

Болезнь Рига-Феде: обзор литературы и описание клинических случаев

И.В. Фоменко, Е.Е. Маслак, А.Л. Касаткина, В.В. Бавлакова, Д.И. Фурсик

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Болезнь Рига-Феде (БРФ) – редко встречающаяся патология, развивающаяся вследствие травмы слизистой оболочки нижней поверхности языка острыми краями натальных, неонатальных или прорезывающихся в срок временных зубов и проявляющаяся в виде эрозии или подъязычного фиброзного образования с эрозированной поверхностью. Цель. Проанализировать данные литературы и представить описание собственных клинических случаев БРФ.

Материалы и методы. Проведен поиск публикаций по теме исследования, представленных в 2001-2023 гг. в основных базах научной литературы (PubMed, E-library, Google Scholar и др.). Проанализированы данные 68 публикаций. Представлено описание собственных трех клинических случаев БРФ у детей в возрасте 5, 6 и 9 месяцев.

Результаты. Анализ данных литературы выявил различные подходы к диагностике и лечению БРФ у детей. Диагностика БРФ должна проводиться по клинической картине, следует исключать дополнительное травмирование детей в виде гистологического исследования и иссечения образования. Главным показанием к удалению зубов (вызвавших развитие БРФ) является их выраженная подвижность, нарушение вскармливания младенцев, наличие у пациентов неврологических заболеваний. При отсутствии подвижности зубов предпочтение следует отдавать консервативным методам лечения. В представленных клинических случаях причиной БРФ были прорезавшиеся временные зубы. В двух случаях лечение заключалось в сглаживании острых краев зубов и реставрации стеклоиономерным цементом. В одном случае у ребенка с неврологическим заболеванием выполнено удаление центральных резцов нижней челюсти. Во всех случаях наблюдалось выздоровление в течение трех-четырех недель.

Заключение. После клинического диагностирования БРФ метод лечения должен выбираться с учетом подвижности зубов и общего здоровья ребенка.

Ключевые слова: дети, болезнь Рига-Феде, диагностика, лечение.

Для цитирования: Фоменко ИВ, Маслак ЕЕ, Касаткина АЛ, Бавлакова ВВ, Фурсик ДИ. Болезнь Рига-Феде: обзор литературы и описание клинических случаев. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2023;23(2):160-167. DOI: 10.33925/1683-3031-2023-614.

Riga-Fede disease: a review of the literature and a description of clinical cases

I.V. Fomenko, E.E. Maslak, A.L. Kasatkina, V.V. Bavlakova, D.I. Fursik

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Riga-Fede disease (RFD) is a rare pathology that develops as a result of trauma to the mucous membrane of the tongue ventral surface with sharp edges of natal, neonatal or primary teeth erupting in time and manifests in the form of erosion or sublingual fibrous lesion with an ulcerated surface.

Purpose. To analyze the literature and present our own RFD clinical cases.

Material and methods. A search was performed of articles published in 2001-2023 on the research topic in the main scientific literature databases (PubMed, E-library, Google Scholar, etc.). We analyzed the data from 68 publications and presented three of our own clinical cases of RFD in children aged 5, 6 and 9 months.

Results. Analysis of literature data revealed different approaches to the diagnosis and treatment of RFD in children. The diagnosis of RFD should rely on the clinical picture and exclude additional trauma to children by histological examination and lesion excision. Pronounced tooth mobility, ineffective infant feeding and the presence of neurological diseases in patients were the main indications for the extraction of teeth, which caused RFD development. In the absence of tooth mobility, non-surgical treatment methods should be preferable. In the presented clinical

cases, erupted primary teeth caused BRF. In two cases, the treatment consisted of smoothing the sharp edges of the teeth and restoration with glass ionomer cement; in one case, a child with a neurological disease experienced extraction of lower central incisors. In all cases, recovery was within 3–4 weeks.

Conclusion. Once clinically diagnosed with RFD, treatment method choice should consider tooth mobility and the child's overall health.

Key words: children, Riga-Fede disease, diagnosis, treatment.

For citation: Fomenko IV, Maslak EE, Kasatkina AL, Bavlakova VV, Fursik DI. Riga-Fede disease: a review of the literature and a description of clinical cases. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2023;23(1):160–167. (In Russ.). DOI: 10.33925/1683-3031-2023-614.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Болезнь Рига-Феде (БРФ; Riga-Fede Disease, RFD) – редкое заболевание, которое чаще возникает у новорожденных и младенцев с натальными и неонатальными зубами [1, 2]. Хроническая травма вентральной поверхности языка острыми краями зубов, возникающая при повторяющихся движениях языка во время сосания, приводит к эрозированию и изъязвлению слизистой оболочки [3, 4]. Эрозии могут также образовываться на губах, щеках, деснах, кончике и спинке языка, верхней челюсти детей, а также на материнской груди [5–8]. При продолжающемся травмировании формируется грануляционное образование, которое затем превращается в опухоль размером от горошины до ореха – образуется подъязычная фиброгранулема с эрозированной поверхностью [9]. Сообщается о наличии у пациентов с БРФ различного рода неврологических и двигательных расстройств, детского церебрального паралича, микроцефалии и др. [10–12].

Младенцы с БРФ могут испытывать затруднения при сосании и глотании. Отсутствие своевременного и правильного лечения этого поражения может привести к обезвоживанию ребенка, недостаточному потреблению питательных веществ и гипотрофии, повышению риска инфицирования поврежденного участка [13–15]. Поэтому своевременное выявление и лечение БРФ важно для полноценного развития ребенка [16]. Все методы лечения БРФ должны быть направлены прежде всего на устранение источника травмы [17, 18].

В условиях онкологической настороженности впечатляющие размеры, внешний вид образования могут явиться причиной ошибочной диагностики, излишних диагностических исследований и чрезмерного радикального вмешательства, тогда как чаще всего возможна спонтанная инволюция образования в течение нескольких недель или месяцев после устранения травмирующего фактора [19].

Отмечается вариабельность клинической картины БРФ, объективные трудности клинической, инструментальной и дифференциальной диагностики заболевания, сложности при выборе метода лечения [20, 21], что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель. Проанализировать данные литературы и представить описание собственных клинических случаев БРФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен поиск публикаций по теме исследования, представленных в 2001–2023 гг. в базах научной литературы PubMed, E-library, Google Scholar, Cyberleninka, Cochrane Library, Medline. Проанализированы данные 68 публикаций с описанием клинических случаев БРФ. Представлено описание собственных трех клинических случаев БРФ у детей в возрасте 5, 6 и 9 месяцев, обследование и лечение которых проводилось на базе кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России. Критериями эффективности лечения БРФ считали: эпителизация эрозивной поверхности слизистой оболочки, остановка роста и рассасывание образования, отсутствие рецидива заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рождение детей с прорезавшимися временными зубами встречается редко, частота составляет от 1:700 до 1:10 000 живорожденных детей [22–24]. Основным осложнением натальных и неонатальных зубов считается изъязвление нижней поверхности языка у младенцев [25, 26]. Для предотвращения осложнений рекомендуется удаление натальных и неонатальных зубов [27]. Однако эрозии вентральной поверхности языка встречаются также и после обычного прорезывания первых временных зубов у детей старше 6 месяцев [28, 29]. Травматические повреждения слизистой оболочки рта, обусловленные прорезавшимися зубами, описываются как болезнь Riga-Fede, если выявляются у детей в возрасте до 2 лет [30]. Клиническая картина и причины заболевания впервые описаны итальянским врачом Riga в 1881 г., а гистология доброкачественного образования – педиатром Fede в 1890 году [31]. В литературе встречаются различные названия этого заболевания: эозинофильная язва слизистой оболочки рта, подъязычная фиброгранулема, папиллома Riga, подъязычный вырост у младенцев, подъязычная язва, репаративное поражение языка, неонатальное травматическое изъязвление языка, травматический атрофический глоссит, травматическая гранулема языка, травматическая язвенная гранулема со стромальной эозинофилией (TUGSE), афты/болезнь Cardarelli [24, 32, 33]. Предлагается различать раннюю и позднюю формы РФБ, которые развиваются у детей младше и старше 6 ме-

сцев соответственно [12, 34]. Возможно образование на слизистой оболочке рта нескольких эрозий [28].

БРФ нередко диагностируется у детей с различными синдромами (Паллистера – Холла, Лёша – Нихана, Райли – Дея, Туретта, коротких ребер – полидактилии II типа, одонто-трихо-ногтевой-пальцево-ладонный и др.), так как при этих синдромах характерно наличие натальных и неонатальных зубов [35–37]. Считается, что БРФ может быть индикатором врожденного отсутствия болевой чувствительности и различных неврологических расстройств [38]. В развитии заболевания у младенцев важная роль отводится короткой уздечке языка, которая препятствует свободному движению языка во время сосания и создает условия для травматического повреждения вентральной поверхности языка острыми краями зубов [39].

Несмотря на то что термин БРФ был предложен для характеристики травмы зубами слизистой оболочки языка у младенцев, в научной литературе встречаются описания случаев БРФ у детей старше 2 лет [40–42] и даже у взрослых [43, 44]. Представлены случаи БРФ у детей старше полутора лет с синдромом Дауна, причиной заболевания названы постоянные движения языка вперед и назад из-за ментальных проблем [45, 46].

Одни авторы считают, что у девочек БРФ встречается реже, чем у мальчиков [25, 33], другие сообщают о более частом развитии заболевания у девочек, чем у мальчиков [9].

Вследствие длительной травмы на нижней поверхности языка сначала образуется эрозия, затем – инфильтративное образование с эрозированной поверхностью, внешний вид которого наводит на мысль о малигнизации [19]. Однако при гистологическом исследовании подтверждается доброкачественность образования, обнаруживается грануляционная ткань и воспалительный инфильтрат, содержащий лимфоциты, нейтрофилы, тучные, плазматические клетки и большое количество эозинофилов [46, 48]. Выявление при глотании плотного контакта образования с режущими краями резцов нижней челюсти позволяет диагностировать БРФ клинически и избежать излишнего инвазивного обследования [7, 33]. Тем не менее, в неясных случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику БРФ с новообразованиями (гранулезоклеточная опухоль, миофиброма, саркома, экстранодальная лимфома и др.), проявлениями инфекции (вирусная и грибковая инфекция, бактериальная инфекция, включая сифилис и туберкулез) и заболеваний слизистой оболочки рта (рецидивирующие афты, красный плоский лишай, медикаментозный глоссит и др.), гематологическими заболеваниями (агранулоцитоз, лейкопения), травмами другого происхождения (насилие, химическая травма, электротравма и др.) [17, 33, 49–51].

Анализ опубликованных в 2001–2021 гг. данных о 57 случаях БРФ показал, что у детей с натальными и неонатальными зубами болезнь проявляется

преимущественно в возрасте от 0 до 4,5 месяцев. У большинства детей выявлены один или два резца нижней челюсти: натальные – 63,1% (36,8% – 2 зуба, 26,3% – 1); неонатальные – 33,3% (17,5% – 2 зуба, 15,8% – 1). Значительно реже выявлялись два натальных моляра на верхней или нижней челюсти (по 1,8%). Как правило, эрозивные поражения локализовались на нижней поверхности языка (66,6% случаев), реже доходили до уздечки языка (10,5% случаев), распространялись в подъязычную область (8,7% случаев) и на другие участки слизистой оболочки и мягких тканей рта (14,2%) [9].

Одним из важнейших вопросов является своевременная диагностика БРФ и выбор необходимого метода лечения, так как неадекватное лечение может вести к обезвоживанию, недостаточному питанию, замедлению развития детей, деформации языка [49]. Лечение БРФ зависит от вида зубов (сверхкомплектные или нет), их состояния (сросшиеся зубы, с несформированным корнем и др.), степени подвижности зубов, опасности их аспирации и проглатывания, от нарушений вскармливания младенцев, успешности консервативной терапии, соматического статуса детей [12, 15, 52]. Для лечения БРФ предлагаются различные меры: шлифование острых краев зубов; композитные или стеклоиономерные шины, покрывающие режущие края зубов; удаление зубов; применение для вскармливания младенцев специальных устройств и бутылочек с большим отверстием в соске; иссечение образования [53–56].

Несмотря на то что многие авторы признают важность консервативного подхода к лечению БРФ, в реальной стоматологической практике большинству (81,8%) детей проводилось только удаление зубов. Лишь в 18,2% случаев применялись методы уплощения, сглаживания, шлифования и/или реставрации режущего края зубов. Каждому пятому ребенку дополнительно назначались для обработки эрозивных образований различные препараты: кортикостероиды (8,8%), обезболивающие (лидокаиновый гель или бензокаиновый препарат, по 3,5%); перекись водорода (1,7%), растительный препарат (1,7%), лазерная терапия (1,7%). Выздоровление происходило в сроки от 2 дней до 3 месяцев (в среднем – 20 дней), независимо от возраста детей и вида лечения [9].

Подвижность зуба была наиболее важным фактором, определяющим выбор метода лечения натальных и неонатальных зубов, из-за высокого риска их спонтанного вывихивания, проглатывания или аспирации [52, 57]. Подвижные зубы удалялись в 93% случаев, неподвижные – в 41% [9]. Удаление всегда проводилось в случаях сверхкомплектных зубов [58, 59]. Применение лазеротерапии ускоряло заживление после удаления зубов [60].

Если показано удаление натального или неонатального зуба у детей в первые 10 дней жизни, рекомендуется предварительное введение витамина К для предотвращения постэкстракционного кровотечения [61, 62].

Энамелопластика проводится, как правило, в неподвижных зубах, включает сглаживание острых краев резцов с использованием алмазного бора [63–65]. При этом применение низкоскоростного наконечника предпочтительнее, так как использование турбинного наконечника повышает опасность избыточного удаления твердых тканей зуба и повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области у подвижных детей. Обработанная бором поверхность полируется силиконовыми головками. Повторный осмотр проводится через 7–10 дней [36, 65].

Сглаживание острых краев зуба может быть дополнено композитной или стеклоиономерной реставрацией [66–68]. Однако выполнение этих процедур у младенцев затруднено, сохраняется высокий риск выпадения реставраций с последующей аспирацией, что может стать предметом судебных исков [9].

На базе кафедры стоматологии детского возраста ВолгГМУ проведено обследование и лечение трех пациентов (две девочки и один мальчик) с БРФ. Девочки в возрасте 6 и 9 месяцев предварительно осмотрены педиатром: соматической патологии не обнаружено, родились в срок, развивались соответственно возрасту. Мальчик в возрасте 5 месяцев имел ранее выявленное врожденное неврологическое расстройство и проживал в Доме ребенка. Во всех трех случаях причиной обращения на кафедру стоматологии детского возраста было наличие травматического изъязвления и опухолевидного образования на вентральной поверхности языка в течение нескольких недель. Образование не причиняло детям особых беспокойств, но мешало кормлению.

Установлено, что пусковым моментом развития БРФ у всех пациентов была травма. В одном случае родители заметили появление образования после травмы подъязычной области острым предметом, во втором случае первые проявления родители связывали с прорезыванием резцов нижней челюсти. В третьем случае ребенок имел неврологическое расстройство, которое сопровождалось привычкой высовывать и прикусывать язык.

При клиническом обследовании у каждого ребенка выявлено уплотненное опухолевидное фиброзно-грануляционное образование вентральной поверхности языка размером 1,5 на 1,5 см, с широким основанием, безболезненное при пальпации, имевшее различную окраску (от бледно-розового до красного цвета) (рис. 1).

В центре образования определялись отпечатки нижних центральных резцов (рис. 2). Центральные резцы нижней челюсти находились в завершающей стадии прорезывания и не были подвижными. Во время глотания отмечена тесная связь между образованием и острыми краями зубов.

После клинического осмотра и дифференциальной диагностики пациентам назначено лечение, которое включало устранение причинного фактора. Двум детям проведено сглаживание острых краев



Рис. 1. Проявления БРФ у ребенка в возрасте 6 месяцев
Fig. 1. Manifestations of RFD in a six-month-old child



Рис. 2. БРФ: отпечатки зубов на поверхности подъязычного образования у ребенка в возрасте 9 месяцев
Fig. 2. RFD: impressions of the teeth on the sublingual lesion surface in a nine-month-old child



Рис. 3. Ребенок с БРФ:
а – до лечения; б – после выздоровления
Fig. 3. Child with RFD:
a – before treatment; b – after treatment

резцов и покрытие их стеклоиономерным цементом. Ребенку с неврологической симптоматикой, в связи особенностями соматического статуса и ухода (ребенок без попечения родителей, проживал в Доме ребенка) проведено удаление нижних центральных резцов (рис. 3).

Во всех случаях лечение было эффективным: происходила эпителизация эрозии, уменьшение образования в размерах вплоть до полного выздоровления в течение 3–4 недель. Рецидивов заболевания не было в течение двух лет наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши клинические наблюдения за детьми с БРФ согласуются с данными других авторов, свидетельствующих о доброкачественной природе процесса, в основе которого лежит реакция слизистой оболочки рта на хроническую травму. Клиническая картина заболевания настолько типична, что позволяет поставить диагноз БРФ без дополнительного гистологического исследования и иссечения образования. Врачи-стоматологи детские должны помнить о возможности сочетания БРФ с различными синдромами, включая врожденную нечувствительность к боли, и своевременно направлять детей на обследование к соответствующим специалистам.

Натальные и неонатальные зубы, которые являются причиной развития БРФ, подлежат удалению из-за опасности их вывихивания и аспирации (или проглатывания). При отсутствии подвижности зубов хорошие результаты дает консервативное лечение, лишь при его неэффективности, чаще всего у детей

с неврологическими расстройствами, прибегают к удалению зубов. В каждом конкретном случае метод лечения БРФ следует выбирать с учетом клинической картины и причинных факторов заболевания, степени нарушения вскармливания и общего здоровья детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34(2):186-188. doi: 10.1111/j.1365-2230.2008.02796.x
- Singhal P, Bhateja S, Vengal M. Riga Fede disease: a case report. *Annals Essences Dentistry*. 2014;6(1):19-21. doi: 10.5958/0976-156X.2014.00006.9
- Jariwala D, Graham RM, Lewis T. Riga-Fede disease. *Br Dent J*. 2008;204(4):171. doi: 10.1038/bdj.2008.113
- Mathew MG. Riga Fede disease in twins. *BMJ Case Rep*. 2022;10;15(11):e252226. doi: 10.1136/bcr-2022-252226
- Zaenglein AL, Chang MW, Meehan SA, Axelrod FB, Orlow SJ. Extensive Riga-Fede disease of the lip and tongue. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(3):445-447. doi: 10.1067/mjd.2002.117213
- Campos-Muñoz L, Quesada-Cortés A, Corral-De la Calle M, Arranz-Sánchez D, Gonzalez-Beato MJ, De Lucas R, Vidaurrázaga C. Tongue ulcer in a child: Riga-Fede disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20(10):1357-1359. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01715.x
- Çavuş Ş, Özmen B. Riga-Fede disease in the upper jaw in an infant. *Dermatol Ther*. 2017;30(5):e12517. doi: 10.1111/dth.12517
- Paranna S, Kamath P. Riga-Fede disease in association with natal teeth. *J Dent Res Rev*. 2017;4(4):69-71. Available from: https://www.jdrr.org/temp/JDentResRev4369-3141635_084336.pdf
- Iandolo A, Amato A, Sangiovanni G, Argentino S, Pisano M. Riga-Fede disease: A systematic review and report of two cases. *Eur J Paediatr Dent*. 2021;22(4):323-331. doi: 10.23804/ejpd.2021.22.04.11
- Alamankany A. Riga-Fede disease associated with Fabry's disease and Niemann-Pick C disease in a boy with microcephaly: A case report. *Int J Health Sci (Qasim)*. 2021;15(1):56-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7786439/>
- Baghdadi ZD. Riga-Fede disease: association with microcephaly. *Int J Paediatr Dent*. 2002; 12(6):442-445. doi: 10.1046/j.1365-263X.2002.00396.x
- Domingues CJ, Herrera A, Fernandez CP, Garcia BB, Camacho F. Riga-Fede disease associated with postanoxic encephalopathy and trisomy 21: a proposed classification. *Pediatr Dermatol*. 2007;24(6):663-665. doi: 10.1111/j.1525-1470.2007.00564.x
- Picciotti M, DiVece L, Viviano M, Giorgio A, Lorenzini G. Meningitis and Riga-Fede disease: an unusual condition. *Eur J Paediatr Dent*. 2014;15(2 Suppl):245-246. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25101514/>
- Bhatt R, Dave B, Sheth M. Riga-Fede Disease: Report of a case with literature review. *Adv Hum Biol*. 2015;5(1):52-55. Available from: <https://oaji.net/articles/2015/957-1433399456.pdf>
- Jamani NA, Ardini YD, Harun NA. Neonatal tooth with Riga-Fede disease affecting breastfeeding: a case report. *Int Breastfeed J*. 2018;13:35. doi: 10.1186/s13006-018-0176-7
- Terzioğlu A, Bingül F, Aslan G. Lingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *J Oral Maxillofac Surg*. 2002;60(4):478. doi: 10.1053/joms.2002.32070
- Baghdadi ZD. Riga-Fede disease: report of a case and review. *J Clin Pediatr Dent*. 2001;25(3):209-213. doi: 10.17796/jcpd.25.3.9725k31q263800km
- Deep SB, Ranadheer E, Rohan B. Riga-Fede disease: report of a case with literature review. *J Advanced Oral Research*. 2011;2(2):27-30. doi: 10.1177/2229411220110205
- Lakshmanan S, Venkataraman S, Singh U. Riga-Fede disease: a mimicker of malignancy. *MJ Case Rep*. 2021;14(3):235976. doi: 10.1136/bcr-2020-235976
- Padmanabhan MY, Pandey RK, Aparna R, Radhakrishnan V. Neonatal sublingual traumatic ulceration – case report & review of the literature. *Dent Traumatol*. 2010;26(6):490-495. doi: 10.1111/j.1600-9657.2010.00926.x
- Kumari A, Singh PK. Diagnosis of Riga-Fede disease. *Indian J Pediatr*. 2019;86(2):191. doi: 10.1007/s12098-018-2776-z
- Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2009;13(1):41-46. doi: 10.4103/0973-029X.44574
- Samadi F, Babaji P, Saha S, Katiyar A, Chowdhry S. Natal teeth: report of two cases and review of literature. *Int J Oral Maxillofac Pathol*. 2011;2(1):33-36. Available from: https://www.researchgate.net/publication/255485983_Natal_Teeth_Report_of_Two_Cases_and_Review_of_Literature
- Patil SD, Dixit U. A Trio discovery – Cardarelli-Riga-Fede disease: a case report and review of literature. *J Contemp Dent*. 2013;3(1):44-48. doi: 10.5005/jp-journals-10031-1034
- Hegde RJ. Sublingual traumatic ulceration due to neonatal teeth (Riga-Fede disease). *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2005;23(1):51-52. doi: 10.4103/0970-4388.16031

26. Hong P. Riga-Fede disease: traumatic lingual ulceration in an infant. *J Pediatr*. 2015;167(1):204. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.03.034
27. Daraz D, Brij B, Shabir R, Afshan. Natal teeth, neonatal teeth and Riga-Fede syndrome: a case report. *EJPMR*. 2019;6(11):420-423. Available from: https://storage.googleapis.com/journal-uploads/ejpmr/article_issue/1588422257.pdf
28. Baroni A, Capristo C, Rossiello L, Faccenda F, Satriano RA. Lingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Int J Dermatol*. 2006;45(9):1096-1097. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02554.x
29. Silva Díaz E, Estébanez Corrales A, Miralles Palmero A, Martín Hernández JM. Enfermedad de Riga-Fede [Riga-Fede disease]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2018;89(6):389-390. doi: 10.1016/j.anpedi.2018.02.014
30. Lee J, Mandel L. Rigo-Fede disease: case report. *N Y State Dent J*. 2014;80(2):36-37. Available from: https://www.researchgate.net/publication/262581128_Rigo-Fede_disease_case_report
31. Eley KA, Watt-Smith PA, Watt-Smith SR. Deformity of the tongue in an infant: Riga-Fede disease. *Paediatr Child Health*. 2010;15(1):581-582. doi: 10.1093/pch/15.9.581
32. Sonali S, Samadi F, Saha S. Riga's papilloma in a 3 month old infant: a case report. *J Internat Dental Medical Res*. 2011;4(1):12-16. Available from: http://www.jidmr.com/journal/DENTISTRY/2011/vol4_no1/3_D1083_Sonali_Saha.pdf
33. van der Meij EH, de Vries TW, Eggink HF, de Visscher JG. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Ital J Pediatr*. 2012;38:20. doi: 10.1186/1824-7288-38-20
34. Jingrwar MM, Bajwa NK, Pathak A. Riga Fede disease: Fibrous hyperplasia associated with natal teeth in an infant. A case report and clinical update. *Indian J Neonatal Medicine Research*. 2014;2(1):11-13. Available from: https://www.ijnmr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2014&month=July&volume=2&issue=1&page=11&id=2004
35. Cunha RF, Boer FAC, Torriani DD, Frossard WGT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001;23(2):158-162. Available from: <https://www.aapd.org/globalassets/media/publications/archives/cunha-23-02.pdf>
36. Basavraj S, Verma KG, Singla M, Verma P. An Associated Polydactyly with Riga – Fede Disease: A Rare Case Report. *J Oral Medicine, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015;1(1):36-38. Available from: <https://www.jooooo.org/article-details/534>
37. Eita AAB. Congenital anomalies-associated Riga-Fede disease as an early manifestation of Lesch-Nyhan syndrome: rare entities in the same pediatric patient-a case report. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):26. doi: 10.1186/s12903-022-02060-1
38. Toy BR: Congenital autonomic dysfunction with universal pain loss (Riga-Fede disease). *Dermatol Online J*. 2001;7(2):17. doi: 10.5070/D35J62N3K3
39. Narang T, De D, Kanwar AJ: Riga-Fede disease: trauma due to teeth or tongue tie? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(3):395–396. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02347.x
40. Ozmen B, Acar O. Persistent untreated Riga-Fede disease for 6 years. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(3):e134-135. doi: 10.1111/pde.12569
41. Li J, Zhang YY, Wang NN, Bhandari R, Liu QQ. Riga-Fede disease in a child. *Clin Exp Dermatol*. 2016;41(3):285-286. doi: 10.1111/ced.12728
42. Yürekli A, Dinçer D. Successfully Treated Riga-Fede Disease. *Dermatol Pract Concept*. 2019;9(3):218-219. doi: 10.5826/dpc.0903a11
43. Leung AKC, Robson WLM: Natal teeth: a review. *J Natl Med Assoc*. 2006, 98(2):226–228. Available from: https://www.researchgate.net/publication/299186430_Natal_teeth_A_review
44. Calistru AM, Lisboa C, Bettencourt H, Azevedo F. Case for diagnosis. Riga-Fede disease. *An Bras Dermatol*. 2012;87(5):791-792. doi: 10.1590/s0365-05962012000500025
45. Senanayake MP, Karunaratne I. Persistent lingual ulceration (Riga-Fede disease) in an infant with Down syndrome and natal teeth: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:283. doi: 10.1186/1752-1947-8-283
46. Polat Ekinci A, Kılıç S, Babuna Kobaner G. Early-onset and persistent traumatic granuloma of the tongue (Riga-Fede disease) associated with neonatal teeth and Down syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(3):131-132. doi: 10.1111/jdv.15336
47. Taghi A, Motamedi MH. Riga-Fede disease: a histological study and case report. *Indian J Dent Res*. 2009;20(2):227-229. doi: 10.4103/0970-9290.52893
48. Mhaske S, Yuwanati MB, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and neonatal teeth: an overview of the literature. *ISRN Pediatr*. 2013;18;2013:956269. doi: 10.1155/2013/956269
49. Costacurta M, Maturo P, Docimo R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. *Oral Implantol (Rome)*. 2012;5(1):26-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533976/>
50. Lee JJ, Sarangam M, Feldman KW, Tieder JS. Riga-Fede disease: a case of sublingual trauma not associated with abuse. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(12):e1735-e1737. doi: 10.1097/PEC.0000000000001922
51. Singh R, Lakhanam M. Riga-Fede disease associated with natal teeth in a premature female child: a case report. *Asian Journal of Dental Sciences*. 2021;11:69-76. doi: 10.9734/bpi/rdmmr/v11/2658E
52. Шаковец НВ, Терехова ТН. Особенности стоматологического обследования детей. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2014;13(4):13-17. Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_22833364_97606027.pdf

Shakovets NV, Terekhova TN. Oral examination of infants and toddlers. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2014;13(4):13-17. Available from:

https://www.elibrary.ru/download/elibrary_22833364_97606027.pdf

53. Baldiwala M, Nayak R. Conservative Management of Riga-Fede disease. *J Dent Child*. 2014;81:103-106. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198954/>

54. Alahmari A, Alahmari AS. Management of Riga-Fede disease: A case report. *Dentistry*. 2017;7(2):413.

doi: 10.4172/2161-1122.1000413

55. Kanumuri PK. Riga Fede Disease. *J Neonatal Surg*. 2017;6(1):20.

doi:10.21699/jns.v6i1.475

56. Marie J, Fricain JC, Boralevi F. Maladie de Riga-Fede [Riga-Fede disease]. *Ann Dermatol Venereol*. 2012;139(8-9):546-549.

doi: 10.1016/j.annder.2012.05.001

57. Dunlop R, Barton D, Jones J. Riga-fede disease: a case report. *J Pediatr Health Care*. 2013;27(2):155-157.

doi: 10.1016/j.pedhc.2012.07.019

58. Danelon M, Emerenciano NG, Garcia LG, Percinoto C, Cunha RF. Natal teeth associated with Riga-Fede ulcer: case report. *Arch Health Investigation*. 2017;6(4):177-180.

doi: 10.21270/archi.v6i4.2059

59. Graillon N, Dumont N, Guyot L. Maladie de Riga-Fede: ulcération traumatique de la langue chez un nourrisson [Riga-Fede disease: traumatic ulceration of the tongue in an infant]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2013;114(2):113-115.

doi: 10.1016/j.revsto.2013.01.010

60. Da Silva, DC, Freitas PM, Calvo AF, Bissoto GiT, Zanolá M, Imparato JC P. Treatment of Riga-Fede disease using laser therapy: clinical case report. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2017;65(1):87-91.

doi: org/10.1590/1981-86372017000100003323

61. Wang CH, Lin YT, Lin YJ. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. *J Formos Med Assoc*. 2017;116(3):193-196.

doi: 10.1016/j.jfma.2016.03.009

62. Kariya PB, Shah S, Singh S, Buch A. Riga-Fede disease associated with syndactyly and oligodactyly: A rare occurrence. *J Clin Pediatr Dent*. 2019;43(5):356-359.

doi: 10.17796/1053-4625-43.5.10

63. Choi SC, Park JH, Choi YC, Kim GT. Sublingual traumatic ulceration (a Riga-Fede disease): report of two cases. *Dent Traumatol*. 2009;25(3):e48-e50.

doi: 10.1111/j.1600-9657.2009.00773.x

64. Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N. Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *Eur J Paediatr Dent*. 2013;14(1):27-32. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/236226439_Natal_and_Neonatal_Teeth_A_Systematic_Review_of_Prevalence_and_Management

65. Nogueira I, Gonçalves F, Moda L, Oliveira R. Riga-Fede disease: double case-report – a conservative and other radical. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2014;68(2):100-104. Available from:

<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v68n2/a03v68n2.pdf>

66. Bafna Y, Khandelwal V, Bafna M, Nayak PA. Management of sublingual ulceration in a 12-month-old child. *BMJ Case Rep*. 2013;2013:bcr2013200356.

doi: 10.1136/bcr-2013-200356

67. Nawaz M, Krishnamurthy S, Sivaraman GS, Sivakumar S, Nawaz N. Riga Fede disease – A case report. *JM-SCR*. 2016;4(6):11089-11091.

doi: 10.18535/jmscr/v4i6.67

68. Volpato LE, Simões CA, Simões F, Nespolo PA, Borges ÁH. Riga-Fede disease associated with natal teeth: Two different approaches in the same case. *Case Rep Dent*. 2015;2015:234961.

doi: 10.1155/2015/234961

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Фоменко Ирина Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Российская Федерация

Для переписки: fomenira@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5279-6106>

Маслак Елена Ефимовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Российская Федерация

Для переписки: eemaslak@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2011-9714>

Касаткина Анжелла Леоновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского

возраста Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Российская Федерация

Для переписки: anjella-volgograd@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3557-5501>

Бавлакова Виктория Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортодонтии Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Российская Федерация

Для переписки: bavlakova60@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6530-0391>

Фурсик Денис Иванович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Российская Федерация

Для переписки: defurs@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6376-8138>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Irina V. Fomenko, DMD, PhD, DSc, Professor, Head of Department of Paediatric Dentistry, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

For correspondence: fomenira@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5279-6106>

Elena E. Maslak, DMD, PhD, DSc, Professor, Department of Paediatric Dentistry, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

For correspondence: eemaslak@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2011-9714>

Anjella L. Kasatkina, DMD, PhD, Associate Professor, Department of Paediatric Dentistry, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

For correspondence: anjella-volgograd@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3557-5501>

Viktoriya V. Bavlakova, DMD, PhD, Associate Professor, Department of Orthodontics, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

For correspondence: bavlakova60@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6530-0391>

Denis I. Fursik, DMD, PhD, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

For correspondence: defurs@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6376-8138>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/

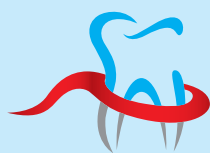
Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 02.04.2023

Поступила после рецензирования / Revised 26.04.2023

Принята к публикации / Accepted 28.04.2023



РОССИЙСКАЯ
ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ

Тел.:

+7 (985) 457-58-05

E-mail: journalparo@parodont.ru

www.parodont.ru

ПАРОДОНТОЛОГИЯ

Рецензируемый научно-практический журнал, издается с 1996 года. Издатель – ПА «РПА». Журнал включен в Перечень ведущих научных изданий ВАК РФ и базу данных Russian Science Citation Index на платформе Web of Science.

ИМПАКТ-ФАКТОР РИНЦ – 1,43

Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» **ВН018550**

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ПРОФИЛАКТИКА

Рецензируемый, включенный в перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК РФ, ежеквартальный журнал.

ИМПАКТ-ФАКТОР РИНЦ – 0,85

Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» **ВН018524**

