

DOI: <https://doi.org/10.17816/KMJ676797> EDN: NEVSQL

Результаты лечения коронково-корневого перелома зуба 1.1 методом намеренной реплантации

Т.Р. Тебердиев¹, Б.В. Шеплев¹, В.А. Бадалян^{1,2,3}, И.В. Майбородин^{1,4}¹Новосибирский медико-стоматологический институт Дентмастер, г. Новосибирск, Россия;²Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Москва, Россия;³Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия;⁴Институт химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения Российской академии наук, г. Новосибирск, Россия

АННОТАЦИЯ

Цель работы — продемонстрировать возможности метода намеренной реплантации при лечении коронково-корневого перелома зуба 1.1, возникшего 6 мес назад у пациента мужского пола 12 лет. В коронковой части зуба 1.1 была диагностирована трещина, начинавшаяся от центра режущего края и продолжающаяся апикальнее шейки. По данным внутриротовой рентгенограммы и конусно-лучевой компьютерной томограммы выявлена вертикальная линия перелома, проходящая на 3 мм апикальнее края альвеолярной кости; также обнаружена деструкция костной ткани в области верхушки и по периметру корня на уровне его середины. Во время операции корень зуба был атравматично удалён. Его длина (12 мм) и экстраальвеолярное время <1 мин позволили провести зубосохраняющую операцию — намеренную реплантацию корня в лунку. Зуб был зафиксирован проволочно-композитной шиной для проведения эндодонтического лечения. Корневой канал обработан механически и медикаментозно, временно obturирован гидроокисью кальция. Края десны сближены максимально плотно с корнем зуба наложением швов. Осуществлено шинирование на 3 нед, назначены противовоспалительная терапия, антибактериальное лечение, антисептическая обработка полости рта. Швы были сняты через 3 нед после операции. Проведена повторная механическая и медикаментозная обработка корневого канала с его obturацией. Зуб 1.1 восстановлен с использованием стекловолоконного штифта и композитного материала. После препарирования изготовлена и зафиксирована композитная коронка методом CAD/CAM с применением адгезивной системы. Через 11 мес зарегистрировано почти полное заживление очагов деструкции костной ткани. Метод намеренной реплантации в процессе лечения коронково-корневого перелома зуба показал высокую эффективность в сложной клинической ситуации, позволив сохранить зуб при неблагоприятном прогнозе.

Ключевые слова: коронково-корневой перелом зуба; реплантация зуба; хирургическая экстррузия зуба; деструкция костной ткани; зубосохраняющая операция.

Как цитировать:

Тебердиев Т.Р., Шеплев Б.В., Бадалян В.А., Майбородин И.В. Результаты лечения коронково-корневого перелома зуба 1.1 методом намеренной реплантации // Казанский медицинский журнал. 2025. DOI: 10.17816/KMJ676797 EDN: NEVSQL

DOI: <https://doi.org/10.17816/KMJ676797> EDN: NEVSQL

Outcomes of Intentional Replantation in the Management of Crown–Root Fracture of the Maxillary Right Central Incisor

Takhir R. Teberdiev¹, Boris V. Sheplev¹, Varditer A. Badalyan^{1,2,3}, Igor V. Maiborodin^{1,4}¹ Novosibirskii mediko–stomatologicheskii institut Dentmaster, Novosibirsk, Russia;² Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russia;³ The First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russia;⁴ Institute of Chemical Biology and Fundamental Medicine, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk, Russia

ABSTRACT

This study aimed to demonstrate the potential of intentional replantation in treating a crown–root fracture of tooth 8 (ISO designation 11) that occurred 6 months earlier in a 12-year-old male. A crack in the coronal portion of the tooth extended from the center of the incisal edge apically beyond the cervical margin. Intraoral radiography and cone-beam computed tomography revealed a vertical fracture line extending 3 mm apical to the alveolar crest and bone loss in the apical region and around the mid-root area. During surgery, the root was atraumatically extracted. Its length (12 mm) and an extra-alveolar time of <1 minute enabled tooth preservation—intentional replantation of the root into the socket. The tooth was stabilized using a wire–composite splint for root canal therapy. The root canal was mechanically and chemically prepared and temporarily filled with calcium hydroxide. Gingival margin approximation was performed using sutures. Splinting was maintained for 3 weeks. The patient received anti-inflammatory therapy, antibiotics, and antiseptic mouthwashes. Sutures were removed 3 weeks post-operatively. The root canal was re-instrumented and obturated. Tooth 8 was restored with a glass fiber post and composite resin. After tooth preparation, a CAD/CAM composite crown was fabricated and adhesively cemented. At 11-month follow-up, nearly complete bone defect healing was observed. Intentional replantation was highly effective in crown–root fracture management, enabling tooth preservation despite an unfavorable prognosis.

Keywords: crown–root fracture; tooth replantation; surgical extrusion; alveolar bone loss; tooth-preserving surgery.

To cite this article:

Teberdiev TR, Sheplev BV, Badalyan VA, Maiborodin IV. Outcomes of intentional replantation in the management of crown–root fracture of the maxillary right central incisor. *Kazan Medical Journal*. 2025. DOI: 10.17816/KMJ676797 EDN: NEVSQL

Успешная коррекция травматических повреждений челюстно-лицевой области, несмотря на многовековую историю этой проблемы, в настоящее время вновь остаётся одной из наиболее сложных и актуальных задач в стоматологии. Коронково-корневые переломы зубов часто имеют неблагоприятный прогноз и представляют собой сложную клиническую ситуацию, требующую комплексного подхода к диагностике и лечению, которое, особенно в детском возрасте, может быть сложным, длительным и дорогостоящим [1]. Первые статьи о возможности коррекции коронково-корневых переломов зубов появились в 1960-х годах XX века [2, 3]. В основном, по понятным эстетическим причинам, эти методики касались лечения передних резцов [4].

Осложнённый перелом коронки и корня — это тяжёлая травма зубов, которая затрагивает эмаль, дентин, цемент и пульпу. N. Selvaraj и соавт. [5] описывают результаты лечения сложного перелома коронки и корня верхнего левого центрального резца у 14-летнего пациента мужского пола. Перелом распространялся под десну, что затрудняло доступ и реставрацию. Было проведено лечение корневых каналов с последующей гингивэктомией для обнажения линии перелома и реставрации. Ключом к успеху лечения послужило прикрепление надгребневой ткани, что стало решающим фактором в поддержании здоровья пародонта.

G. Kim и соавт. [6] в эксперименте на собаках оценивали прогноз лечения осложнённых переломов коронки и корня 4-го премоляра верхней челюсти — maxillary fourth premolar (PM4). Глубина пародонта, до которой возможно пройти зондом, и вовлечённость фуркации являлись критическими факторами, влияющими на успешность лечения таких переломов у собак.

В настоящее время внимание учёных и клиницистов направлено на способы коррекции, которые минимизируют интраоперационное вмешательство и сохраняют биологическую ткань [7].

В связи с высокой социальной значимостью необходимости восстановления эстетической привлекательности лицевой области при повреждении передних резцов приводим случай из практики успешного лечения коронково-корневого перелома зуба 1.1 методом хирургической экстррузии (намеренной реплантации) у пациента 12 лет с неблагоприятным прогнозом.

Цель — демонстрация возможностей метода намеренной реплантации в лечении коронково-корневого перелома зуба 1.1 у пациента детского возраста.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Работу проводили с соблюдением принципов добровольности и конфиденциальности, законные представители пациента дали письменное информированное согласие на исследование биологического материала и использование полученных данных в научных целях.

Пациент В. мужского пола, 12 лет, обратился с жалобами на дискомфорт при приёме пищи и эстетический дефект в области зуба 1.1 после травмы, полученной 6 мес назад. На момент осмотра в коронковой части зуба 1.1 была выявлена трещина, которая начиналась с центра режущего края и продолжалась апикальнее шейки (рис. 1, а). Подвижность левой и правой половин зуба 1.1 — в пределах физиологической нормы; пальпация и вертикальная/горизонтальная перкуссия — безболезненны, холодовой тест — отрицательный. На внутриротовой рентгенограмме выявили вертикальную линию перелома, визуализация которой невозможна апикальнее шейки зуба. Также обнаружили деструкцию костной ткани в области верхушки и по периметру корня на уровне середины корня зуба. Для уточнения диагноза, в условиях предварительного расклинивания фрагментов зуба 1.1 деревянным клином, выполнили конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ). Установили, что линия перелома коронки располагается на 3 мм апикальнее края альвеолярной кости (рис. 1, b).

На основании клинико-рентгенологического обследования поставили диагноз: «Коронково-корневой перелом зуба 1.1 с распространением линии перелома апикальнее альвеолярного гребня на 3 мм, осложнённый очагами деструкции костной ткани в области верхушки и по периметру корня на уровне его середины».

Учитывая, что подобные коронково-корневые переломы зубов являются неблагоприятными для сохранения, запланировали аутотрансплантацию одного из зубов нижней челюсти — 3.5 или 4.5. Выбор конкретного зуба-донора предполагали осуществить непосредственно перед операцией на основании клинической оценки формирования корней и общего состояния премоляров. Выполнили STL-моделирование зубов (по технологии 3D-печати компьютерной модели, сформированной по результатам сканирования), предназначенных для аутотрансплантации.

Лечение провели в несколько этапов.

Хирургический этап

- Под местной инфильтрационной анестезией (Sol. Articaini 4% с адреналином 1:100000) выполнили отслаивание десны и круговой связки от зуба 1.1.
- Провели атравматичное удаление подвижного фрагмента, фрагментирование и удаление 2-й части коронки и корня зуба с применением Н-файла 80 по ISO.
- При экстраоральном осмотре корня не выявили дополнительных повреждений корня зуба 1.1 (рис. 1, с).
- Приняли решение об изменении плана лечения, т. к. длина корня (12 мм) и его состояние позволяли провести зубосохраняющую операцию методом намеренной реплантации корня в лунку (экстраальвеолярное время — <1 мин), что позволило сохранить донорский зуб (3.5 или 4.5).
- Позиционировали корень зуба 1.1 в нужное положение с использованием К-файла (рис. 1, d).

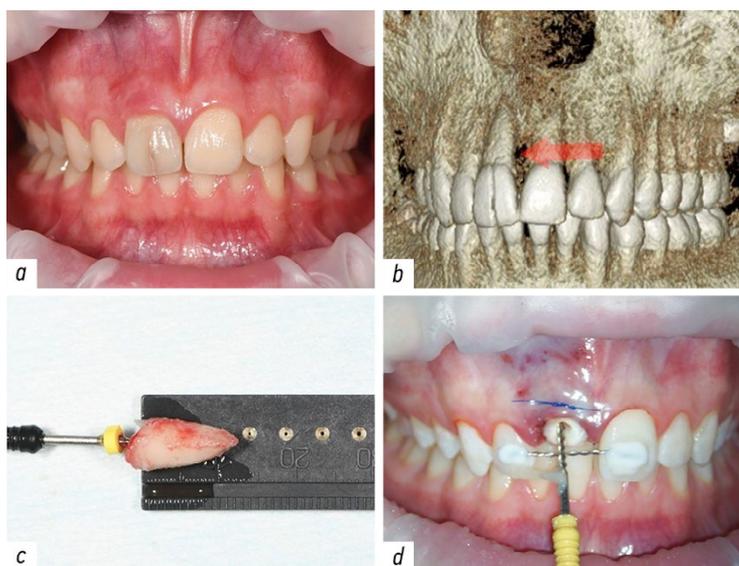


Рис. 1. Коронково-корневой перелом зуба 1.1 пациента В., мужского пола, 12 лет, в процессе коррекции. *a* — вид зубных рядов спереди в привычной окклюзии, в зубе 1.1 видна трещина (указана стрелкой); *b* — линия перелома зуба 1.1 на реформате конусно-лучевой компьютерной томограммы (стрелка); *c* — удалённый корень зуба 1.1 длиной 12 мм, видимых повреждений не имеет; *d* — позиционирование реплантированного корня зуба в трёх плоскостях с применением К-файла.

Fig. 1. Crown-root fracture of tooth 8 (ISO designation 11) in a 12-year-old male undergoing corrective treatment. *a*, Frontal view of the dental arches in habitual occlusion showing a visible crack in tooth 8 (arrow); *b*, tooth 8 fracture line on a reformatted cone-beam computed tomography scan (arrow); *c*, extracted root of tooth 8 12 mm long, with no visible damage; *d*, positioning of the replanted root in three planes using a K-file.

- Зафиксировали зуб для проведения эндодонтического лечения с применением проволоочно-композитной шины.

- Сблизили края десны как можно плотнее к корню и наложили швы из нерассасывающегося материала (Пролен 6-0).

Эндодонтический этап (первичный)

- Выполнили механическую и медикаментозную обработку корневого канала (гипохлорит натрия 3%).

- Провели временное пломбирование корневого канала гидрооксидом кальция.

Медикаментозное сопровождение

- Назначили противовоспалительную терапию ибупрофеном.

- Провели антибактериальное лечение: амоксилав по 625 мг (МНН амоксициллин + [клавулановая кислота]).

- Обеспечили антисептическую обработку полости рта хлоргексидином.

Рекомендации пациенту на период шинирования (3 нед)

В связи с невозможностью регулярного посещения контрольных осмотров по личным причинам выполнили шинирование (рис. 2, *a*) на 3 нед и предоставили следующие рекомендации.

- Соблюдать щадящий режим питания: мягкая пища, исключение твёрдых продуктов.

- Поддерживать гигиену полости рта: чистить зубы мягкой зубной щёткой после каждого приёма пищи.

- Проводить антисептические ванночки с 0,05% рас-

твором хлоргексидина биглюконата 2 раза в день.

- Принимать назначенные медикаменты по следующей схеме:

- нурофен в дозе 200 мг при болевом синдроме;

- амоксилав по 625 мг 2 раза в день в течение 7 дней;

- полоскания хлоргексидином 0,05% — 2–3 раза в день.

- Ограничить физические нагрузки и контактные виды спорта.

- Обратиться к врачу при появлении боли, отёка или подвижности зуба.

Завершающий эндодонтический этап (через 3 нед)

- Сняли швы.

- Провели повторную механическую и медикаментозную обработку корневого канала.

- Осуществляли постоянную obturацию корневого канала гуттаперчей с применением эпоксидного силера AN Plus® (Dentsply Sirona, США).

- Удалили шину.

Ортопедический этап

- Выполнили восстановление зуба 1.1 с применением стекловолоконного штифта и композитного материала [8, 9].

- Препарировали зуб под композитную коронку.

- Изготовили и зафиксировали композитную коронку методом CAD/CAM (Computer Assisted Design/Computer Aided Manufacturing — компьютерное моделирование и фрезеровка каркаса протеза) в течение нескольких часов.

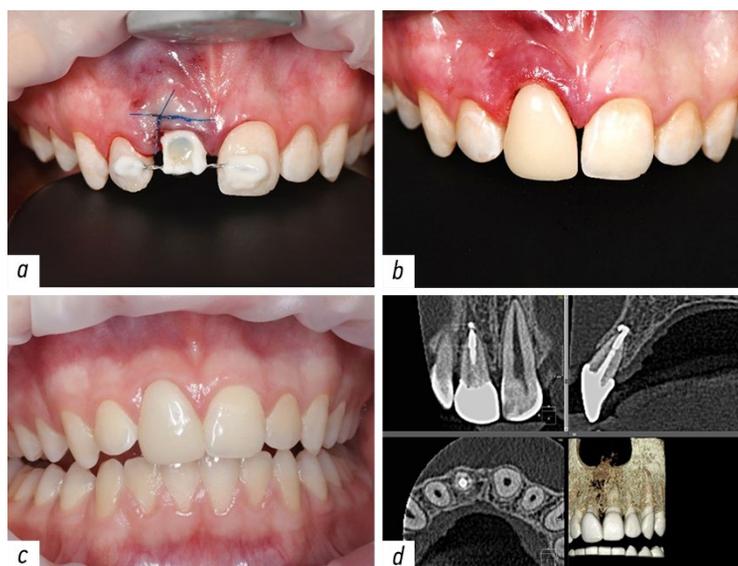


Рис. 2. Результаты лечения коронково-корневого перелома зуба 1.1 у пациента В., мужского пола, 12 лет. *a* — завершение 1-го этапа лечения, окончательный вид зуба после шинирования; *b* — фронтальный вид зубного ряда верхней челюсти сразу после фиксации композитной коронки; *c* — фронтальный вид зубного ряда верхней челюсти через 11 мес после коррекции; *d* — через 11 мес после реплантации на конусно-лучевой компьютерной томограмме зарегистрировано полное заживление очагов деструкции костной ткани, однако сохраняется незначительная (1–2 мм) резорбция верхушки корня зуба.

Fig. 2. Treatment outcomes of a crown-root fracture of tooth 8 (ISO designation 11) in a 12-year-old male. *a*, Completion of stage 1, final appearance of the tooth following splinting; *b*, frontal view of the maxillary dentition immediately after composite crown placement; *c*, frontal view of the maxillary dentition at 11-month follow-up; *d*, cone-beam computed tomography at 11 months post-replantation showing complete bone defect healing, with residual minor apical root resorption (1–2 mm).

- Фиксировали коронку на зуб по протоколу с использованием адгезивной системы Optibond™ FL (Kerr Corporation, США) (рис. 2, *b*).

На осмотре через 11 мес мягкие ткани в области зуба 1.1 были без признаков патологических изменений (рис. 2, *c*); подвижность зуба — физиологическая; перкуссия и пальпация — безболезненные. На КЛКТ и интраоральной рентгенограмме зарегистрировали полное заживление очагов деструкции костной ткани, но осталась незначительная (1–2 мм) резорбция верхушки корня зуба (рис. 2, *d*). Рекомендовано дальнейшее наблюдение за пациентом для оценки долгосрочных результатов лечения и профилактики возможных осложнений, таких как резорбция корня или рецидивирующее воспаление.

Коронково-корневые переломы зубов, особенно у пациентов детского возраста, часто сопряжены с трудностями в лечении из-за недостаточного объёма альвеолярной кости и особенностей корневой анатомии и вследствие этого имеют неблагоприятный прогноз из-за сложности восстановления. Представленный клинический случай демонстрирует возможность сохранения зуба с использованием метода намеренной реплантации.

Изначально, учитывая неблагоприятный прогноз для зуба 1.1 (глубокий коронково-корневой перелом с распространением на 3 мм апикальнее края альвеолярной кости и наличие очагов деструкции), был составлен альтернативный план лечения, включающий аутотрансплантацию премоляра (3.5 или 4.5) на место 1.1. Для этого выполнили

STL-моделирование потенциальных донорских зубов. Однако в процессе операции выявленные условия (длина корня 12 мм, отсутствие дополнительных повреждений корня) позволили применить менее инвазивную методику — намеренную реплантацию, что дало возможность сохранить собственный зуб пациента и отказаться от ауто-трансплантации.

Тщательное и высококвалифицированное послеоперационное наблюдение и лечение, включая своевременную эндодонтическую обработку, obturацию корневого канала и ортопедическое восстановление, обеспечили успешный клинический, эстетический и функциональный результат. Результаты лечения согласуются с данными N. Selvaraj и соавт. [5] и G. Kim и соавт. [6], указывающими на ключевую роль поддержания прикрепления тканей пародонта для успеха лечения, и с мнением M. Khubchandani и соавт. [1] и X. Zhang и соавт. [9], которые считают, что хирургическая реплантация коронки является осуществимым и эффективным методом лечения сложных переломов коронки и корня постоянных зубов. J. Jenisha и соавт. [10] большое значение придают атравматичности удаления зубов, которые затем планируют использовать для реплантации. Бережное отношение к корню удаляемого зуба гарантирует успех процедуры в 95,7% случаев при последующем наблюдении в течение 2,8 лет. Важно отметить, что применение современных технологий, таких как КЛКТ и CAD/CAM, существенно улучшает прогноз.

Преимущества применённой методики намеренной реплантации в сравнении с аутоотрансплантацией включают:

- минимальную инвазивность, т. к. исключена необходимость удаления здорового зуба (премоляра) с другого участка зубного ряда;
- сохранение донорских зубов в их физиологическом положении и, таким образом, сохранение целостности зубных рядов без дополнительного дефекта в области донорского зуба;
- отсутствие необходимости ортодонтической коррекции для закрытия пространства на месте удалённого донорского зуба;
- меньшую психологическую травму для пациента детского возраста;
- сохранение собственных тканей зуба пациента с потенциально лучшей эстетикой;
- меньшую продолжительность и сложность хирургического вмешательства;
- сохранение альвеолярного отростка в области травмированного зуба без дополнительной травматизации.

Необходимо отметить, что данное исследование имеет ряд ограничений. Представлен только один клинический случай, что не позволяет сделать статистически обоснованные выводы об эффективности методики намеренной реплантации при коронково-корневых переломах. Для подтверждения воспроизводимости результатов необходимы дальнейшие исследования с включением большего числа клинических случаев, длительным периодом наблюдения и, в идеале, с проведением сравнительной оценки с другими методами лечения подобных повреждений. Тем не менее полученные положительные результаты могут служить основанием для включения данной методики в арсенал методов лечения сложных коронково-корневых переломов у пациентов детского возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метод намеренной реплантации при лечении коронково-корневого перелома зуба продемонстрировал высокую эффективность в сложной клинической ситуации, позволив сохранить зуб при неблагоприятном прогнозе. Представленный случай подчёркивает важность комплексного подхода к диагностике и терапии подобных повреждений, включая использование современных методов визуализации (в т. ч. КЛКТ), технологий CAD/CAM и адгезивных систем.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Т.Р.Т. — проведение исследования, работа с данными, написание черновика, редактирование рукописи; Б.В.Ш. — идея исследования, редактирование рукописи; В.А.Б. — редактирование рукописи; И.В.М. — работа с данными, написание черновика, пересмотр и редактирование рукописи. Все авторы одобрили рукопись (версию

для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части. **Этическая экспертиза.** Одобрение этического комитета на проведение исследования не получали. Причина — рукопись представляет собой не запланированное исследование, а описание экстренного случая из практики.

Согласие на публикацию. Информированное добровольное согласие от законных представителей пациента получено 02.06.2023.

Источники финансирования. Исследование поддержано в рамках государственного задания ИХБФМ СО РАН «Фундаментальные основы сохранения здоровья нации» № FWGN-2025-0019. Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей оборудования, реактивов и лекарственных препаратов авторы не получали.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. К настоящей работе применима редакционная политика журнала в отношении совместного использования данных, полученных в исследовании.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внешних рецензента, член редакционной коллегии и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors contributions: T.R.T.: investigation, data curation, writing—original draft, writing—review & editing; B.V.Sh.: conceptualization, writing—review & editing; V.A.B.: writing—review & editing; I.V.M.: data curation, writing—original draft, writing—review & editing. All authors approved the version of the manuscript to be published and agree to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Ethics approval: This manuscript describes an unscheduled clinical case managed as an emergency and does not represent a planned research study. Therefore, no approval from an ethics committee was required.

Informed consent: Written informed consent was obtained from the patient's legal guardian on June 2, 2023.

Funding sources: This work was supported under the state assignment of the Institute of Chemical Biology and Fundamental Medicine, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences: *Fundamental Principles of National Health Preservation* (No. FWGN-2025-0019). The authors received no financial support from manufacturers of equipment, reagents, or pharmaceuticals.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously published material (text, images, or data) was used in this work.

Data availability statement: The journal's editorial policy on data sharing applies to the present work.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this paper.

Provenance and peer review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two external reviewers, a member of the editorial board, and the in-house scientific editor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Khubchandani M, Yeluri R, Pankey N, Pande M. Intentional Replantation as a Viable Option for Crown-Root Fracture in Maxillary Central Incisor: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(4):e57737. doi: 10.7759/cureus.57737 EDN: OJTWL
2. Roques JF. A technique for the restoration of crown-root fractures. *Rev Fr Odontostomatol*. 1967;14(3):339–348. (In French)
3. Roques JF. A simplified technic of the reconstruction of a crown and root fracture. *Dent Cadmos*. 1967;35(4):529–542. (In Italian)
4. Armand S, Verge J, Vigneau C, et al. An original technic for the treatment of a crown-root fracture of an anterior tooth. *Rev Odontostomatol Midi Fr*. 1984;42(2):95–100. (In French)
5. Selvaraj N, Mamat N, Taib H. Navigating Crown-Root Fracture Complexities in an Adolescent. *Cureus*. 2024;16(10):e71406. doi: 10.7759/cureus.71406 EDN: XOVVVI
6. Kim G, Kim Y, Choe KH, et al. Evaluating periodontal probing depth and furcation involvement on the endodontic treatment of maxillary fourth premolar complicated crown-root fractures in 122 teeth. *Am J Vet Res*. 2024;86(2):ajvr.24.09.0260. doi: 10.2460/ajvr.24.09.0260
7. Fatima S, Alam S, Kumar A, et al. Minimal intervention treatment of crown-root fracture in a mature permanent tooth by MTA pulpotomy and Fragment Reattachment: A Case Report. *Aust Endod J*. 2021;47(2):365–371. doi: 10.1111/aej.12477 EDN: JCBEHD
8. Lim S, Kwon Y. Conservative Approach for Traumatic Anterior Crown-Root Fractured Teeth by Orthodontic Extrusion using Customized Mini-Tube Appliance: A Clinical Review. *Case Rep Dent*. 2023;2023:7911464. doi: 10.1155/2023/7911464 EDN: FWLWGU
9. Zhang X, Xue L, Zhou W, et al. Clinical Outcomes of Surgical Crown Reattachment as Treatment for Complicated Crown-Root Fractures: A Retrospective Study. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2024;44(2):205–211. doi: 10.11607/prd.6141 EDN: IYDGGI
10. Jenisha J, Geeth Deepika KG, Sherwood IA, Abirami AA. Survival evaluation of surgical extrusion for the management of complicated crown-root fractured maxillary incisors: A clinical study. *Aust Endod J*. 2024;50(3):629–639. doi: 10.1111/aej.12889 EDN: TIJAE

ОБ АВТОРАХ

* **Майбородин Игорь Валентинович**, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник, лаб. инвазивных медицинских технологий, проректор по науке; адрес: Россия, Новосибирск, 630090, пр. ак. Лаврентьева, д. 8; ORCID: 0000-0002-8182-5084; eLibrary SPIN: 8626-5394; e-mail: imai@mail.ru

Тебердиев Тахир Расулович, врач-стоматолог, аспирант; ORCID: 0000-0002-7646-881X; e-mail: Taha_teberdiev@mail.ru

Шеплев Борис Валентинович, д-р мед. наук, ректор; ORCID: 0009-0008-4140-3531; eLibrary SPIN: 9905-4138; e-mail: shepa@icloud.com

Бадалян Вардигер Агабековна, д-р мед. наук, доцент, профессор; ORCID: 0000-0003-3885-9358; eLibrary SPIN: 3097-4730; e-mail: krisdent@mail.ru

AUTHORS INFO

* **Igor V. Maiborodin**, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Chief Research Associate, Lab. of Invasive Medical Technologies, Vice-Rector for Science; address: 8 Akademika Lavrenteva st, Novosibirsk, Russia, 630090; ORCID: 0000-0002-8182-5084; eLibrary SPIN: 8626-5394; e-mail: imai@mail.ru

Takhir R. Teberdiev, Dentist, Postgraduate Student; ORCID: 0000-0002-7646-881X; e-mail: Taha_teberdiev@mail.ru

Boris V. Sheplev, MD, Dr. Sci. (Medicine), Rector; ORCID: 0009-0008-4140-3531; eLibrary SPIN: 9905-4138; e-mail: shepa@icloud.com

Varditer A. Badalyan, MD, Dr. Sci. (Medicine), Assistant Professor, Professor; ORCID: 0000-0003-3885-9358; eLibrary SPIN: 3097-4730; e-mail: krisdent@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author