



Цементодисплазия челюстей: сложности диагностики на примере клинического случая

Д.А. Немерюк^{1*}, Л.А. Дмитриева¹, М.И. Лазечко²⁻⁴, А.Г. Надточий⁵, Н.Р. Еварницкая¹

¹Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

²Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий

Федерального медико-биологического агентства России, Химки, Российская Федерация

³Научно-практический центр лазерной медицины имени О.К. Скобелкина Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация

⁴Академия постдипломного образования Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация

⁵Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Цементодисплазия – доброкачественное поражение челюстей, часто протекающее бессимптомно и затрудняющее дифференциальную диагностику с хроническим апикальным периодонтитом. Неправильная диагностика может привести к необоснованному лечению. В условиях современной стоматологии использование конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) является важным инструментом для точной диагностики, однако вопросы дифференциальной диагностики с использованием современных методов визуализации остаются актуальными. **Описание клинического случая.** В статье представлен клинический случай пациента с локальными диспластическими изменениями в переднем отделе нижней челюсти, расцененными как цементодисплазия. Для анализа использовались данные КЛКТ и внутриротовой радиовизиографии. Проведен анализ рентгенологических признаков патологии и их дифференциальная диагностика с другими фиброзно-костными поражениями и хроническим апикальным периодонтитом, с учетом наличия ятрогенных вмешательств (имплантации). На примере клинического случая демонстрируется важность анализа данных КЛКТ и внутриротовой радиовизиографии для выявления типичных и спорных рентгенологических признаков цементодисплазии. Подчеркивается, что клиническая картина не всегда типична для периодонтита, что требует тщательного рентгенологического исследования. **Заключение.** КЛКТ играет ключевую роль в постановке точного диагноза цементодисплазии и планировании тактики ведения пациента, позволяя избежать необоснованного эндодонтического или хирургического лечения. Статья иллюстрирует алгоритм дифференциальной диагностики с использованием современных лучевых методов.

Ключевые слова: цементодисплазия, фиброзная дисплазия, остеодисплазия, конусно-лучевая компьютерная томография, внутриротовая радиовизиография, апикальный периодонтит

Для цитирования: Немерюк ДА, Дмитриева ЛА, Лазечко МИ, Надточий АГ, Еварницкая НР. Цементодисплазия челюстей: сложности диагностики на примере клинического случая. *Пародонтология*. 2026;31(1):120-125. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2026-1198>

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Немерюк Дмитрий Алексеевич, кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, 127006, ул. Долгоруковская, д. 4, г. Москва, Российская Федерация. Для переписки: tatnem82@mail.ru

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Благодарности: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Cemento-osseous dysplasia of the jaws: diagnostic challenges in a clinical case

D.A. Nemeryuk^{1*}, L.A. Dmitrieva¹, M.I. Lazechko²⁻⁴, A.G. Nadtochiy⁵, N.R. Evarnitskaya¹

¹Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

²Federal Clinical Center for High Medical Technologies Federal Medical-Biological Agency, Khimki, Russian Federation

³Skobelkin Scientific and Practical Center for Laser Medicine Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russian Federation

⁴Academy of Postgraduate Education, Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russian Federation

⁵Central Scientific Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Cemento-osseous dysplasia is a benign fibro-osseous lesion of the jaws that is often asymptomatic and may be mistaken for apical periodontitis. Misdiagnosis may lead to unnecessary treatment. Cone-beam computed tomography (CBCT) plays an important role in the diagnosis of this condition and in its differential diagnosis from other periapical lesions. **Description of the clinical case.** This report describes a clinical case of a localized cemento-osseous lesion in the anterior mandible, with imaging findings consistent with cemento-osseous dysplasia. The diagnostic workup was based on CBCT and digital intraoral radiography. Radiographic features of the lesion were evaluated, and the differential diagnosis included other fibro-osseous lesions and apical periodontitis, taking into account previous iatrogenic intervention associated with dental implant placement. The case highlights the importance of careful interpretation of CBCT and intraoral radiographs in identifying both typical and atypical features of cemento-osseous dysplasia. **Conclusion.** CBCT plays a key role in the diagnosis of cemento-osseous dysplasia and in treatment planning, helping to avoid unnecessary endodontic or surgical intervention. This case illustrates a practical imaging-based approach to the differential diagnosis of cemento-osseous dysplasia.

Keywords: cemento-osseous dysplasia, fibrous dysplasia, fibro-osseous lesions, cone-beam computed tomography, intraoral radiography, apical periodontitis

For citation: Nemeryuk D.A., Dmitrieva L.A., Lazechko M.I., Nadtochiy A.G., Evarnitskaya N.R. Cemento-osseous dysplasia of the jaws: diagnostic challenges in a clinical case. *Parodontologiya*. 2026;31(1):120-125. (In Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1198>

***Corresponding author:** Dmitriy A. Nemeryuk, Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, 4 Dolgorukovskaya Str., Moscow, Russian Federation, 127006. For correspondence: tatnem82@mail.ru

Conflict of interests: The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments: The authors declare that there was no external funding for the study. There are no individual acknowledgments to declare.

ВВЕДЕНИЕ

Цементодисплазия (периапикальная цементо-дисплазия, цементома) – это доброкачественное фибро-костное поражение, относящееся к группе одонтогенных опухолей, происходящее из тканей периодонта и характеризующееся замещением нормальной костной ткани волокнистой соединительной тканью с последующим формированием цементоподобных структур [1, 2]. Наиболее часто поражается передний отдел нижней челюсти, преимущественно у женщин среднего возраста [3]. Клиническое течение обычно бессимптомное, патология чаще выявляется случайно при рентгенологическом обследовании. Основная диагностическая сложность заключается в рентгенологической мимикрии под воспалительные процессы, в частности хронический апикальный периодонтит, что может приводить к ошибочной тактике лечения [4, 5, 10]. В отечественной практике вопросы дифференциальной диагностики цементо-дисплазии с использованием современных методов визуализации, в частности КЛКТ, остаются актуальными, что подчеркивается в работах последних лет [6-9]. Данная статья на примере конкретного случая иллюстрирует алгоритм дифференциальной диагностики с использованием современных лучевых методов.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент (мужчина, 1989 г.р.) был направлен на консультацию в связи с выявленным на ортопантограмме периапикальным разрежением в области зуба 3.5 без клинических проявлений периодонтита (рис. 1).

На ортопантограмме в области корней зубов 3.3 и 3.4 определяется уплотнение структуры кости с четкими и слегка волнистыми контурами; резорбции корней зубов не выявлено.

На прицельном снимке в области зуба 3.5 определяется дефект твердых тканей коронки, не сообщающийся с полостью зуба. Периодонтальная щель прослеживается на всем протяжении, деструктивных изменений в периапикальной области не выявлено (рис. 2).

На радиовизиограмме обращает на себя внимание уплотнение структуры альвеолярной кости мезиальнее (ближе к корню зуба 3.4) и дистальнее апикальной части зуба 3.5, что имитирует наличие периапикального очагового разрежения кости с нечеткими контурами (что первоначально могло трактоваться как очаг деструкции при хроническом апикальном периодонтите (K04.5)). Однако витальность зуба в анамнезе не была установлена. В области ранее удаленного зуба 3.6, по причине хронического апикального периодонтита K04.5, отмечался корректно установленный дентальный имплантат.

В структуре нижней челюсти в области зуба 3.2-3.5 (тонкие стрелки) и зубов 4.2-4.5 (толстые стрелки) имеются множественные очаговые образования размером до 8 x 6 мм неоднородно повышенной плотности, с четкими неровными контурами, большая часть которых окружена тонкой полосой низкой плотности (гиподенсной каймой) (рис. 3а-в. Корни зубов без признаков резорбции; описанные образования отделены от корней зубов периодонтальной щелью; контуры нижнечелюстных каналов и подбородочных отверстий четкие. Аналогичные очаговые образования выявлены в области вершечек корней



Рис. 1. Ортопантомограмма после имплантации
(источник: составлено авторами)
Fig. 1. Panoramic radiograph after implant placement
(Sources: compiled by the author)

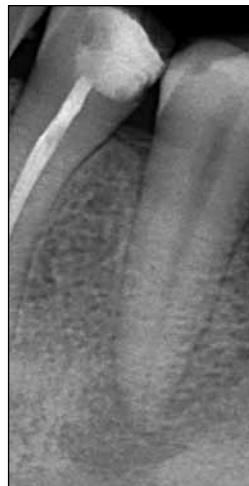


Рис. 2. Внутриворотная радиовизиография
(источник: составлено авторами)
Fig. 2. Digital intraoral radiograph
(Sources: compiled by the author)

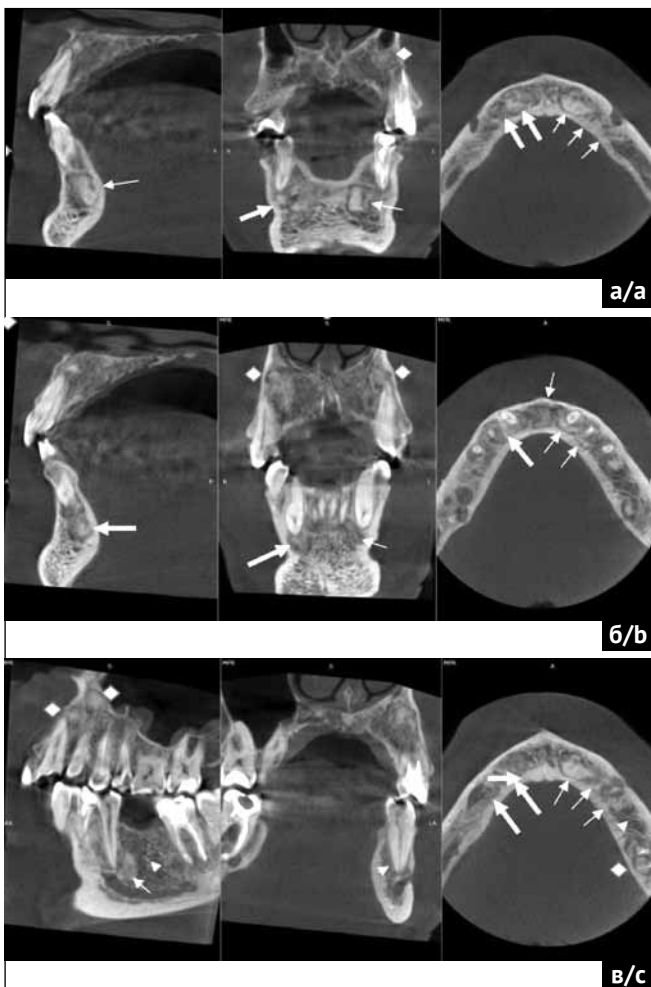


Рис. 3. Конусно-лучевая компьютерная томография: мультипланарные реформаты в области зубов 3.5-4.4
а) Очаговые образования в области зубов 2.4, 3.5, 4.5
б) Очаговые образования в области зубов 1.3, 2.3
в) Очаговые образования в области зубов 2.2, 3.6, 3.5
(Источник: составлено авторами)
Fig. 3. Cone-beam computed tomography: multiplanar reconstructions of the region of teeth 3.5-4.4
а) Focal lesions in the region of teeth 2.4, 3.5, and 4.5
б) Focal lesions in the region of teeth 1.3 and 2.3
с) Focal lesions in the region of teeth 2.2, 3.6, and 3.5
(Sources: compiled by the author)

зубов 2.4 (рис. 3а, ромбы), зубов 1.3 и 2.3 (рис. 3б, ромбы), зубов 2.2 и 3.6 (рис. 3в, ромбы). В области зуба 3.5 на фоне неизменной по плотности губчатой кости имеются множественные точечные включения высокой плотности (рис. 3в, головки стрелок).

Дифференциальная диагностика и обсуждение. На основании данных КЛКТ был исключен диагноз K04.5 «хронический апикальный периодонтит зуба 3.5». Основные аргументы против воспалительного генеза:

- наличие множественных очагов в прикорневых зонах в области нескольких зубов;
- сохранение периодонтальной щели вокруг корней, что не характерно для деструктивного воспалительного процесса, который обычно приводит либо к ее расширению, либо к разрушению кортикальной пластинки;
- наличие как плотных (минерализованных), так и разреженных (фиброзных) участков в одном очаге;
- отсутствие клинических признаков острого воспаления и сообщения кариозного дефекта с пульпой.

Наиболее вероятным диагнозом в данном случае была определена периапикальная цементодисплазия (склерозирующая форма) (K10.8 – Другие уточненные болезни челюстей / цементома).

Данное заключение основано на следующих характерных признаках:

- локализация: классическое расположение в мезиальных отделах альвеолярных костей (альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти);
- рентгенологический полиморфизм: сочетание участков пониженной плотности (без значимой минерализации) и высокой плотности (с выраженной минерализацией) в одной области; наличие точечных включений высокой плотности в толще обычной по структуре губчатой кости (типичный признак формирования плотной минерализованной цементоподобной ткани);
- четкость контуров с наличием капсулы;
- отсутствие деструкции корней зубов.

Дифференциальный ряд также включал:

1. Хронический апикальный периодонтит (K04.5). Исключен на основании сохранности периодонталь-

ной щели и отсутствия связи с кариозной полостью. В отличие от цементодисплазии, при периодонтите очаг деструкции, как правило, единичный, связан с верхушкой корня, не имеет гиподенсного ободка и склеротических включений на ранних стадиях.

2. Фиброзная дисплазия (K10.8). Для нее характерен более диффузный, «бесформенный» характер поражения челюсти с эффектом «матового стекла» и плавным переходом в здоровую кость. Отсутствует характерная для цементодисплазии трехкомпонентная рентгенологическая картина (литическая, смешанная, склеротическая стадии) и множественные дискретные очаги.

3. Хронический склерозирующий остеомиелит (K10.2). В отличие от бессимптомного течения цементодисплазии, остеомиелит обычно сопровождается болевым синдромом, периостальной реакцией, секвестрами и имеет менее четкие границы. Связь с одонтогенной инфекцией является обязательной.

4. Оссифицирующая фиброма (D16.4 – Доброкачественное новообразование челюсти). Это истинная одонтогенная опухоль, которая растет экспансивно, вызывая деформацию челюсти и смещение зубов. В отличие от цементодисплазии, фиброма имеет капсулу и четко отграничена от окружающей кости, часто является солитарным образованием.

5. Костный идиопатический склероз (остеосклероз). Представляет собой локальный участок уплотнения кости без зоны просветления по периферии. При цементодисплазии в стадии минерализации также присутствует зона фиброзной ткани (гиподенсный ободок), что отличает эти состояния.

6. Проекционное наслоение анатомических структур. В данном случае анализ КЛКТ позволил исключить проекционное наложение подбородочного отверстия, которое на 2D-снимке могло симулировать патологический очаг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Kennedy RA. WHO is in and WHO is out of the mouth, salivary glands, and jaws sections of the 4th edition of the WHO classification of head and neck tumours. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018;56(2):90-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.12.009>.
- Thompson L. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. *Ear Nose Throat J*. 2006;85(2):74. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16579185/>
- Alsufyani NA, Lam EW. Osseous (cemento-osseous) dysplasia of the jaws: clinical and radiographic analysis. *J Can Dent Assoc*. 2011;77:b70. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21683027/>
- Alsufyani NA, Lam EW. Cemento-osseous dysplasia of the jaw bones: key radiographic features. *Dentomaxillofac Radiol*. 2011;40(3):141-146. <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr/58488265>.
- Кугушев АЮ, Лопатин АВ, Ясонов АС, Рогожин ДВ. Фиброзно-костные поражения челюстей у детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует, что изолированная оценка дентального прицельного снимка может привести к диагностической ошибке и необоснованному эндодонтическому лечению зуба 3.5 по поводу периодонтита (K04.5). КЛКТ выступила решающим методом, позволившим выявить множественные однотипные очаги неоднородной плотности с четкими контурами, что доказало наличие цементодисплазии челюстных костей (K10.8) и исключить другие фиброзно-костные поражения и воспалительные процессы.

С помощью КЛКТ возможно:

- Визуализировать истинные трехмерные размеры, структуру и множественный характер поражения.
- Оценить критически важный признак – сохранность периодонтальной щели и кортикальной пластинки лунки.
- Провести надежную дифференциальную диагностику между воспалительным и диспластическим процессом.

Тактика ведения при подтвержденной цементодисплазии является консервативной и заключается в динамическом наблюдении с периодическим рентгенологическим контролем (раз в один-два года). Хирургическое вмешательство показано только при возникновении симптомов, значительной деформации челюсти или сомнениях в диагнозе.

Таким образом, внедрение КЛКТ в стандартный диагностический алгоритм при выявлении неоднозначных периапикальных изменений является обязательным условием для предотвращения ятрогенных осложнений и выбора правильной стратегии лечения.

Голова и шея = Head and neck. 2018;6(4):6–14.

<http://dx.doi.org/10.25792/HN.2018.6.4.6-14>

6. Блинов ВС, Карташов МВ, Жолудев СЕ, Зорникова ОС. Оценка возможностей конусно-лучевой компьютерной томографии и панорамной томографии зубных рядов в диагностике гиперплотных образований челюстно-лицевой области. *Проблемы стоматологии*. 2016;12(2):70-78.

<http://dx.doi.org/10.18481/2077-7566-2016-12-2-70-78>

7. Кугушев АЮ, Лопатин АВ, Ясонов СА, Болотин МВ, Рогожин ДВ. Фиброзная дисплазия челюстно-лицевой области: клинко-рентгенологический анализ /5-летнего опыта. *Опухоли головы и шеи*. 2018;8(3):12-20.

<http://dx.doi.org/10.17650/2222-1468-2018-8-3-12-20>

8. Боровой ВН, Лис ЕС. Дифференцированный подход к диагностике и лечению цементно-костной дисплазии. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2023; 26(4):4-12.

<http://dx.doi.org/10.18499/2070-9277-2023-26-4-4-12>

9. Thakur A, Gaikwad S, Tupkari JV, Ramaswami E. Florid cemento-osseous dysplasia: A case report. *Indian J Dent Res.* 2021;32(1):134-136.
http://dx.doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_754_18.

10. Hajjami F, Ouertani H, Brahem H, Mehrez H, Blouza I, Khattech MB. Association of simple bone cyst and cemento-osseous dysplasia: A long-term follow-up. *Clin Case Rep.* 2023;11(4):e7161.
<http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.7161>

REFERENCES

- Kennedy RA. WHO is in and WHO is out of the mouth, salivary glands, and jaws sections of the 4th edition of the WHO classification of head and neck tumours. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018;56(2):90-95.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.12.009>.
- Thompson L. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. *Ear Nose Throat J.* 2006;85(2):74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16579185/>
- Alsufyani NA, Lam EW. Osseous (cemento-osseous) dysplasia of the jaws: clinical and radiographic analysis. *J Can Dent Assoc.* 2011;77:b70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21683027/>
- Alsufyani NA, Lam EW. Cemento-osseous dysplasia of the jaw bones: key radiographic features. *Dentomaxillofac Radiol.* 2011;40(3):141-146.
<http://dx.doi.org/10.1259/dmfr/58488265>.
- Kugushev A.Yu., Lopatin A.V., Yasonov S.A., Rogozhin D.V. Fibrous and bone lesions of the jaws in children. *Head and neck = Head and neck. Russian Journal.* 2018;6(4):6-14 (In Russ.).
<http://dx.doi.org/10.25792/HN.2018.6.4.6-14>
- Blinov V.S., Kartashov M.V., Zholudev S.E., Zornikova O.S. Estimation of possibilities of the cone-beam com-

puted tomography and panoramic tomography in diagnostics of radiopack lesions in the maxillo-facial region. *The actual problems in dentistry.* 2016;12(2):70-78 (In Russ.).
<http://dx.doi.org/10.18481/2077-7566-2016-12-2-70-78>

- Kugashev A.Yu., Lopatin A.V., Kugashev A.Yu., Lopatin A.V., Yasonov S.A., Bolotin M.V., Rogozhin D.V. Fibrous dysplasia of the maxillofacial area: a 15-year retrospective study. *Opukholi golovy i shei = Head and Neck Tumors.* 2018;8(3):12-20 (In Russ.).
<http://dx.doi.org/10.17650/2222-1468-2018-8-3-12-20>
- Borovoy V.N., Lis E.S. Differentiated approach to the diagnosis and treatment of cemento-osseous dysplasia. *Applied Information Aspects of Medicine.* 2023;26(4):4-12 (In Russ.).
<http://dx.doi.org/10.18499/2070-9277-2023-26-4-4-12>
- Thakur A, Gaikwad S, Tupkari JV, Ramaswami E. Florid cemento-osseous dysplasia: A case report. *Indian J Dent Res.* 2021;32(1):134-136.
http://dx.doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_754_18.
- Hajjami F, Ouertani H, Brahem H, Mehrez H, Blouza I, Khattech MB. Association of simple bone cyst and cemento-osseous dysplasia: A long-term follow-up. *Clin Case Rep.* 2023;11(4):e7161.
<http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.7161>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Немерюк Дмитрий Алексеевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: tatnem82@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-0485-2052>

Дмитриева Лидия Александровна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры пропедевтики терапевтических стоматологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: dila5@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3008-8528>

Лазечко Марьяна Игоревна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Академии последипломного образования Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий, заведующий научно-организационным отделом Федерального

клинического центра высоких медицинских технологий, заведующий отделом аналитики и внедрения научной деятельности Научно-практического центра лазерной медицины имени О. К. Скобелкина Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация

Для переписки: lazechko.m@goslasmed.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3762-5285>

Надточий Андрей Геннадиевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом лучевой диагностики Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва, Российская Федерация

Для переписки: naggan@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3268-0982>

Еварницкая Наталья Ростиславовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики терапевтической стоматологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: n.evarnitskaya@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6250-1714>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Dmitriy A. Nemeryuk, DMD, PhD, Associate Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: tatnem82@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-0485-2052>

Lidiya A. Dmitrieva, DMD, PhD, DSc, Professor, Department of the Preschool Dentistry, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: dila5@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3008-8528>

Mariana I. Lazechko, DMD, PhD, Associate Professor, Department of the Maxillo-Facial Surgery and Dentistry, Academy of Postgraduate Education, Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies, Head of the Scientific and Organizational Department, Federal Clinical Center for High Medical Technologies, Head of the Department of Analytics and Implementation of Scientific Activities, Skobelkin Scientific and Practical

Вклад авторов в работу. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE, а также согласны принять на себя ответственность за все аспекты работы: Лазечко М. И. – проведение исследования, визуализация, написание черновика рукописи; Дмитриева Л. А. – разработка концепции, разработка методологии, написание рукописи – рецензирование и редактирование, научное руководство; Надточий А. Г. – визуализация, написание рукописи – рецензирование и редактирование; Немерюк Д. А. – валидация результатов, курирование данных, формальный анализ, написание рукописи – рецензирование и редактирование; Еварницкая Н. Р. – курирование данных, формальный анализ, написание черновика рукописи.

Center for Laser Medicine, Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russian Federation

For correspondence: lazechko.m@goslasmed.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3762-5285>

Andrey G. Nadtochiy, MD, PhD, DSc, Professor, Department of Diagnostic Radiology, 3Central Scientific Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russian Federation

For correspondence: naggan@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3268-0982>

Natalia R. Evarnitskaya, Department of the Preschool Dentistry, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: n.evarnitskaya@gmail.com

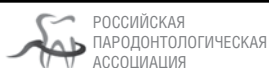
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6250-1714>

Поступила / Article received 25.02.2026

Поступила после рецензирования / Revised 21.03.2026

Принята к публикации / Accepted 30.03.2026

Authors' contribution. All authors confirm that their contributions comply with the international ICMJE criteria and agree to take responsibility for all aspects of the work: D. A. Nemeryuk – validation, data curation, formal analysis, writing – review and editing; L. A. Dmitrieva – conceptualization, methodology, writing – review and editing, supervision; M. I. Lazechko – investigation, visualization, writing – original draft preparation; A. G. Nadtochiy – visualization, writing – original draft preparation; N. R. Evarnitskaya – data curation, formal analysis, writing – review and editing.



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Пародонтология»

Стоимость годовой подписки в печатном виде на 2026 год по России – 5000 рублей

Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» – ВН018904

Электронная версия в открытом доступе

www.parodont.ru

PubMed NLM ID: 101535619

Импакт-фактор: 1.8