

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

Утверждено
на заседании кафедры ортодонтии

«_____» _____ 20__ г.
протокол № _____ от _____
Зав. кафедрой _____ Л.В. Смаглюк

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для самостоятельной работы студентов
во время подготовки к практическому занятию и на занятии

Учебная дисциплина	Ортодонтия.
Модуль №3	Детское зубное протезирование.
Тема занятия №8	Изменения зубочелюстного аппарата при эндокринной патологии.
Курс	V
Факультет	Факультет подготовки иностранных студентов.

1. Актуальность темы:

Челюстно-лицевая область представляет собой часть организма, динамически изменяющуюся в процессе развития и роста. Изменения функций желез внутренней секреции приводят к нарушению метаболизма, трофическим расстройствам в тканях. Стоматологические проявления некоторых эндокринных расстройств имеют важное диагностическое значение, поскольку они опережают проявления общих клинических симптомов заболевания. Последние десятилетия особое внимание уделяется проблемам так называемой пограничной патологии. Сейчас описано около 300 синдромов, которые связаны с пороками развития лица, челюстей и зубов. Из них, по последним данным, 70% принадлежат к наследственным заболеваниям и около 30% – к тэратогенным порокам развития. Типы наследственности их изучены мало. Различные синдромы и заболевания, при которых поражается черепно-лицевая область, нередко ассоциируются с изменениями в других органах и системах организма. Исходя из этого, для своевременной диагностики, профилактики и лечения необходимо сотрудничество клиницистов различного профиля и генетиков. Стоматологу-ортодонту очень важно учитывать общее состояние ортодонтического пациента, знать стоматологические проявления наследственных заболеваний и синдромов. Раннее их обнаружения (вместе с педиатром, генетиком) необходимо для определения клинического прогноза и выбора адекватного комплексного лечения: терапевтического, ортодонтического и хирургического.

2. Конкретные цели:

1. Объяснять особенности морфологических и функциональных нарушений зубочелюстной области связанных с патологией эндокринной системы.
2. Знать синдромы заболеваний, проявляющихся в полости рта.
3. Объяснять тактику ортодонтического лечения пациентов с эндокринной патологией.
4. Анализировать результаты дифференциальной диагностики синдромных заболеваний, проявляющихся в полости рта.

3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция)

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия.	Описывать анатомо-физиологические особенности строения мозгового и лицевого отделов черепа, челюстей, прикрепление мимических и жевательных мышц, слизистой оболочки полости рта. Оценить развитие и пропорциональность размеров лицевого отдела черепа, челюстей.

2. Нормальная физиология.	Знать функцию мимических и жевательных мышц.
3. Детская стоматология.	Рисовать схему сроков прорезывания временных, постоянных зубов. изобразить формирование челюстно-лицевой области у детей в возрастном аспекте. определять период формирования прикуса, соответствие паспортного, стоматологического и биологического возраста.
4. Ортопедическая стоматология.	Владеть методикой снятия оттисков и отливания диагностических моделей. Владеть знаниями о материаловедении и лабораторных этапах изготовления съемных протезов.
5. Психология, деонтология.	Владеть методикой определения типологии пациента.
6. Педиатрия и внутренние болезни.	Знать особенности проявлений клинических симптомов при эндокринных заболеваниях детей и взрослых. Уметь проводить дифференциальную диагностику различных эндокринных заболеваний.

4. Задания для самостоятельной работы во время подготовки к занятию и на занятии.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Обмен веществ (метаболизм).	Обмен веществ (или метаболизм) состоит из двух процессов: ассимиляции (или анаболизма) – синтеза характерных для организма соединений и диссимиляции (или катаболизма) – распада веществ и выведения продуктов этого распада из организма. Совокупность процессов ассимиляции (синтеза) и диссимиляции (распада) составляет основу жизни. Различают общий (внешний) обмен веществ, учитывающий поступления в организм веществ и их выделение, и

	<p>промежуточный обмен веществ, который охватывает превращения этих веществ в организме.</p>
2. Сахарный диабет	<p>Заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина и характеризующееся нарушением обмена углеводов с повышением количества глюкозы в крови и моче, а также другими нарушениями обмена веществ.</p>
3. Гипотиреоз.	<p>Состояние, обусловленное длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы, противоположное тиреотоксикозу. Крайняя степень проявления клинической симптоматики гипотиреоза у взрослых – микседема, у детей – кретинизм.</p>
4. Гіпертиріоз.	<p>Синдром, обусловленный гиперфункцией щитовидной железы, что выявляется підвищенням змісту гормонів: трийодтиронін (Т3), тироксин (Т4). Гіпертиреоз у залежності від рівня виникнення порушення розрізняють: первинний – щитовидна залоза, вторинний – гіпофіз, третинний – гіпоталамус.</p>
4. Гипопаратиреоз.	<p>Патология, объединяющая ряд состояний, характеризующихся снижением некоторых или всех эффектов паратгормона, что сопровождается гипокальциемией.</p>
5. Авитаминоз.	<p>Заболевание, являющееся следствием длительного неполноценного питания, в котором отсутствуют какие-либо витамины.</p>
6. Рахит.	<p>Заболевание детей грудного и раннего возраста, протекающее с нарушением</p>

	<p>образования костей и недостаточностью их минерализации, обусловленное главным образом дефицитом кальция и его активных форм в период наиболее интенсивного роста организма. Наиболее ранние характерные изменения выявляются при рентгенографии в концевых участках длинных костей. Доказана также деминерализация диафиза. Если реконвалесценция не наступает, появляются клинические симптомы.</p>
7. Болезнь Аддисона.	<p>Редкое эндокринное заболевание, в результате которого надпочечники теряют способность производить достаточное количество гормонов, прежде всего кортизола. Это патологическое состояние было впервые описано британским терапевтом Томасом Аддисоном в его публикации 1855 года.</p>
8. Акромегалия.	<p>Заболевание, связанное с нарушением функции передней доли гипофиза (аденогипофиз); сопровождается увеличением (расширением и утолщением) кистей, стоп, черепа, особенно его лицевой части, и др. Акромегалия возникает обычно после завершения роста организма; развивается постепенно, длится много лет. Вызывается выработкой чрезмерного количества соматотропного гормона.</p>
9. Болезнь Иценко-Кушинга.	<p>Нейроэндокринное заболевание, характеризующееся повышенной продукцией гормонов коры надпочечников, которая обусловлена избыточной секрецией АКТГ клетками гиперплазированной или опухолевой ткани гипофиза (в 90%</p>

10. Синдромные заболевания в ортодонтии.	микроаденома). Наследственные синдромы, которые характеризуются типичными проявлениями в зубочелюстно-лицевой области.
--	---

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Влияние заболеваний щитовидной железы на развитие зубочелюстного аппарата.
2. Влияние заболеваний коры надпочечников на развитие зубочелюстного аппарата.
3. Влияние заболеваний поджелудочной железы на развитие зубочелюстного аппарата.
4. Нарушение метаболизма и его влияние на развитие зубочелюстной области.
5. Морфологические нарушения в зубочелюстном аппарате, связанные с патологией эндокринной системы.
6. Функциональные нарушения в зубочелюстном аппарате, связанные с патологией эндокринной системы.
7. Синдром Шерешевского-Тернера.
8. Синдром Крузона.
9. Синдром Олбрайта.
10. Синдром Стейтона-Капдепона.
11. Синдром Папийона-Лефевра.

4.3. Практическая работа (задания), которые выполняются на занятии:

1. Определить признаки нарушений твердых тканей зубов.
2. Определить признаки нарушений тканей пародонта.
3. Определить признаки нарушений слизистой оболочки полости рта.
4. Определить аномалии зубов, зубных рядов и прикуса.
5. Составить план профилактики зубочелюстных аномалий при эндокринных заболеваниях, заболеваниях обмена веществ.
6. Овладеть методикой курации пациента с эндокринными заболеваниями и заболеваниями обмена веществ.
7. Уметь планировать профилактические ортодонтические мероприятия у пациентов с заболеваниями эндокринной системы и обмена веществ.
8. Уметь дифференцировать синдромные заболевания, проявляющихся в полости рта (Шерешевского-Тернера, Крузона, Олбрайта, Стейтона-Капдепона, Папийона-Лефевра).

Содержание темы:

Сахарный диабет. В основе заболевания лежит нарушение углеводного обмена. В полости рта наблюдают изменения, степень проявления которых зависит от тяжести и давности диабета.

Наиболее характерные изменения в полости рта при сахарном диабете

Изменение	Причина	Проявление
Ксеростомия (сухость).	Дегидратация.	СОПР сухая или слабо увлажненная, мутная, значительный налет, гиперемирована .
Катаральный стоматит, глоссит.	Инфицирование, снижение барьерной функции, плохая гигиена.	Кровоизлияния, эрозии.
Грибковый стоматит.	Дисбактериоз, снижение ферментов в слюне (лизоцим).	В углах рта появляются трещины с бело-серыми корками.
Парестезии.	Сухость, поражение нервной системы.	Зуд, снижение вкуса к сладкому, соленому, кислому.
Трофические расстройства.	Нарушение обмена веществ.	Трофические язвы.

Микседема развивается при недостаточной функции щитовидной железы. При этом заболевании губы и нос утолщены, набухшие верхние веки, наблюдается анемичность, отек и сухость СОПР, увеличиваются язык, губы, десна. Вследствие набухания СО гортани, голос глухой.

Болезнь Иценко-Кушинга. Нейроэндокринное заболевание, характеризующееся повышенной продукцией гормонов коры надпочечников, которая обусловлена избыточной секрецией АКТГ клетками гиперплазированной или опухолевой ткани гипофиза (в 90% микроаденома). В основе заболевания лежит нарушение главных видов обмена. Болезнь развивается в результате гиперпродукции глюкокортикостероидов, вследствие:

- 1) первичного нарушения в коре надпочечников;
- 2) гиперпродукции АКТГ аденогипофизом;
- 3) нарушения функции гипофиза.

СОПР отечна, отмечаются отпечатки зубов на языке и щеках, возникают трофические язвы, эрозии, кандидоз. У таких больных стоматолог должен проводить лечение в контакте с эндокринологом, ибо только местное симптоматическое лечение полости рта будет малоэффективным.

Аддисонова болезнь обусловлена прекращением или уменьшением продукции гормонов коры надпочечников. Наиболее характерный признак – пигментация кожи и СОПР. В полости рта появляются полосы или круга синего, серовато-черного цвета за счет отложения меланина. Лечение проявлений заболеваний эндокринной системы в полости рта проводят совместно с эндокринологами. Показаны санация полости рта и

симптоматическая терапия в зависимости от клинических проявлений. Для диагностики наследственных заболеваний большое значение имеет осмотр лица. Обращают внимание на такие признаки: разрез глазных щелей (монголоидный или антимонголоидный); наличие птоза, эпикантуса, экзофтальма, косоглазия, цвет склер, наличие ресниц и их размер; особенности переносицы (широкая, с западанием) и надбровных дуг (выступают или нависают); наличие аномалий фильтрума и красной каймы верхней губы, гипо- или гипертелоризма, величину носолобового угла, пигментацию кожи лица и СОПР; форму и расположение ушной раковины, форму черепа, сроки закрытия темячек; взаимоотношения челюстей (прогеническое, прогнатическое); высоту разных частей лица (укорочение, удлинение); межжюклизонные соотношения (медиальный, дистальный, открытый, глубокий или перекрестный прикус), а также на наличие асимметрии лица, рост больного, пропорциональность телосложения, наличие деформаций всего скелета, а также положение и количество пальцев

Синдром Крузона (черепно-лицевой дизостоз). Описанный А.Крузоном в 1912 г. Причина развития заболевания – нарушение внутриутробного развития на 6-7й неделях. Основными проявлениями заболевания являются преждевременный синостоз черепных швов, гипертелоризм (уменьшение расстояния между любыми парными органами, чаще всего – между внутренними краями глазных впадин), экзофтальм, нистагм, внешнее косоглазие, крючкообразный приплюснутый нос, короткая верхняя губа, гипоплазия верхней челюсти и относительная прогнатия нижней челюсти или прогения, широкий лоб, неглубокие орбиты. Синдром характеризуется деформацией черепа и его основания, а также лица. Наблюдается гипоплазия средней части лица в вертикальном, сагитальном и трансверзальном направлениях. Возможна деформация черепа двух типов: окси- или брахицефалия. Черепные швы, главным образом венечный и ламбдоподобный, закрываются преждевременно, но не всегда. Преждевременное краниосиностозирование возможно при рождении ребенка, но чаще всего оно начинается на 1-ом году жизни и заканчивается в 2-3 года. Иногда синостоз развивается в возрасте 10 лет. Преждевременный синостоз черепных швов вызывает повышение внутричерепного давления.

Стоматологические симптомы таковы: в полости рта превалирует мезиальный прикус с обратным перекрытием зубов разной степени и разной величиной сагитальной щели, а также его сочетание с открытым и перекрестным прикусом; аномальная форма некоторых зубов (преимущественно макродонтия), иногда гиподонтия и искривления корней зубов; аномалии положения зубов (преимущественно скученность); деформации зубных и альвеолярных дуг, особенно на верхней челюсти с преимущественно неравномерным сужением последней. У больных наблюдаются аномалии внутреннего и среднего уха, ухудшение остроты зрения.

Лечение больных поэтапное и комплексное. Ортодонтическое лечение наиболее эффективно в раннем возрасте. В более старшем возрасте для

исправления межчелюстных соотношений и деформаций костей лицевого скелета показана челюстно-лицевая хирургия.

Синдром Робена (врожденная микрогнатия с глоссоптозом). Ведущим симптомом считают гипоплазию и деформацию нижней челюсти. Кроме того, наблюдаются нарушения мышечного тонуса языка, глотки и гортани, сопровождающихся у новорожденных глоссоптозом (западением языка вниз и назад) и затрудненным дыханием, развитием гипоксии. У 50% больных обнаруживают несращение неба. Шейки суставных отростков согнуты, однако форма суставных головок и венечных отростков не изменена. Наилучшие результаты лечения до 6-месячного возраста дает использование моноблочного активатора, который фиксирует нижнюю челюсть в выдвинутом до 5 мм положении и разъединяет вершины десневых валиков (до 4 мм). На переднем участке активатора по линии смыкания губ оставляют отверстие для прохождения струи воздуха и введения пищи. Новорожденного вкладывают в специальную гипсовую кровать лицом вниз. При этом нижняя челюсть должна свисать. Во время кормления ребенка держат вертикально, головку наклоняют. Ортодонтическое лечение проводят комплексно, поэтапно, как до, так и после хирургических вмешательств. Рациональное комплексное лечение позволяет эффективно провести как клиническую так и социальную реабилитацию таких детей.

Синдром Олбрайта (псевдогипопаратиреоз, наследственная остеодистрофия Олбрайта, полиоссальная фиброзная дисплазия) характеризуется замещением нормальной костной ткани фиброзной стромой. Через сходство гистологического строения диагноз устанавливают на основании клинических и рентгенологических признаков. Фиброзная дисплазия представляет собой неопухолевый процесс в костях с определенными клиническими и морфологическими признаками. Выделяют две формы фиброзной дисплазии: полиоссальную (редко встречается), монооссальную - самая распространенная. Тяжелую форму полиоссальной фиброзной дисплазии с характерной пигментацией кожи (в виде пятен цвета кофе с молоком) в сочетании с различными эндокринными нарушениями (синдромом Кушинга, гипертиреозом, гиперпаратиреозом, сахарным диабетом, преждевременным половым созреванием) называют синдромом Олбрайт, который обычно проявляется у девочек. В случае монооссальной формы наблюдается асимметрия лица за счет увеличения костных тканей, цвет кожи над новообразованием без изменений. Пальпация пораженного участка челюсти безболезненна, опухоль плотная, поверхность ее может быть бугристой, слизистая оболочка над ней не изменена. На поздних стадиях в очаге поражения появляется боль. На ОПТГ при очаговой форме фиброзная дисплазия представлена характерными участками просветления костной ткани круглой или овальной формы с ободком склероза по периферии, неравномерным истончением кортикального слоя кости, непрерывность его не нарушена. Периостальные наслоения отсутствуют. Для диффузной формы характерно отсутствие четких границ со здоровой костью. Хорошо заметный переход патологически измененной костной ткани в здоровую через участок

кости крупнопетлистого строения. Участки просветления могут быть множественными, разделенными плотными костными перепонками, что придает кости вид пчелиных сот. Ортодонтическое лечение предусматривает нормализацию межчелюстных и межкклюзионных соотношений.

Синдром Шерешевского-Тернера обусловлен аномалиями половых хромосом у лиц женского пола, а именно – отсутствием в кариотипе одной X-хромосомы. Признаком заболевания у новорожденных является лимфатический отек тыльных поверхностей стоп, голеней, кистей и шеи. Заболевание проявляется первичной аменореей, половым инфантилизмом, образованием кожных складок на боковых поверхностях шеи (шея "сфинкса"), вальгусным положением локтей, низким ростом. У таких больных короткая шея, низкой рост волос на затылке, у них обнаруживают пигментные невусы, увеличение щитовидной железы, гипоплазию и деформацию ногтей, лейкообразную грудную клетку, брахицефалический череп, эпикантус (кожная складка в углах век), птоз век и астигматизм, пороки сердца, стеноз легочной артерии, аномалии развития конечностей (укорочение IV и V пальцев). Кроме того характерны следующие признаки: не очень выраженный антимонголоидный разрез глаз, низкое расположение ушных раковин, ретрогения, высокое небо, раннее прорезывания постоянных зубов и их укорочение, петрификация корневой пульпы, в основном в премолярах и раздвоение их корней, преимущественно на нижней челюсти, хронический катаральный гингивит с образованием патологических зубодесневых карманов, дистальный прикус, микроденития, скученность зубов, сужение зубных дуг.

Синдром Стейтона-Капдепона (наследственное нарушение амело- и дентиногенеза, наследственный черный зуб, дисплазия Капдепона) - проявляется поражением как молочных так и постоянных зубов. Зубы имеют характерный цвет, который специалисты оценивают по-разному: серо-голубой, фиолетовый, коричнево-фиолетовый, перламутровый. Иногда молочные зубы прорезываются белыми, но со временем меняют свой цвет. Постоянные зубы всегда изменены. После прорезывания эмаль и дентин начинают быстро стираться вплоть до уровня десен без вскрытия пульповой камеры. Обнаженный дентин постепенно темнеет (от светло- до темно-коричневого цвета). Поверхность его гладкая, блестящая, безболезненная при зондировании. Зубы очень редко поражаются кариесом. Апикальные патологические процессы (очаговое разрежение, десневые свищи, радикулярные кисты, остеомиелит) встречаются чаще, даже при отсутствии кариозных поражений. В пульпе зубов обнаруживают дентикли и облитерации корневых каналов. Тактика лечения должна быть дифференцированной. При незначительной потере тканей рекомендуется курс реминерализующей терапии тканей зуба с использованием средств экзо- и эндогенного действия. Группу жевательных зубов покрывают металлическими коронками без повышения прикуса. При значительной потере твердых тканей проводят лечение съемными протезами.

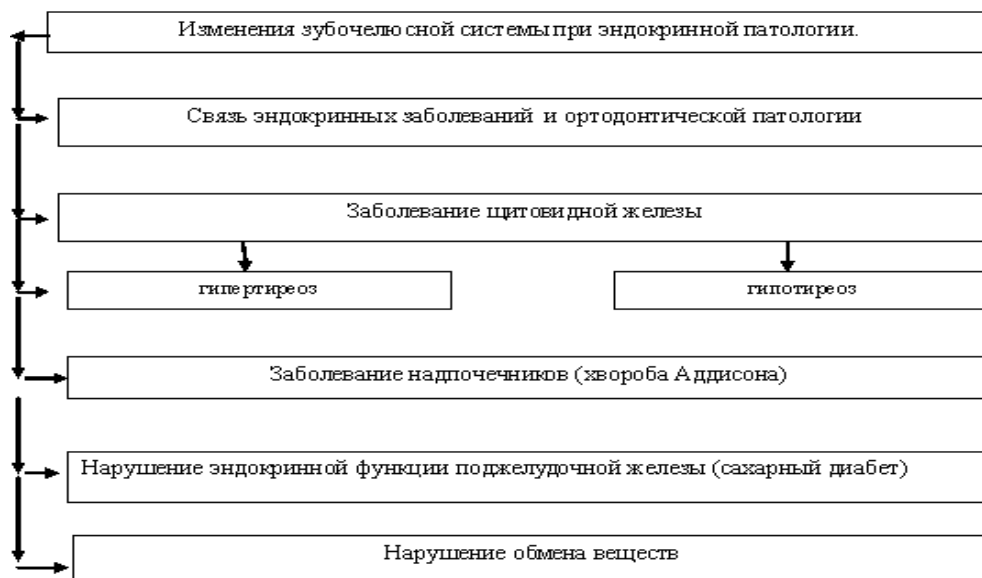
Синдром Папийона-Лефевра (ладонно-подошвенный гиперкератоз и

парадонтолиз, ранний пародонтоз) - включает прирожденный гиперкератоз ладонь и стоп, прогрессирующую деструкцию альвеолярной кости вокруг молочных и постоянных зубов. Первые симптомы заболевания - эритема и утолщение кожи ладоней и стоп у новорожденных. В дальнейшем болезнь прогрессирует. Впоследствии поражаются боковые поверхности ладоней и стоп, участки ахилловых сухожилий, локтевые и коленные суставы. Образуются глубокие трещины, дефекты ногтей. Наблюдается истончение волос, гипергидроз. Первые стоматологические признаки появляются в 2-3 года. Молочные зубы прорезываются в привычные сроки и без особенностей. Сначала наблюдается подвижность резцов с гиперемией десен и выделением гноя, а в дальнейшем – подвижность всех молочных зубов. Могут образовываться десневые абсцессы, прогрессирует вертикальная деструкция альвеолярной кости и подвижность зубов. До 4-6 лет дети теряют все молочные зубы, после чего воспаление в пародонте прекращается, десна становятся гладкими и блестящими. После прорезывания постоянных зубов заболевание снова рецидивирует и через 1-2 года зубы становятся подвижными. До 13-15 лет больные теряют все постоянные зубы. Лечение больных должно быть комплексным. Назначают симптоматическую местную терапию и иммунокоррекцию (препаратами тимуса). Ортодонтическое и ортопедическое лечение заключается в зубном протезировании, преимущественно съёмными конструкциями, особенно в детском возрасте.

Материалы для самоконтроля:

А. Задания для самоконтроля (таблицы, схемы, рисунки, графики):

1. Зарисовать в альбоме структурно-логическую схему занятия.



Б. Задачи для самоконтроля:

1. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

- гипотиреоз
- рахит
- краснуха
- гиповитаминоз

корь

2. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

сахарный диабет

скарлатина

краснуха

гипервитаминоз

авитаминоз

3. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

гипертиреоз

корь

краснуха

рахит

авитаминоз

4. К заболеваниям обмена веществ относятся:

авитаминоз

скарлатина

болезнь Аддисона

корь

сахарный диабет

5. К заболеваниям обмена веществ относятся:

рахит

гипертиреоз

краснуха

гипотиреоз

болезнь Аддисона

6. К заболеваниям обмена веществ относятся:

гипервитаминоз

сахарный диабет

диффузный токсический зоб

корь

врожденный адреногенитальный синдром

7. К детским инфекционным заболеваниям относятся:

скарлатина

болезнь Аддисона

рахит

гипервитаминоз

цинга

8. К детским инфекционным заболеваниям относятся:

краснуха
рахит
сахарный диабет
гипертиреоз
авитаминоз

9. К детским инфекционным заболеваниям относятся:

корь
диффузный токсический зоб
рахит
болезнь Аддисона
врожденный адреногенитальный синдром

10. К эндокринным заболеваниям относятся:

врожденный адреногенитальный синдром
скарлатина
рахит
авитаминоз
цинга

11. К заболеваниям обмена веществ относятся:

цинга
болезнь Аддисона
корь
скарлатина
гипотиреоз

12. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

болезнь Аддисона
краснуха
рахит
цинга
скарлатина

13. При диффузном токсическом зобе наблюдается:

ранняя минерализация коронок постоянных зубов
отставание зубного возраста от хронологического
множественный кариес молочных зубов
задержка прорезывания молочных зубов
развитие гигантских постоянных зубов

14. Отставание костного возраста от хронологического наблюдается:

при гипотиреозе
при гипогликемии
при агранулоцитозе

гипертиреозе
сахарном диабете

15. Ускорения сроков развития зачатков постоянных зубов:
при гигантизме
при агранулоцитозе
гипертиреозе
сахарном диабете
серповидноклеточной анемии

16. При церебрально-гипофизарном нанизме наблюдается:
микростомия
ретенированные зубы
задержка прорезывания зубов
нарушения микротвердости дентина
макростома

17. Профилактика зубочелюстных аномалий при кретинизме не включает в себя применение:
кортикостероидов
йодированной соли
препаратов кальция
витамина А
витамина D

18. При врожденном гипотиреозе происходит задержка прорезывания временных зубов:
на 1-2 года
на 4-5 лет
на 6-7 лет
на 2-3 года
на 3-4 года

19. При врожденном гипотиреозе определяется задержка формирования корней постоянных зубов:
на 2-3 года
на 4-5 лет
на 6-7 лет
на 1-2 года
на 3-4 года

20. Наиболее распространенным поражением твердых тканей при ранней гипофункции паращитовидных желез является:
гипоплазия эмали
кариес

клиновидный дефект
гиперплазия эмали
отсутствие эмали

21. Увеличения размеров ветви нижней челюсти и деформация прикуса происходит при

акромегалии
гигантизме
агранулоцитозе
гипертиреозе
сахарном диабете

22. Рахитическая нижняя челюсть имеет форму:

трапеции
треугольника
полукруга
полуэллипса
параболы

23. Специфическая профилактика рахита у здоровых детей может начинаться:

с 2-го месяца жизни
с 1-й недели жизни
с 1-го месяца жизни
с 2-й недели жизни
с 1-го года жизни

24. Специфическая профилактика рахита для недоношенных детей может начинаться:

с 2-й недели жизни
с 1-й недели жизни
с 2-го месяца жизни
с 1-го месяца жизни
с 5-й недели жизни

25. Болезнь Иценко-Кушинга в челюстных костях вызывает:

остеопороз
остеомалацию
десквамацию
остеонекроз
остеомиелит

26. Гипопаратиреоз у детей чаще вызывает:

тетанию и спазмофилию
атаксию и гемофилию

спазмалгию и гемостаз
дискинезию и моноклеоз
атонию и микседему

27. Недостаток стероидного гормона коры надпочечников кортизона вызывает развитие в челюстных костях:

остеопороза
остеонекроза
остеомалации
остеосаркомы
остеомиелита

28. Раннее проявление сахарного диабета в полости рта проявляется:

сухостью, жжением слизистых оболочек
гиперчувствительностью слизистых оболочек, повышенным
слюноотделением

множественным кариесом, гиперпластическим некрозом сосочков
языка

рецессией десны и множественным афтозным стоматитом
заболеванием тканей пародонта, ранней потерей молочных зубов

29. Соматотропный гормон:

выделяется передней долей гипофиза, контролирует рост скелета
выделяется средней долей гипофиза, влияет на прорезывание зубов
выделяется задней долей гипофиза, влияет на порядок прорезывания

зубов

выделяется гипоталамусом, влияет на степень минерализации зубов
выделяется надпочечниками, влияет на пролиферацию остеобластов

30. Под влиянием избыточного количества эстрогена (женского
полового гормона) у ребенка происходит:

преждевременное прекращение роста костей и задержка прорезывания
зубов

ускоренное развитие скелета и зубочелюстной системы

уменьшение количества кальция и фосфора в крови

остеопороз костей и задержка прорезывания временных зубов

развитие заболеваний тканей пародонта, и ранняя потеря молочных
зубов

31. Недостаточное выделение гормона вазопрессина (несахарный
диабет) приводит к:

появлению сухости в полости рта и постоянному чувству жажды

множественному кариесу, гиперпластическому некрозу сосочков языка

гиперчувствительности слизистых оболочек, повышенному
слюноотделению

заболеваниям тканей пародонта, ранней потере молочных зубов
отставанию зубного возраста от хронологического

32. Гипопаратиреоз (недостаточность гормона паращитовидной железы) в полости рта вызывает:

парестезию слизистых оболочек и одонталгию
нарушения микротвердости дентина и эмали
заболевания тканей пародонта, раннюю потерю зубов
ускоренное развитие скелета и зубочелюстной системы
прекращение роста костей и задержку прорезывания зубов

33. При гигантизме постоянные зубы:

не изменяются
увеличиваются
уменьшаются
удлиняются
укорачиваются

34. Болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения приводит к развитию:

ожирения, а также остеопороза костей
облысения и ломкости ногтей
кахексии и остеонекрозу костей
гиперцементоза корней и зачатков зубов
остеомалации и тетании

35. Когда на этапе эмбрионального развития начинают функционировать железы коры надпочечников и щитовидная железа?

на 8-12 неделе внутриутробного развития
на 18-22 неделе внутриутробного развития
на 5-7 неделе внутриутробного развития
к концу 5 месяца внутриутробного развития
на 6 месяце внутриутробного развития

Литература

Основная:

1. Ортодонтия: учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-ортодонтов, врачей-интернов /В. И. Куцевляк, А. В. Самсонов, С. А. Скляр [и др.]. – Харьков : «СИМ», 2013. – С.52-55.
2. Дорошенко С.И.” Синдромы в ортодонтии.” - Киев.: Здоровье, 2008. – 96 с.

Дополнительная:

1. Сивовол С. И. Симптомы, синдромы, эпонимные болезни челюстно-лицевой области, головы и шеи – М.: Триада-Х, 2002. – 224 с.
2. <https://cribs.me/biokhimiya/obmen-veshchestv-ili-metabolizm> Обмен веществ (или метаболизм) .
3. <http://medicalj.ru/diseases/endocrinology> Болезни эндокринной системы.

4. <http://stomatkniga.ru/index.php/ortodontia/175-doroshenko>.

Методическую
рекомендацию подготовила
доц., д.мед.н. Дмитренко М.И.