

# Лечение глубокого резцового перекрытия у детей в период сменного прикуса. Описание клинического случая

А.С. Шишмарева, Е.С. Бимбас, Е.В. Меньшикова

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация

## Резюме

**Актуальность.** Глубокое резцовое перекрытие у детей и подростков в разные возрастные периоды является одной из самых распространенных зубочелюстных аномалий. У детей в период раннего сменного прикуса наиболее часто встречаются дистальная окклюзия с глубокой резцовой дизокклюзией, по данным разных источников литературы – в 59,8-67,6% случаев. Большинство отечественных и зарубежных авторов в своих исследованиях отмечают, что тяжесть патологии ЗЧА с возрастом увеличивается. В связи с нарастанием глубины перекрытия и усугублением функциональных нарушений лечение данной аномалии в детском возрасте является актуальным.

**Материалы и методы.** В ходе исследования проведен анализ результатов лечения ребенка с глубокой окклюзией с использованием авторского способа.

**Результаты.** Исследование показало преимущество предлагаемого авторского способа лечения. В результате лечения удалось достичь нормальной зубоальвеолярной высоты в боковых отделах нижней челюсти при прорезывании боковой группы зубов, получить правильное соотношение зубных рядов, что способствовало гармоничному развитию челюстно-лицевой области ребенка. В процессе лечения нормализуется ширина и длина верхнего зубного ряда, обеспечивается коррекция формы верхнего зубного ряда, активная интрузия нижних резцов и экструзия боковой группы нижних зубов, нормализуется окклюзионная линия нижней челюсти, вертикальное перекрытие, достигаются хорошие окклюзионные контакты боковых зубов, уменьшается глубина перекрытия резцов. Способ лечения прост в использовании и позволяет за небольшой срок (7-10 месяцев) вылечить детей 9-12 лет.

**Выводы.** Разработанный способ лечения не только обеспечивает коррекцию глубокого резцового перекрытия, но и создает условия для дальнейшего гармоничного развития челюстно-лицевой области, его можно рекомендовать для лечения детей в период сменного прикуса.

**Ключевые слова:** глубокая окклюзия, авторский способ лечения, период сменного прикуса

**Для цитирования:** Шишмарева А.С., Бимбас Е.С., Меньшикова Е.В. Лечение глубокого резцового перекрытия у детей в период сменного прикуса. Описание клинического случая. Стоматология детского возраста и профилактика. 2021;21(2):132-137. DOI: 10.33925/1683-3031-2021-21-2-132-137.

132

## Treatment of deep overbite in mixed dentition: a clinical case report

A.S. Shishmareva, E.S. Bimbas, E.V. Menshikova

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

## Abstract

**Relevance.** Deep overbite is one of the most frequent malocclusions in children and teenagers of different ages. Distal occlusion with a deep overbite is the most common (59.6-67.6% according to the literature) in early mixed dentition. Most Russian and international authors state in their research that the severity of malocclusion increases with age. The treatment of the pathology in children is relevant due to deterioration of the deep overbite with age, worsening of functional disorders.

**Materials and methods.** The study analyses the treatment results of a child with a deep bite using the authors' technique.

**Results.** The study demonstrated the advantages of the authors' technique. The treatment allowed achieving normal dentoalveolar heights in the posterior mandible on molar and premolar eruption, establishing the correct relationship between the upper and lower dental arches that promoted harmonious development of the child's maxillofacial area. The treatment regulated the length and width of the upper dental arch and corrected its form. The active intrusion of the lower incisors and extrusion of the lower posterior teeth were observed during the treatment. The curve of Spee was restored, and an increased overlap reduced. Occlusal contacts of posterior teeth improved, and deep overbite decreased. The technique is easy to use and allows curing 9-12-year-old children in a short period (7-10 months).

**Conclusions.** The suggested technique treats deep overbite as well as creates conditions for the further harmonious development of the maxillofacial area. Thus, it can be recommended for the treatment in early mixed dentition.

**Key words:** deep bite, author's technique, mixed dentition

**For citation:** A.S. Shishmareva, E.S. Bimbas, E.V. Menshikova. Treatment of deep overbite in mixed dentition: a clinical case report. Pediatric dentistry and dental prophylaxis. 2021;21(2):132-137. DOI: 10.33925/1683-3031-2021-21-2-132-137.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Глубокое резцовое перекрытие у детей и подростков в разные возрастные периоды является одной из самых распространенных зубочелюстных аномалий [1-3]. У детей в период смены зубов наиболее часто встречаются дистальная окклюзия с глубокой резцовой дизокклюзией, по данным разных источников литературы – в 59,8-67,6% случаев [4-6]. В связи с нарастанием глубины перекрытия с возрастом, усугублением функциональных нарушений актуальным является лечение данной аномалии у детей. Большинство отечественных и зарубежных авторов в своих исследованиях подтверждают, что патология ЗЧА с возрастом усложняется [7-10]. Многие авторы рекомендуют при коррекции ГРП использовать одновременно несъемную и съемную аппаратуру [1, 12, 8]. Использование брекет-систем в сочетании с функционально-действующими аппаратами необходимо при коррекции аномалии окклюзии у подростков в пубертантном периоде (девочки от 10 до 13 лет; мальчики 12-16-летнего возраста). Традиционный способ ортодонтической коррекции глубокого резцового перекрытия предполагает лечение в два этапа: на первом этапе применяется пластинка на ВЧ с накусочной площадкой, вестибулярной дугой и опорно-удерживающими кламперами Адамса, разобщающая зубные ряды в боковых участках. Средняя продолжительность первого этапа – 12 месяцев. После завершения прорезывания постоянных зубов проводят второй этап лечения, используя полную несъемную ортодонтическую технику (брекет-система) для окончательной коррекции зубных рядов и их соотношения. Средняя продолжительность второго этапа – 18 месяцев.

Таким образом, разработка новых способов лечения глубокого резцового перекрытия у детей актуальна. Известно, что у детей с глубокой резцовой окклюзией по мере роста ребенка не наступает саморегуляции аномалии, а отсутствие лечения приводит к задержке роста нижней челюсти, развитию гнатической формы аномалии. Чем позднее происходит обращение пациентов с данной патологией, тем более выражена ее тяжесть [1-3, 7, 9].

**Цель исследования** – продемонстрировать на клиническом примере эффективность способа лечения глубокого резцового перекрытия у ребенка в период сменного прикуса.

**Задача** – проанализировать непосредственный результат лечения глубокого резцового перекрытия у ребенка в период сменного прикуса.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Авторами разработан способ лечения глубокой окклюзии при сужении и укорочении верхнего зубного ряда у детей с односторонней полной расщелиной верхней челюсти в период сменного прикуса [12]. Данный способ лечения успешно применяется у детей без дефекта верхней челюсти. Материалы механических элементов в аппаратах сертифицированы, широко используются в ортодонтической практике и зарекомендовали себя отсутствием аллергических реакций, безвредностью для тканей полости рта. Проведено лечение двух групп детей 10-12 лет по 15 человек. У 15 детей с глубоким резцовым перекрытием лечение проводилось с применением традиционного способа ортодонтической коррекции, у второй группы применялся авторский способ лечения. При использовании авторского способа лечения роди-

тели подписывали добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и на применение данного способа лечения у своего ребенка.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**  
**Клинический случай**

Родители пациента Ч., 9 лет, обратились к врачу-ортодонту с жалобами на нарушение эстетики, откусывания пищи. **Анамнез жизни:** факторов, влияющих на развитие аномалии не обнаружено, алергоанамнез спокоен. **Анамнез заболевания:** со слов родителей, в процессе смены передних зубов обратили внимание на их неправильное положение. Ранее к врачу-ортодонту не обращались. **Клиническое обследование.** При внешнем осмотре определяется лицо симметрично; верхняя, средняя и нижняя части лица пропорциональны; выпуклый профиль (рис. 1). Осмотр полости рта: ранний сменный прикус; I класс по Энглю по молярам справа и слева; вертикальное перекрытие 5 мм, сагиттальная щель 1 мм; зубы 7.5, 8.4 и 8.5 отсутствуют, сужение верхнего зубного ряда; укорочение зубных рядов; мезиальное смещение и наклон зубов 3.6 и 4.6; скученность нижних резцов, ретрузия зубов 1.1 и 2.1, вестибулярное прорезывание зубов 1.2 и 2.2 (рис. 2).



Рис. 1. Клинические фотографии лица пациента до лечения: а) лицо анфас; б) профиль лица

Fig. 1. Pretreatment clinical photographs of the face: a) full face; b) face profile



Рис. 2. Клинические фотографии зубных рядов до лечения: а) передняя проекция; б) передняя правая проекция; в) передняя левая проекция; г) проекция верхнего зубного ряда; д) проекция нижнего зубного ряда

Fig. 2. Pretreatment intraoral photographs: a) frontal view; b) right side; c) left side; d) upper occlusal view; e) lower occlusal view

Пациенту Ч. проведено обследование, включающее: рентгенографию; цефалометрию; анализ диагностических моделей.

На представленной ОПТГ (рис. 3) челюстей до лечения: четкий рисунок костной ткани; равномерно и четко прослеживаются костные балки; кортикальные структуры во всех участках нижней челюсти четкие и непрерывные; патологии костной ткани не обнаружено; ветви нижней челюсти симметричны; верхнечелюстные пазухи пневмотизированы, гомогенны; имеются зачатки всех постоянных зубов, кроме 1.8, 2.8, 3.8, 4.8; наблюдается равномерная физиологическая резорбция корней зубов 5.5, 5.4, 5.3, 6.3, 6.4, 6.5, 7.4, 7.3; подрывная резорбция корня зуба 8.3; мезиальный наклон зубов 3.6 и 4.6.

Анализ телерентгенограммы в боковой проекции показал: скелетный класс II; нормодивергентный тип строения лицевого скелета, дистальное положение базиса нижней челюсти, ротация базисов челюстей постериальная, ретрузия резцов, межрезцовый и назолабиальные углы увеличены (рис. 4).

Установлен диагноз: «глубокая резцовая окклюзия, дистальная окклюзия, сужение верхнего зубного ряда, укорочение зубных рядов, аномалия положения отдельных зубов, ранняя потеря зубов 7.5, 8.4, 8.5». K07.23, K07.3, K07.31, K07.32.

После проведенного обследования составлен следующий план ортодонтического лечения:

**I этап.** Раннее ортодонтическое лечение авторским способом, направленное на комбинацию постепенного медленного расширения верхнего зубного ряда и коррекцию окклюзионной линии нижнего зубного



Рис. 3. Ортопантомограмма до лечения  
Fig. 3. Pretreatment orthopantomogram



Показатель	Норма	До лечения
SNA	82±2	79
SNB	80±2	74
ANB	2±2	5
NSL/ML	32±5	38
NSL/NL	7±2	10
NL/ML	25±3	28
ILS/NL	115±5	100
ILI/ML	90±5	82
ILI/ILI	125±5	149
pl-sn-pg	12±2	14
cm-sn-ls	112±2	120

Рис. 4. Телерентгенограмма головы в боковой проекции до лечения и результаты цефалометрического анализа  
Fig. 4. Pretreatment lateral teleradiograph and the results of the cephalometric analysis



Рис. 5. Клинические фотографии зубных рядов на этапе ортодонтического лечения:  
а) передняя проекция;  
б) передняя правая проекция;  
в) проекция верхнего зубного ряда  
Fig. 5. Intraoral photographs at the stage of orthodontic treatment:  
a) frontal view; b) right side;  
c) upper occlusal view



Рис. 6. Клинические фотографии зубных рядов на этапе ортодонтического лечения:  
а) передняя проекция;  
б) передняя правая проекция;  
в) проекция нижнего зубного ряда  
Fig. 6. Intraoral photographs at the stage of orthodontic treatment:  
a) frontal view; b) right side;  
c) lower occlusal view



Рис. 7. Клинические фотографии зубных рядов на этапе ортодонтического лечения:  
а) передняя проекция;  
б) передняя правая проекция;  
в) передняя левая проекция  
Fig. 7. Intraoral photographs at the stage of orthodontic treatment:  
a) frontal view; b) right side;  
c) left side

ряда, что способствует нормализации вертикального перекрытия, коррекции глубокой окклюзии и созданию условий физиологического развития челюстей.

1. Медленное расширение верхнего зубного ряда, активная интрузия нижних резцов. Использование съемного пластиночного ортодонтического аппарата, оснащенного винтом и накусочной площадкой в переднем отделе верхней челюсти, который удерживается с помощью круглых кламмеров на клыки, кламмеров Адамса на верхние первые постоянные моляры.

2. Нивелирование и выравнивание зубов и нижнего зубного ряда, активная интрузия и протрузия резцов нижней челюсти, экстррузия боковой группы нижних зубов. Использование бекет-системы на зубах нижнего зубного ряда – техника 2\*4.

**II этап.** Наблюдение за прорезыванием боковой группы зубов.

### Динамика ортодонтического лечения

Первое посещение: снятие альгинатных оттисков с челюстей для изготовления аппарата на верхнюю челюсть.

Второе посещение: припасовка ортодонтического аппарата на верхнюю челюсть (рис. 5). Пациента и родителей обучили правильному гигиеническому уходу за полостью рта с аппаратом. Даны рекомендации по активации винта – медленный темп активации (0,25 мм в неделю). Ношение аппарата круглосуточное.

Третье посещение (через один месяц). Пациент к аппарату адаптирован, ношение регулярное. Фиксация частичной брекет-системы на зубы нижнего зубного ряда, наложение нитиноловой дуги круглого сечения 0,014 дюйма, пружины в боковых отделах, лигирование (рис. 6).

Четвертое посещение (через три месяца). Пациент к брекет-системе адаптирован. Смена дуги на никель-титановую круглого сечения 0,016 дюйма, пружины в боковых отделах, лигирование.

Пятое посещение (через три месяца). Смена дуги на никель-титановую прямоугольного сечения 0,016\*0,022, пружины в боковых отделах, лигирование (рис. 7).

При осмотре пациента через семь месяцев от начала лечения установлено, что произошла интрузия нижних резцов (под действием жевательных сил посредством накусочной площадки), нормализация окклюзионной линии нижней челюсти (кривая Spee), нормализация вертикального перекрытия, коррекция глубокой окклюзии, улучшение соотношения челюстей в сагиттальной плоскости. Продолжительность этапа активного ортодонтического лечения составила семь месяцев. В течение 18 месяцев шло наблюдение за прорезыванием зубов опорной зоны.

При осмотре полости рта после лечения определяется: смыкание моляров справа и слева по I классу, вертикальное перекрытие 1,5 мм, сагиттальная щель 1 мм, правильная форма зубных рядов и положение зубов, достаточное место для прорезывания зубов опорной зоны (рис. 8, 9). По данным цефалометрии пациента, после лечения отмечается: 1 скелетный класс; нормоположение базисов челюстей; нормоположение резцов; выпуклый профиль, что свидетельствует о гармоничном развитии челюстно-лицевой области (рис. 10).

Таким образом, предлагаемый способ лечения глубокой окклюзии у ребенка в период сменного при-



Рис. 8. Клинические фотографии лица пациента после лечения: а) лицо анфас; б) профиль лица

Fig. 8. Post-treatment clinical photographs of the face: а) full face; б) face profile



Рис. 9. Клинические фотографии зубных рядов после лечения: а) передняя проекция; б) передняя правая проекция; в) передняя левая проекция; г) проекция верхнего зубного ряда; д) проекция нижнего зубного ряда

Fig. 9. Post-treatment intraoral photographs: а) frontal view; б) right side; в) left side; д) upper occlusal view; е) lower occlusal view



Рис. 10. Телерентгенограмма головы в боковой проекции после лечения и результаты цефалометрического анализа  
Fig. 10. Post-treatment lateral telero radiograph and the results of the cephalometric analysis

куса показал в максимально быстрые сроки (семь месяцев) устранение дефекта прикуса. Произошли: интрузия нижних резцов, расширение верхнего зубного ряда, нормализация окклюзионной линии нижней челюсти (кривая Spee), нормализация вертикального перекрытия, улучшение соотношения челюстей (скелетных параметров) в вертикальной и сагиттальной

плоскостях. На положительное влияние проведенного лечения указывают данные клинического и цефалометрического анализа. Раннее устранение глубокой окклюзии при сужении верхнего зубного ряда, укорочении верхнего зубного ряда у ребенка дает возможность зубам опорной зоны устанавливаться в правильное соотношение при прорезывании, улучшить соотношение челюстей между собой и в пространстве черепа, вследствие перенаправления роста нижней челюсти, оказывает влияние на зубоальвеолярные

структуры, коррекцию глубокого прикуса и, как следствие, создает условия для дальнейшего гармоничного развития ЧЛО.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование показало эффективность авторского способа лечения глубокой окклюзии у ребенка в период сменного прикуса. Способ лечения в короткие сроки позволил достичь коррекции глубокого прикуса и гармоничного развития челюстно-лицевой области.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bhateja NK. Deep bite malocclusion: exploration of the skeletal and dental factors. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC.* 28(3):449-454. Available from:

<https://jamc.ayubmed.edu.pk/jamc/index.php/jamc/article/view/1412>.

2. Narayanan RK. Prevalence of malocclusion among 10-12-year-old schoolchildren in Kozhikode district, Kerala: an epidemiological study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2016;9(1):50-55.

<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1333>.

3. Фадеев РА, Тимченко ВВ. Применение методики определения оптимальной окклюзионной плоскости для лечения пациентов с вертикальными зубочелюстными аномалиями. *Вестник Новгородского государственного университета.* 2017;3(101):1-7. Режим доступа:

<https://www.novsu.ru/vestnik/vestnik/i.78099/?article=1324484>.

4. Ishihara Y, Kuroda S, Sugawara Y, Balam T, Takano-Yamamoto T, Yamashiro T. Indirect usage of miniscrew anchorage to intrude overerupted mandibular incisors in a Class II patient with a deep overbite. *Orthodontic of France.* 2016;87(2):229-243.

<https://doi.org/10.1051/orthodfr/2016022>.

5. Kumar P, Datana S, Londhe S. M., Kadu A. Rate of intrusion of maxillary incisors in Class II Div 1 malocclusion using skeletal anchorage device and Connecticut intrusion arch. *Medical Journal Armed Forces India.* 2017;73(1):65-73.

<https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2015.10.006>.

6. Тимченко ВВ, Фадеев РА. Особенности строения лица у пациентов с вертикальными зубочелюстными аномалиями. *Педиатр.* 2017;8(1):M336-M337. Режим доступа:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30719117&>

7. Chardey EK, Fastuca R, Beretta M, Di Blasio A, Vercellini N, Caprioglio A, Zecca PA, Macchi A. Digital Dynamic 3D Monitoring of Lower Incisors Intrusion in Lingual Orthodontics. *The Open Dentistry Journal.* 2018;31(1)2:104-117.

<https://doi.org/10.2174/1874210601812010104>.

8. Багненко НМ, Багненко АС, Гребнев ГА, Мадай ДЮ. Определение первоочередной нуждаемости в ортодонтическом лечении детей школьного возраста в Ленинградской области. *Стоматология.* 2016;95(2):48-53.

<https://doi.org/10.17116/stomat201695248-53>.

9. Иванов ВВ, Ачкасов ЕЕ, Марков НМ, Кречина ЕК. Изменение постурального статуса при ортодонтическом лечении нарушений прикуса. *Стоматология.* 2018;97(1):50-53.

<https://doi.org/10.17116/stomat201897150-53>.

10. Щербенко АО. Определение повышенной стираемости зубов среди молодых людей. *Молодой ученый.* 2017;24(158):74-77. Режим доступа:

<https://moluch.ru/archive/158/44505/>.

11. Dodda K, Prasad SR., Kanuru R, Nalluri S, Mittapalli R, Raghavendra. Diagnostic features of Angle's Class II div 2 malocclusion. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry.* 2015;5(6):513-517.

<https://doi.org/10.4103/2231-0762.170528>.

12. Бимбас ЕС, Меньшикова ЕВ, Шишмарева АС, авторы; ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», патентообладатель. Способ лечения глубокой окклюзии при сужении и укорочении верхнего зубного ряда у детей с односторонней полной расщелиной верхней челюсти в период сменного прикуса. Пат. 2737219. Рос. Федерация. Опубл. 26.11.2020.

## REFERENCES

1. Bhateja NK. Deep bite malocclusion: exploration of the skeletal and dental factors. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC.* 28(3):449-454. Available from:

<https://jamc.ayubmed.edu.pk/jamc/index.php/jamc/article/view/1412>.

2. Narayanan RK. Prevalence of malocclusion among 10-12-year-old schoolchildren in Kozhikode district, Kerala: an epidemiological study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2016;9(1):50-55.

<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1333>.

3. Fadeev RA, Timchenko VV. Determination of the optimal occlusal plane in patients with vertical dentoalveolar anomalies. *Vestnik NovSU.* 2017;3(101):1-7. (In Russ.). Available from:

<https://www.novsu.ru/vestnik/vestnik/i.78099/?article=1324484>.

4. Ishihara Y, Kuroda S, Sugawara Y, Balam T, Takano-Yamamoto T, Yamashiro T. Indirect usage of miniscrew anchorage to intrude overerupted mandibular incisors in a Class II patient with a deep overbite. *Orthodontic of France.* 2016;87(2):229-243.

<https://doi.org/10.1051/orthodfr/2016022>.

5. Kumar P, Datana S, Londhe S. M., Kadu A. Rate of intrusion of maxillary incisors in Class II Div 1 malocclusion using skeletal anchorage device and Connecticut intrusion arch. *Medical Journal Armed Forces India.* 2017;73(1):65-73.

<https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2015.10.006>.

6. Timchenko VV, Fadeev RA. Features of the facial structure in patients with vertical dentofacial anomalies. *Pediatrician.* 2017;8(1): M336-M337. (In Russ.). Available from:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30719117&>

7. Chardey EK, Fastuca R, Beretta M, Di Blasio A, Vercellini N, Caprioglio A, Zecca PA, Macchi A. Digital Dynamic 3D Monitoring of Lower Incisors Intrusion in Lingual Orthodontics. *The Open Dentistry Journal.* 2018;31(1)2:104-117. (In Russ.).

<https://doi.org/10.2174/1874210601812010104>.

8. Chardey EK, Fastuca R, Beretta M, Di Blasio A, Vercellini N, Caprioglio A, Zecca PA, Macchi A. Digital Dynamic 3D Monitoring of Lower Incisors Intrusion in Lingual Ortho-

odontics. The Open Dentistry Journal. 2018;31(1)2:104-117. <https://doi.org/10.2174/1874210601812010104>.

9. Ivanov VV, Achkasov EE, Markov NM, Krechina EK. Changes of postural status in patients undergoing orthodontic treatment. Stomatologiya. 2018;97(1):50-53. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/stomat201897150-53>.

10. Shcherbenko JSC. Determination of increased tooth erasability among young people. A young scientist. 2017;24(158):74-77. (In Russ.). Available from: <https://moluch.ru/archive/158/44505/>.

11. Dodda K, Prasad SR., Kanuru R. Nalluri S, Mittapalli R, Raghavendra. Diagnostic features of Angle's Class II div 2 malocclusion. Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry. 2015;5(6):513-517. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.170528>.

12. Bimbases ES, Menshikova ES, Shishmareva AS, inventors, Ural State Medical University, assignee. A method for the treatment of deep occlusion with narrowing and shortening of the upper dentition in children with a unilateral complete cleft of the upper jaw during a changeable bite. Russian Federation patent RU 2737219. November 26. (In Russ.).

**Конфликт интересов:**

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/

**Conflict of interests:**

The authors declare no conflict of interests

**Поступила / Article received 26.01.2021**

Поступила после рецензирования / Revised 19.02.2021

Принята к публикации / Accepted 02.03.2021

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ****Автор, ответственный за связь с редакцией:**

**Шишмарева Анастасия Сергеевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург, Российская Федерация

Для переписки: Dolphy2007@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8641-9088>

**Бимбас Евгения Сергеевна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Уральского государственного ме-

дицинского университета, Екатеринбург, Российская Федерация

E-mail: [bimbases@gmail.com](mailto:bimbases@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-2518>

**Меньшикова Евгения Витальевна**, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург, Российская Федерация

E-mail: [jenusha87@mail.ru](mailto:jenusha87@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4045-8476>

**INFORMATION ABOUT THE AUTHORS****Corresponding author:**

**Shishmareva Anastasia S.**, DMD, PhD, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

For correspondence: [Dolphy2007@yandex.ru](mailto:Dolphy2007@yandex.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8641-9088>

**Bimbases Eugenia S.**, Dr. Sci. (Med.), Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Ural State

Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

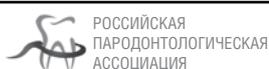
E-mail: [bimbases@gmail.com](mailto:bimbases@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-2518>

**Menshikova Evgeniya V.**, DMD, Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [jenusha87@mail.ru](mailto:jenusha87@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4045-8476>



РОССИЙСКАЯ  
ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКАЯ  
АССОЦИАЦИЯ

ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

## Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика»

Стоимость подписки в печатном виде на 2021 год по России – 2700 рублей

**Подписной индекс в каталоге «Пресса России» – 64229**

Стоимость подписки в электронном виде на 2021 год – 2500 рублей

[www.detstom.ru](http://www.detstom.ru)