203.

8. Huber MA, Terezhalmay GT. Risk stratification and dental management of the patient with thyroid dysfunction. *Quintessence Int.* 2008;39:139-50.
9. Lalla RV, D'Ambrosio JA., *Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus.* JADA 2001;132:1425-32.
10. Loevy HT, Aduss H, Rosenthal IM., Tooth eruption and craniofacial development in congenital hypothyroidism: Report of case. *J Am Dent Assoc.* 1987;115:429-31.
11. Malamed SF., *Thyroid gland dysfunction in medical emergencies in the dental office;* 5th ed. St. Louis: Mosby; 2006, pp. 275-86.
12. Neville B, Damm DD, Allen MC, editors. *Oral and maxillofacial pathology.* 3<sup>rd</sup> ed. India: Elsevier Inc.; 2010. p. 831-3.
13. Pinto A, Glick M., Management of patients with the thyroid disease: Oral health considerations. *J Am Dent Assoc.* 2002;133:849-58.
14. Ship Jonathan A., Diabetes and oral health. *The Journal of the American Dental Association* (October 2003) 134, 4S-10S
15. Young ER., The thyroid gland and the dental practitioner. *J Can Dent Assoc.* 1989;55:903-7.
16. Александров Е.И., Течение кариеса и заболеваний пародонта при сахарном диабете (обзор литературы). Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Донецкий региональный центр охраны материнства и детства
17. Бабаджанян С.Г., Казакова Л.Н, Особенности развития и течения заболеваний полости рта при эндокринной патологии, Обзор. СГМУ им.В.И.Разумовского кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
18. Белая Т.Г., Полость рта у детей при заболеваниях эндокринной системы. Часть 1. Белорусский государственный медицинский университет
19. Белая Т.Г., Проявления в полости рта детей соматических заболеваний. Часть 2: Заболевания эндокринной и сердечно-сосудистой системы. Белорусский государственный медицинский университет
20. Улитовский С. Б., Связь воспалительных заболеваний пародонта с сахарным диабетом

*Data prezentării: 11.12.2014*  
*Recenzent: Oleg Solomon*