

Междисциплинарный подход к лечению импактного центрального резца, обусловленного наличием сверхкомплектного зуба.

Клинический случай

¹Гоменюк Е. В., врач-ортодонт

^{1,2}Касаткина А. Л., к.м.н., доцент, врач-стоматолог хирург

¹Осыко А. Н., главный врач, врач-стоматолог детский

¹Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2», г. Волгоград

²Кафедра стоматологии детского возраста
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград

Резюме

Актуальность. Этиологическим фактором импакции зубов довольно часто являются сверхкомплектные зубы. Основными осложнениями, связанными со сверхкомплектными зубами, являются смещение или врашение постоянных зубов. В последние годы особое внимание уделяется разработке наиболее эффективных методов комплексного лечения импакции зубов.

Цель. Обзор необходимых методов диагностики и тактики комплексного лечения детей с импакцией центрального резца, обусловленной наличием сверхкомплектного зуба, в постоянном прикусе, на примере клинического случая.

Материалы и методы. Было проведено лечение 13-летнего ребенка с импактным правым центральным резцом верхней челюсти и сверхкомплектным зубом (мезиоденсом). Все клинические мероприятия проводились на базе ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2», г. Волгоград.

Результаты. Был проведен комбинированный метод лечения с удалением сверхкомплектного зуба, обнажением коронки импактного зуба с одномоментной фиксацией несъемной ортодонтической аппаратуры для форсированной экструзии зуба. Курс ортодонтического лечения составил 14 месяцев.

Выводы. Лечение пациентов с импактным центральным резцом, обусловленным наличием сверхкомплектного зуба, требует междисциплинарного взаимодействия между врачами-ортодонтами и хирургами, зависит от возраста пациента, вертикального положения импактного резца по отношению к рядом стоящему центральному резцу, его ангуляции к средней сагиттальной плоскости.

Ключевые слова: сверхкомплектные зубы, импактные зубы, форсированная экструзия, мезиоденс.

Для цитирования: Гоменюк Е. В., Касаткина А. Л., Осыко А. Н. Междисциплинарный подход к лечению импактного центрального резца, обусловленного наличием сверхкомплектного зуба, на примере клинического случая. Стоматология детского возраста и профилактика. 2019;19(3):66-72. DOI: 10.33925/1683-3031-2019-19-3-66-72.

Multidisciplinary approach to the treatment of an impacted central incisor associated with supernumerary teeth: a clinical case report

¹E. V. Gomenyuk, orthodontist

^{1,2}A. L. Kasatkina, PhD, Associate Professor, dentist surgeon

¹A. N. Osyko, the chief doctor, the dentist for children

¹State Autonomous health institution «Children's clinical dental polyclinic №2», Volgograd

²Department of pediatric dentistry

The Volgograd State Medical University, Volgograd

Abstract

Relevance. Most often, the etiological agent of an impaction is supernumerary teeth. The main complication associated with supernumerary teeth was displacement or rotation of permanent teeth. In recent years, much attention has been given to development of the most effective methods for the complex treatment of impaction.

Purpose. A review of the necessary diagnostic methods and combined treatment of children with an impacted central incisor associated with supernumerary tooth in permanent occlusion in the context of a clinical case report.

Materials and methods. A 13-year-old child with an impacted upper right maxillary incisor and supernumerary tooth (mesiodens) was treated. All clinical activities were conducted in GAUZ «Children's clinical dental polyclinic №2», Volgograd city.

Results. The child was treated by remove of the supernumerary tooth, exposure of the impacted tooth, orthodontic forced eruption by fixed appliance with minimal exposure of the placed orthodontic wire. The course of orthodontic treatment was 14 months.

Conclusions. The treatment of an impacted central incisor associated with supernumerary tooth requires multidisciplinary approach between orthodontist and dentist surgeon, depending on the patient age, the vertical position of the delayed permanent incisor in relation to the contralaterally central incisor, it is angulation to the mid-sagittal plane.

Key words: supernumerary teeth, impacted teeth, forced eruption, mesiodens.

For citation: E. V. Gomenyuk, A. L. Kasatkina, A. N. Osyko. Multidisciplinary approach to the treatment of an impacted central incisor associated with supernumerary teeth: a clinical case report. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2019;20(3):66-72. DOI: 10.33925/1683-3031-2019-19-3-66-72.

Актуальность

Нарушения развития и прорезывания зубов являются причиной формирования зубочелюстных деформаций и комплекса неполноценности у пациентов из-за неудовлетворительного состояния своей улыбки.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и данным зарубежных авторов, зубы, которые не могут полностью прорезаться в нормальное функциональное положение в течение ожидаемого времени, из-за недостатка места, препятствия со стороны других зубов или аномального пути прорезывания, относят к импактным зубам [1-5]. Сверхкомплектные зубы, как этиологический фактор импакции, встречаются у 7,05% пациентов, обычно располагаются во фронтальном отделе верхней челюсти – у 93,2% пациентов [3]. Сверхкомплектный зуб, который располагается по средней линии верхней челюсти, называется мезиоденс [1, 6, 7]. Основными осложнениями, связанными с мезиоденсами, в 73,3% клинических случаев являются смещение или вращение постоянных центральных резцов [6].

Лечение пациентов с импактными постоянными зубами, осложненными наличием сверхкомплектных зубов, требует междисциплинарного взаимодействия между врачами-ортодонтами, хирургами и иногда пародонтологами [3-5, 8, 9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обзор необходимых методов диагностики и тактики комплексного лечения детей с импакцией центрального резца, обусловленной наличием сверхкомплектного зуба, в постоянном прикусе, на примере клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациентка Е., 13 лет, 27.11.2017 года обратилась в ортодонтическое отделение ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2» с жалобами на эстетический недостаток, на отсутствие резца верхней челюсти.

Анамнез: со слов мамы, дочь рождена в срок, вид вскармливания – естественное; начало прорезывания первых временных зубов – в 12 месяцев; начало смены передних зубов – в 6 лет. Со слов пациентки и ее мамы, ранее проводилось ортодонтическое лечение съемными пластиночными аппаратами механического действия, лечение прервали полгода назад. В 2017 году был удален один сверхкомплектный зуб в области 1.1, 2.1 зубов.

Внешний осмотр: лицо симметрично, кожа лица физиологической окраски; верхняя, средняя и нижняя части лица пропорциональны; профиль выпуклый. Открывание рта свободное, в полном объеме. Красная кайма губ физиологической окраски.

Объективные данные: гигиена полости рта неудовлетворительная, слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, кровоточит при зондировании в области 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов. Отмечаются наддесневые зубные отложения, умеренные, светлые, плотные в области 3.1, 4.1, 4.2 зубов.

I класс по Энгля, мезиальное положение 1.2 зуба, тремы на верхней челюсти, 1.1 зуб в полости рта не визуализируется.

Съемный пластиночный аппарат механического действия с винтом

по трансверзали, изготовленный по месту жительства, в полости рта не накладывается, не фиксируется.

Дополнительные методы исследования:

1. Антропометрическое исследование гипсовых моделей челюстей.

По Пону в области 1.4-2.4 зубов = 39,0 мм, в области 1.6-2.6 зубов = 50,1 мм, длина переднего отрезка по Коркхаузу = 15,1 мм.

2. Рентгенологические методы исследования.

На ортопантомограмме от 27.11.2017 г. периапикальные ткани без изменений, отмечается сверхкомплектный зуб (мезиоденс) в области 1.1, 2.1 зубов, импакция 1.1 зуба, 1.1 зуб в стадии несформированной верхушки корня, имеются зачатки 1.8, 2.8, 3.8, 4.8 зубов в стадии формирования коронок (рис. 1).

По ортопантомограмме возможно оценить прогноз самопроизвольного прорезывания импактного зуба и необходимости в комбинированном методе лечения. По Smailiene D. и др. (2006), вертикальное положение импактного резца по отношению к рядом стоящему центральному резцу в секторе V2 [10], а его ангуляция к средней сагиттальной плоскости по Bryan R.A. и др. (2005) – 21° [11].

В связи с тем что импактный резец находится в секторе на уровне средней трети корня, целесообразно проводить комплексное лечение, поскольку спонтанное прорезывание может длиться от 3 до 30 месяцев [10]. Вероятность самопроизвольного прорезывания при ангуляции менее 30° – от 0 до 11 месяцев [11].

На телерентгенограмме черепа в боковой проекции (рис. 3) – I скелетный класс, передняя инклина-

Таблица 1. Результаты цефалометрического анализа
Table 1. The results of the cephalometric analysis

№	Параметр	Значение	Норма	Отклонение	Рейтинг
Основание черепа					
1	N-S	73,2 мм	66,3 ± 3,0	6,9	++
2	<N/S/Ba	133,8 град.	129,3 ± 5,0	4,5	
Тип роста лицевого отдела черепа					
3	<S-Gn/FH «Y»	61,8 град.	60,0 ± 2,0	1,8	
4	<Sum.Bjork	389,0 град.	396,0 ± 4,0	-7,0	-
5	<N/S/Ar	132,8 град.	123,0 ± 5,0	9,8	+
6	<S/Ar/Go	129,4 град.	143,0 ± 6,0	-13,6	--
7	<Ar/Go/Me «Go»	126,9 град.	119,0 ± 6,5	7,9	+
8	<N/Go/Me	68,8 град.	72,5 ± 2,5	-3,7	-
9	<N-Ba/Pt-Gn	92,3 град.	90,0 ± 3,0	2,3	
10	S-Go : N-Me	69,1%	63,5 ± 1,5	5,6	+++
11	S-Go	76,4 мм	68,7 ± 3,0	7,7	++
12	N-Me	110,5 мм	109,0 ± 5,0	1,5	
Гнатические параметры					
13	<S/N/A	80,6 град.	82,0 ± 3,0	-1,4	
14	<SpP/NS	5,1 град.	8,5 ± 3,0	-3,4	-
15	A'-Snp	46,9 мм	51,3 ± 1,5	-4,3	--
16	<S/N/B	77,3 град.	80,0 ± 3,0	-2,7	
17	<S/N/Pg	78,1 град.	81,0 ± 3,0	-2,9	
18	<MP/NS	29,0 град.	32,0 ± 5,0	-3,0	
19	Go-Gn	73,0 мм	76,9 ± 2,0	-3,9	-
20	Co-Go	60,2 мм	54,9 ± 1,2	5,3	+++
21	Ar-Go	50,0 мм	47,0 ± 2,5	3,0	+
22	Pg-NB	1,5 мм	3,7 ± 2,4	-2,2	
23	<A/N/B	3,3 град.	2,0 ± 1,8	1,3	
24	<SpP/MP «B»	23,9 град.	22,7 ± 4,3	1,2	
25	Wits	0,2 мм	-0,4 ± 2,5	0,6	
26	N-Sna	49,4 мм	49,6 ± 2,5	-0,2	
27	Sna-Gn	62,9 мм	59,4 ± 2,5	3,5	+
Зубоальвеолярные параметры					
28	<1u/NS	99,8 град.	104,0 ± 6,0	-4,2	
29	1u-NPg	6,1 мм	5,0 ± 2,0	1,1	
30	<1l/MP	99,7 град.	92,0 ± 3,0	7,7	++
31	1l-NPg	4,0 мм	1,0 ± 2,0	3,0	+
32	<1u/1l «alfa»	131,5 град.	133,0 ± 5,0	-1,5	
33	1u-SpP	29,4 мм	27,5 ± 2,0	1,9	
34	6u-SpP	20,8 мм	21,0 ± 2,0	-0,2	
35	6u-PtV	15,0 мм	14,0 ± 2,0	1,0	
36	1l-MP	36,4 мм	40,8 ± 1,8	-4,4	--
37	6l-MP	29,6 мм	28,5 ± 2,5	1,1	
38	<OcP/MP	11,3 град.	17,0 ± 5,0	-5,7	-
Профилометрия					
39	<gl/sn/pg	165,9 град.	168,0 ± 4,0	-2,1	
40	sn-sts : sti-me	49,4%	50,0 ± 5,0	-0,6	
41	ls to pn-pg	-3,1 мм	-4,0 ± 2,0	0,9	
42	li to pn-pg	0,5 мм	-2,0 ± 2,0	2,5	+
43	<col/sn/ls	143,4 град.	102,0 ± 8,0	41,4	+++

ция верхней челюсти, верхняя и нижняя микрогнатия, увеличена общая высота ветви нижней челюсти, увеличена задняя нижняя морфологическая высота, увеличена передняя нижняя морфологическая высота лица, протрузия резцов нижней челюсти (таблица 1).

Диагноз: K00.1 – сверхкомплектный зуб, мезиодентия; K01.1 – импактный 1.1 зуб; K07.3 – мезиальное смещение 1.2 зуба, межзубные промежутки верхней челюсти.

Результаты лечения: на основании полученных данных было принято решение о проведении комбинированного метода лечения, который предусматривает совокупность ортодонтического и хирургического методов.

Преортодонтическая подготовка:

1. Профессиональная гигиена полости рта.
2. Удаление сверхкомплектного зуба.

План ортодонтического лечения:

1. Выжидательная тактика, рассчитанная на самостоятельное прорезывание зуба в течение 6 месяцев.
 2. При отсутствии прорезывания зуба – хирургическое обнажение коронки 1.1 зуба; форсированная экструзия 1.1 зуба.
 3. Нормализация формы и размера зубной дуги верхней челюсти, нормализация положения зубов.
 4. Ретенционный период.
- Из предложенных вариантов несъемной аппаратуры пациентка и мама выбрали доступную с экономической точки зрения брекет-систему Thino (Китай). От постановки брекет-системы на нижнюю челюсть пациентка и мама отказались на этапе планирования ортодонтического лечения из-за финансовых проблем.

Хирургический этап: под аппликационной анестезией Лидоксор 0,1, инфильтрационной анестезией раствором Ультракаина ДС 1,7 мл выкроен трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут в проекции сверхкомплектного зуба, перфорирована кортикальная пластинка, выделен и удален сверхкомплектный зуб; лоскут уложен на место, фиксирован швами ПГА.

Учитывая стадию формирования корня и ангуляцию 1.1 зуба, планировалась выжидательная тактика, рассчитанная на самостоятельное прорезывание зуба.



Рис. 1. Ортопантомограмма до начала лечения
Fig. 1. Pretreatment orthopantomogram

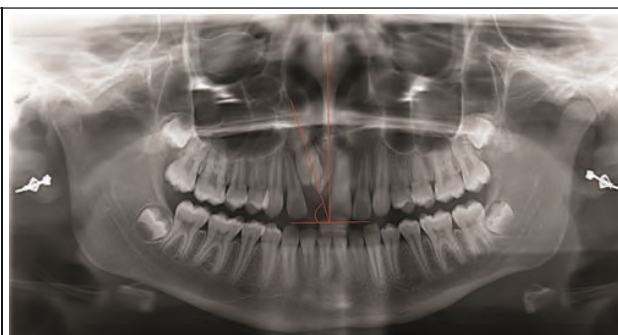


Рис. 2. Ортопантомограмма с измерениями по Smailiene D. и др.; по Bryan R.A. и др.
Fig. 2. Orthopantomogram with Smailiene D. et al.; Brian R.A. et al. measurement

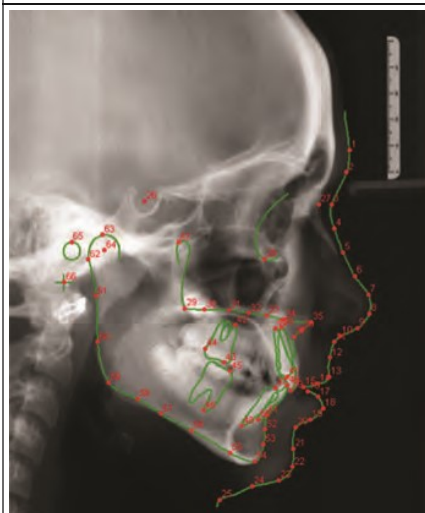


Рис. 3. Телерентгенограмма в боковой проекции до начала лечения
Fig. 3. Pretreatment lateral telerradiograph



Рис. 4. Ортопантомограмма после постановки аттачменов «Мини-молд»
Fig. 4. Orthopantomogram after fixed appliance «Mini-mold» attachments

Через 6 месяцев положительной динамики в положении 1.1 зуба не наблюдалось.

28.05.2018 г. под аппликационной анестезией Лидоксор 0,1, инфильтрационной анестезией раствором Ультракаина ДС 1,5 мл выполнен разрез слизистой в области 1.1 зуба. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут. Удалена наружная кортикальная пластинка. Обнажена вестибулярная поверхность 1.1 зуба открытым способом [9]. Гемостаз.

Ортодонтический этап: одновременно проведена фиксация петельки с крючком из металлической лигатуры на режущий край коронки 1.1 зуба, изготовлены кнопки на 1.2, 1.3, 2.1, 2.2 зубы из жидкотекучего микрогибридного композитного материала LC Flowfill SE с использованием формы «Мини-молд», проведено связывание металлической лигатурой кнопок на 1.2, 1.3 зубах, 2.1, 2.2 зубах (рис. 4). Пациентке назначена межчелюстная эластическая тяга «Перепел» (60 гр, 4,76 мм) от петли на 1.1 зубе к кнопкам на 1.2, 1.3, 2.1, 2.2 зубах для форсированной экстррузии 1.1 зуба, с режимом ношения эластической тяги не менее 18 часов в сутки.

13.07.2018 г. / 8 недель ортодонтического лечения:

Жалобы: нет. Повторное наблюдение.

Объективно: Отмечается прорезывание 1.1 зуба, вестибулярное положение, тортоаномалия 1.1 зуба, дефицит места для 1.1 зуба, тремы между 1.2, 1.3, 2.3, 2.4 зубами.

Лечение: Припасовка и коррекция старого съемного пластиночного аппарата механического действия. Реактивация винта на пять оборотов. Аппарат активировать 1 раз в 10 дней. Аппарат использовать в течение суток. Межчелюстную эластическую тягу не использовать. Рекомендована постановка несъемной ортодонтической аппаратуры – брекет-системы.

21.09.2018 г. / 17 недель:

Жалобы: нет. Повторное наблюдение.

Объективно: I класс по Энглу, супраположение, тортоаномалия 1.1 зуба (рис. 5). $\Sigma 4_{вр} = 31,5$, $\Sigma 4_{нр} = 22,3$, $IT = 31,5/22,3 = 1,41$. Уменьшение ширины центральных резцов нижней челюсти. Расширение области 1.4-2.4 зубов на 2,0 мм, в области 1.6-2.6 зубов на 1,6 мм, укорочение переднего отрезка верхней челюсти на 3,2 мм.

Лечение: Сошлифовывание кнопок с 1.2, 1.3, 2.1, 2.2 зубов, дебондинг петли с 1.1 зуба. Постановка брекет-системы Thino на верхнюю челюсть: брекететы на 1.5, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 зубы, щечные трубки на 1.6, 2.6, 1.7, 2.7 зубы. Установлена дуга .012 CuNiTi. Наложение 10 металлических лигатур.

13.11.2018 г. / 25 недель:

Жалобы: нет. Повторное наблюдение.

Объективно: Супраположение 1.1 зуба, протрузия 2.1 зуба, диастема между 1.1, 2.1 зубами – 1,0 мм, трема между 2.3, 2.4 зубами (рис.6).

Лечение: Плановая смена дуги на .016 CuNiTi. Наложение 10 металлических лигатур.

17.01.2019 г. / 34 недели:

Жалобы: нет. Повторное наблюдение.

Объективно: Супраположение 1.1 зуба, диастема между 1.1, 2.1 зубами – 1,0 мм, трема между 2.3, 2.4 зубами.

Лечение: Плановая смена дуги на .016x.022 CuNiTi. Наложение 10 металлических лигатур.



Рис. 5. Клинические фотографии зубных рядов до постановки брекет-системы:

а – передняя правая проекция;
б – передняя проекция;
в – передняя левая проекция;
г – проекция верхнего зубного ряда;
д – проекция нижнего зубного ряда



Fig. 5. Pretreatment intraoral photographs before fixed appliance:

a – right side;
b – frontal view;
c – left side;
d – upper occlusal view;
e – lower occlusal view

70

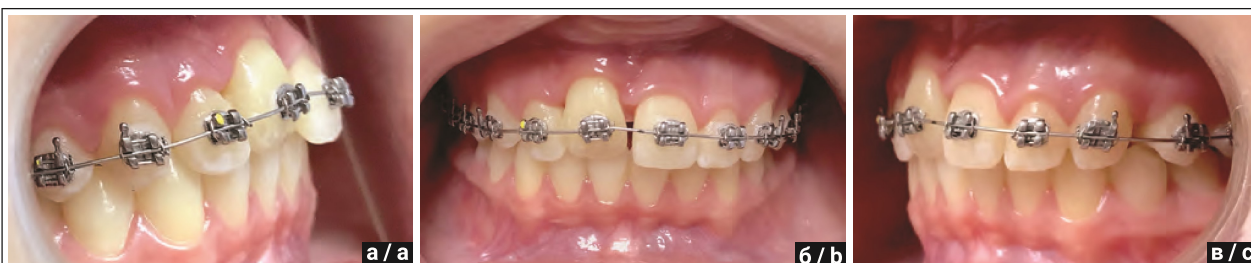


Рис. 6. Клинические фотографии зубных рядов на этапе ортодонтического лечения:

а – передняя правая проекция; б – передняя проекция; в – передняя левая проекция

Fig. 6. Intraoral photographs at the stage of orthodontic treatment: a – right side; b – frontal view; c – left side



Рис. 7. Клинические фотографии зубных рядов на этапе ортодонтического лечения:

а – передняя правая проекция; б – передняя проекция; в – передняя левая проекция

Fig. 7. Intraoral photographs at the stage of orthodontic treatment: a – right side; b – frontal view; c – left side



Рис. 8. Ортопантомограмма на этапе ортодонтического лечения

Fig. 8. Orthopantomogram at the stage of orthodontic treatment

21.03.2019 г. / 10 месяцев:

Жалобы: нет. Повторное наблюдение.

Объективно: Супраположение 1.1 зуба, «черные треугольники» между 1.1, 1.2, 2.1 зубами, трема между 2.3, 2.4 зубами (рис. 7). На ортопантомограмме от 21.03.2019 г. нормализована ангуляция корня 1.1 зуба (рис. 8).

Лечение: Переклейка брекета на 1.1 зубе, коррекция по высоте. Оставлена прежняя дуга .016x.022 CuNiTi. Наложение 10 металлических лигатур.



Рис. 9. Клинические фотографии зубных рядов после лечения:

а – передняя правая проекция;
б – передняя проекция;
в – передняя левая проекция;
г – разомкнутые зубные ряды
спереди;
д – проекция верхнего зубного ряда
Fig. 9. Post-treatment intraoral
photographs:
a – right side; b – frontal view;
c – left side; d – open arch;
e – upper occlusal view

17.05.2019 г. / 12 месяцев:

Жалобы: нет. Повторное наблюдение.

Объективно: «Черные треугольники» между 1.1, 1.2, 2.1 зубами, трема между 2.3, 2.4 зубами.

Лечение: Межапроксимальная редукция эмали в области 1.1, 1.2, 2.1 зубами. Плановая смена дуги на .016x.022 SS. Наложение 10 металлических лигатур. Наложение эластической цепочки без промежутка от 1.6 до 2.6 зуба.

30.07.2019 г. / 14 месяцев:

Жалобы: нет. Повторное наблюдение.

Объективно: Размер и форма зубного ряда верхней челюсти нормализованы. Окклюзия в боковых и во фронтальном отделе физиологическая. Положение зубов нормализовано. Несоответствие края маргинальной десны в области 1.1 зуба (рис. 9).

Лечение: Снятие брекет-системы с верхней челюсти, полировка зубов. Постановка несъемного ретейнера на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы (дуга Respond .0210, материал LC Flowfill SE). Применения препарата Fluocal на верхней челюсти. Рекомендовано диспансерное наблюдение после ортодонтического лечения, контроль прорезывания 1.8, 2.8, 3.8, 4.8 зубов (рис. 10).

Результатом ортодонтического лечения пациентка и мама полностью удовлетворены, от коррекции маргинального края десны в об-



Рис. 10. Ортопантомограмма после лечения

Fig. 10. Post-treatment orthopantomogram

ласти фронтальных зубов верхней челюсти отказались.

Эпикриз: пациентка Е., 06.01.2005 года рождения, находилась на ортодонтическом лечении с 28.05.2018 г. по 30.07.2019 г. с диагнозом: K00.1 – сверхкомплектный зуб, мезиодентия; K01.1 – импактный 1.1 зуб; K07.3 – мезиальное смещение 1.2 зуба, межзубные промежутки верхней челюсти. Лечение проводилось несъемной аппаратурой – брекет-системой Thino. От ортодонтического лечения брекет-системой на нижней челюсти отказались. В результате лечения нормализованы размеры и форма зубной дуги верхней челюсти, положение зубов, создана оптимальная окклюзия. Пациентка взята на диспансерный учет. Явка на контрольный осмотр через 6, 12 месяцев.

Выводы

Наличие сверхкомплектных зубов в большинстве случаев является основной причиной импакции центральных резцов верхней челюсти. Таким образом, тактика лечения пациентов с такой патологией зависит от возраста пациента, вертикального положения импактного резца по отношению к рядом стоящему зубу, его ангуляции к средней сагиттальной плоскости. В периоде прикуса постоянных зубов комбинированный метод выведения импактного зуба показал хорошие результаты лечения при междисциплинарном взаимодействии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Митчелл Л. Основы ортодонтии / пер. с англ. под ред. проф. Ю.М. Малыгина. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2017; 43-45. [L. Mitchell. An introduction to orthodontics / Perevod s anglijskogo pod redakciej prof. Yu. M. Malygina. 2-nd ed. M.: GEOTAR-Media. 2017;43-45. (In Russ.)]. <http://www.geotar.ru/lots/NF0005057.html>.
2. A. M. Al-Ramil, A. M. Al-Wosaibi, M. T. Bukhary, M. M. Al-Wusaybie Prevalence of Impacted Teeth and Associated Pathologies – A Radiographic Study, Al Ahsa, Saudi Arabia Population. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2018;70(12):2130-2136. <https://ejhm.journals.ekb.eg/article.9040.html>.
3. M. I. Dmytrenko, O. V. Gurchiy Treatment algorithms of patients with impaction of maxillary central incisors caused by supernumerary teeth. Wiad Lek. 2018;71(4):922-932. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30099436>.
4. D. He, L. Mei, Y. Wang, J. Li, H. Li Association between maxillary anterior supernumerary teeth and impacted incisors in mixed dentition. J Am Dent Assoc. 2017;148(8):595-603. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.05.017>.
5. K. Kaczor-Urbanowicz, M. Zadurska, E. Czochrowska Impacted Teeth: An Interdisciplinary Perspective. Advances in Clinical and Experimental Medicine. 2016;25(3):575-585. <https://doi.org/10.17219/acem/37451>.
6. G. Aren, A.P. Erdem, Ö.D. Onur, G. Ak The prevalence of mesiodens in a group of non-syndromic Turkish children: a radiographic study. Eur Oral Res. 2018;52(3):162-166. <https://doi.org/10.26650/eor.2018.456>.
7. R. R. Kalaskar, A. R. Kalaskar. Multidisciplinary management of impacted central incisors due to supernumerary teeth and an associated dentigerous cyst. Contemp Clin Dent. 2011;2(1):53-58. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.79297>.
8. Аюпова Ф. С., Гаспарян К. К. Клинико-рентгенологическая диагностика и результаты лечения детей с ретенцией комплектов постоянных и сверхкомплектных зубов. Стоматология детского возраста и профилактика. 2015;2:10-14. [F. S. Ayupova, K. K. Gasparyan. Clinical roentgenological diagnostics and treatment results in children complete permanent and supplemental teeth dental retention. Pediatric dentistry and dental prophylaxis. 2015;2:10-14. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24346480>.
9. Рамм Н.Л., Закиров Т.В., Шутова Т.О., Шишмарева А.С. Применение хирургических методов в комплексном лечении ретенции постоянных резцов верхней челюсти. Проблемы стоматологии. 2011;2:51-54. [N.L. Ramm, T.V. Zakirov, T.O. Shutova, A.S. Shishmareva. Primenenie hirurgicheskikh metodov v kompleksnom lechenii retencii postoyannykh rezcov verkhnei chelyusti. Problemy stomatologii. 2011;2:51-54. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16324174>.
10. D. Smaliene, A. Sidlauskas, J. Bucinskiene. Impaction of the central maxillary incisor associated with supernumerary teeth: initial position and spontaneous eruption timing. Stomatologija. 2006;8(4):103-107. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17322650>.
11. R. A. Bryan, B. O. Cole, R. R. Welbury. Retrospective analysis of factors influencing the eruption of delayed permanent incisors after supernumerary tooth removal. Eur J Paediatr Dent. 2005;6(2):84-89. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16004537>.

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/
Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила/Article received 08.07.2019

Координаты для связи с авторами /
Coordinates for communication with the authors:

Гоменюк Е. В. / E. V. Gomenyuk
gomenyuk.elena@yandex.ru



РОССИЙСКАЯ
ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ



Associate
Member

Российская Пародонтологическая Ассоциация (РПА)
реализует различные проекты, направленные на развитие отечественной научной
и практической пародонтологии, а именно:

Организует и проводит региональные, всероссийские и международные мероприятия,
направленные на распространение информации о новейших достижениях
в области клинической пародонтологии;

Занимается созданием российских и переводом европейских клинических рекомендаций;

Участвует в разработке и внедрении методов обучения в области пародонтологии,
а также стандартов и порядков оказания пародонтологической помощи населению РФ;

Организует, координирует и проводит научные исследования и разработки;

Участвует в развитии системы непрерывного медицинского обучения врачей;

Реализует социальные проекты, в том числе направленные на распространение знаний
о снижении заболеваемости и распространенности заболеваний тканей пародонта для населения РФ;

Участвует в работе Европейской Ассоциации Пародонтологии (EFP).

Ознакомиться с деятельностью Ассоциации и узнать информацию о вступлении можно на сайте
www.rsparo.ru

Президент ПА «РПА» – д.м.н., профессор Людмила Юрьевна Орехова (prof_orekhova@mail.ru)
Элект-президент ПА «РПА» – д.м.н., профессор Виктория Геннадьевна Атрушкевич (atrushevichv@mail.ru)
Амбассадор Европерио 11 – Лобода Екатерина Сергеевна (ekaterina.loboda@gmail.com)