

ՀՏԴ 616.314-007.13

DOI: 10.54503/0514-7484-2025-65.3-154

Նատալ ատամների և երիկամի ազենեզիայի գուգակցման եզակի կլինիկական դեպք

Ա.Ռ. Մալխասյան^{1,2}, Գ.Կ. Ղարոյան^{1,3}, Լ.Ռ. Աբրահամյան^{1,3},
Ն.Վ. Հարությունյան^{1,3}, Ռ.Ա. Աբրահամյան^{1,3}

¹ԵՊԲՀ, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոն
0025, Երևան, Կոռյունի փ., 2

² Սևանի բժշկական կենտրոն
1501, Սևան, Նաիրյան փ., 169 շենք

³ Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և
գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ
0078, Երևան, Մարգարյան փ., 6/2

Բանալի բառեր. նատալ ատամներ, երիկամի ազենեզիա, Հերլինգի դասակարգում,
ատամների ասպիրացիա

Նատալ (ծննդյան) և նեոնատալ (նորածնային) ատամները, որոնք հայտնի են նաև որպես «dentitia praecox», «dens connatalis», բնածին ատամներ, պտղի ատամներ, նախածննդյան ատամներ, վաղաժամ ատամնաշար, նկարագրվել են դեռևս մ.թ.ա. 59 թվականից, երբ Տիտոս Լիվիոսն առաջին անգամ հաղորդել է նման դեպքի մասին: Այնուամենայնիվ, «ծննդյան» կամ «նորածնային ատամներ» տերմիններն առաջին անգամ օգտագործվել են Մալերիի և Սավարայի կողմից 1950 թվականին՝ ծնունդից առաջ կամ հետծննդյան շրջանում ծկթող ատամները նկարագրելու համար [2]:

Ծննդյան պահին առկա ատամները կոչվում են նատալ ատամներ, իսկ կյանքի առաջին 30 օրվա ընթացքում ծկթած ատամները՝ նորածնային ատամներ: Նատալ ատամներն ավելի տարածված են, քան նորածնային ատամները՝ մոտավոր 3:1 հարաբերակցությամբ: Ծննդյան և նորածնային ատամների հաճախականությունը խիստ նվազել է և կազմում է 1:2000-ից մինչև 1:3500, որտեղ ամենատարածվածը մեկ կամ երկու ատամների առկայությունն է [9]: Նորածինների մոտ ատամների հանդիպման հազվադեպությունը պատճառ է դարձել, որ տարբեր երկրներում վերագրվեն տարբեր առասպելներ: Օրինակ՝ բրիտանական մշակույթում կարծում էին, որ ատամներով ծնված նորածինները կդառնան հայտնի զինվորներ, մինչդեռ Չինաստանում, Հնդկաստանում և Լեհաստանում

այդ նորածինները համարվում էին դժբախտ: Ավելին, Ֆրանսիայում և Իտալիայում կանխատեսում էին, որ նատալ ատամներ ունեցողները պոտենցիալ աշխարհի նվաճողներ են, քանի որ, ըստ երևույթին, Նապոլեոն Բոնապարտը և Հուլիոս Կեսարը ծնվել են այս հիվանդությամբ [2]:

Նատալ/նեոնատալ ատամներից ամենատարածվածը ստորին ծնոտի կենտրոնական կտրիչներն են՝ 85%, որը համապատասխանում է կաթնատամների ծկթման նորմալ հերթականությանը, որին հաջորդում են վերին ծնոտի կտրիչները՝ 11%, ստորին ծնոտի ժանիքները կամ սեղանատամները՝ 3%, վերին ծնոտի ժանիքները կամ սեղանատամները՝ 1% [1]: Ուսումնասիրությունների մեծ մասն արական և իգական սեռի նորածինների մոտ հանդիպման հաճախականության տարբերություններ չեն գտել, սակայն կան հեղինակներ, ովքեր նշում են ավելի բարձր հաճախականություն աղջիկների մոտ [9]:

Միակողմանի երիկամային ագենեզիան միզային համակարգի բնածին անոմալիա է, որը բնութագրվում է միայն մեկ երիկամի բնածին բացակայությամբ կամ վաղ զարգացման կանգով: Մյուս երիկամի առկայության դեպքում մեկ երիկամի բացակայությունը սովորաբար համարվում է նվազագույն կլինիկական նշանականության վիճակ, քանի որ առկա երիկամը հաճախ ենթարկվում է հիպերտրոֆիայի և կարող է բավարար չափով կատարել անհրաժեշտ երիկամային գործառույթը ծնվելուց հետո [10]:

Մենք նկարագրում ենք նատալ ատամների և միակողմանի երիկամային ագենեզիայի եզակի դեպք ինչպես Հայաստանում, այնպես էլ ամբողջ աշխարհում:

Դեպքի նկարագրություն

Կրկնաեղի, 24 տարեկան, հղիության ողջ ընթացքը հսկվել է Սևանի բժշկական կենտրոնի կանանց կոնսուլտացիայում: Ներկա հղիությունը 3-րդն է, անամնեզում 1 չզարգացող հղիություն, 1 կեսարյան հատում: Հղիի սումատիկ և ժառանգական անամնեզը ծանրաբեռնված չէ, վնասակար սովորություններ չեն նշվում:

Հղիության առաջին եռամսյակի ՌԻՉՀ սքրինինգում շեղումներ չեն հայտնաբերվել, իսկ առաջարկված քրոմոսոմային հիվանդությունների բիոքիմիական սքրինինգից հղին հրաժարվել է: Հղիության 19-20 շաբաթական ժամկետում հղիի մոտ ախտորոշվել է սուր շնչառական վարակ, ինչի կապակցությամբ կատարվել է հակաբակտերիալ բուժում, ինչպես նաև 26 շաբաթականում սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության կապակցությամբ ստացել է հղիությունը պահպանող բուժում: Հղիության 20 շաբաթականում իրականացված ՌԻՉՀ-ի արդյունքում ախտորոշվել է



Նկար 1. Նատալ ատամներ (ստորին ծնոտի կենտրոնական կտրիչներ)



Նկար 2. Հեռացված նատալ ատամները

պորտալարի 2 անոթը (պորտալարի 1 զարկերակ և 1 երակ), ինչպես նաև պտղի ձախ երիկամի ազենեզիան: Հետագա վարման ընթացքում իրականացվել են լրացուցիչ պարբերական ՌԻՁՀ հետազոտություններ, մոր և պտղի Դոպլեր քննության հետ համատեղ հղիության 27, 30 և 34 շաբաթական ժամկետներում: Հղիության 27 շաբաթականում ՌԻՁՀ-ով տեսանելի շեղումներից նշվել են պորտալարի 2 անոթ և պտղի ձախ երիկամի ազենեզիան: Մինչդեռ հղիության 30 շաբաթականում վերոհիշյալ շեղումների հետ համատեղ ՌԻՁՀ-ով հայտնաբերվել է նաև գերջրություն (AFI 24 սմ): Դոպլեր հետազոտության արդյունքները եղել են նորմայի սահմաններում: Հղիության 34 շաբաթականում կատարված ՌԻՁՀ-ի արդյունքում գրանցվել է պտղաջրերի քանակի դինամիկ աճ (AFI 27 սմ):

Հղիության 38-39 շաբաթականում պլանային կարգով կատարվել է կեսարյան հատում: Ծնվել է կենդանի, հասուն, արական սեռի, 3500 գրամ քաշով և 54 սմ հասակով նորածին: Ըստ Ապգարի սանդղակի՝ զնահատականը՝ 7-8 բալ: Նորածնի առաջնային զննման տվյալները եղել են նորմայի սահմաններում, բացառությամբ բերանի խոռոչի. ստորին ծնոտին հայտնաբերվել են 2 շարժուն, նատալ ատամներ:

Կատարվել են բնածին հիպոթիրեոզի, ֆենիլկետոնուրիայի, ադրենոկենիտալ համախտանիշի, կոնքազդրային հոդերի և լսողության սքրինինգները, այդ թվում՝ նաև սահմանված բոլոր պատվաստումները:

Վաղ նեոնատալ շրջանում նորածնի մոտ դիտվել են շնչառական դիսթրեսի նշաններ՝ հաճախաշնչություն, տնքոցներ, ներքաշումներ, թթվածնակախլություն, վիճակի ծանրության կայուն պահպանում: Նորածինը Սևան ԲԿ-ից տեղափոխվել է ք. Երևան՝ Մուրացան համալսարանական հիվանդանոց, որտեղ կատարվել են մի շարք կլինիկալաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ, ախտորոշվել է թոքաբորբ:

Ըստ ՌԻՁՀ-ի՝ լյարդի, լեղապարկի, ենթաստամոքսային գեղձի, փայծաղի պաթոլոգիա չի հայտնաբերվել: Ձախ երիկամը տիպիկ տեղում չի վիզուալիզացվել: Աջ երիկամի պարենխիմալ պահպանված է առանց էխոգենության փոփոխության, ավազանը՝ լայնացած մինչև 0,6 սմ: Միզապարկը՝ առանց պաթոլոգիայի:

Ըստ նեյրոսոնոգրաֆիայի՝ առկա է չափավոր պերիվենտրիկուլյար էխոգենության պատկեր: Փորոքները լայնացած չեն, ձախից առկա է եզակի անէխոգեն ներփորոքային 0,9 սմ կիստա:

Ըստ կլինիկական ախտորոշման՝ բնածին թոքաբորբ, շնչառական անբավարարության III աստիճան, ձախ երիկամի ազենեզիա, նատալ ատամներ:

Կատարվել է դիմաձնոտային վիրաբույժի խորհրդատվություն, որի եզրակացությամբ բերանի խոռոչի զննման ժամանակ առկա են նեոնա-

տալ 71, 81 ատամներ, որոնք ունեն 3-րդ աստիճանի շարժունություն (ավելի քան 2 մմ):

Հաշվի առնելով բարձր շարժունության աստիճանը և առկա ասպիրացիայի վտանգը՝ ապլիկացիոն անզգայացման պայմաններում կատարվել է նաև ատամների հեռացում: Նորածինը ստացել է անհրաժեշտ թերապիան, դուրս է գրվել բավարար վիճակում:

Դեպքի վերլուծություն

Նատալ ատամների պատճառագիտությունը և ռիսկի գործոնները մինչև վերջ պարզաբանված չեն: Միջազգային մասնագիտական գրականության մեջ առկա են միայն որոշ չհիմնավորված պատճառներ, ինչպիսիք են բնածին սիֆիլիսը, սաղմնային շրջանում օստեոբլաստային ակտիվությունը, գենետիկ համախտանիշները, շրջակա միջավայրի տոքսինների (պոլիքլորացված բիֆենիլներ և դիբենզոֆուրաններ) ազդեցությունը, հղիության ընթացքում տենդի դրվագները և հիպովիտամինոզը, մոր էնդոկրին խանգարումները՝ հիպոֆիզի, վահանագեղձի, սեռական գեղձերի գերֆունկցիան [1]: Այնուամենայնիվ, ամենաընդունելի տեսությունը 1957 թվականին Հալի կողմից առաջ քաշվածն է, որի համաձայն՝ ծննդյան/նորածնային ատամների առկայությունը պայմանավորված է ատամի սաղմի մակերեսային դիրքով: Սա ենթադրում է, որ ատամը գտնվում է ոչ թե ատամնաբնում, այլ ատամնաբնային ոսկրի մակերեսի տակ՝ մշտական հաջորդ ատամի սաղմի վերևում: Այս տեսության օգտին էին նաև Բոյդը և Մայլսը, որոնք մեռելածին պտղի ստորին ծնոտի վրա կատարել էին անատոմիական ուսումնասիրություններ [5]: Հետևաբար՝ ատամի այս ոչ նորմալ տեղակայումը նախատրամադրում է ատամի ավելի վաղ ծկթմանը և կապված է նաև ժառանգական գործոնի հետ: Այս վարկածը հաստատող մեկ այլ հոդված էր Քեյթսի և այլոց կողմից 1984 թվականին անցկացված ուսումնասիրությունը: Այս հետազոտողները պարզել են, որ 38 նորածիններից 7-ը ունեցել են ծննդյան կամ նորածնային ատամների դրական ընտանեկան պատմություն՝ երկու քույր-եղբայր, մեկ մայր, երեք հայրական պապ և մեկ հայրական տատ [2]:

Գրականության մեջ կան նաև բազմաթիվ գենետիկ համախտանիշներ (որոնք կապված են ծննդյան/նորածնային ատամների հետ)՝ Էլիսվան Կրնելդի, Ջադասոն-Լևանդովսկու, Հալերման-Շտրայֆի, Ռուբինշտեյն-Թեյբի, բազմակի ստեատոցիստոմա, Պֆայֆերի, գանգուղեղային դիզոստոզ և ադրենոգենիտալ: Բացի այդ, ծննդյան և նորածնային ատամներն ավելի հաճախ են հանդիպում շրթունքի ճեղքվածք ունեցող երեխաների մոտ, ընդհանուր պոպուլյացիայի համեմատ [3]:

Կարևոր է նշել, որ այս դեպքում կատարված հետազոտությունների արդյունքում որևէ գենետիկ համախտանիշ չի հայտնաբերվել, նորածնի մոտ, բացի ձախ երիկամի բացակայությունից, այլ շեղումներ չեն հայտնաբերվել: Հղին չունի նաև վնասակար սովորություններ, չի ենթարկվել վնասակար գործոնների ազդեցության, ինչպես նաև չի նշում նատալ ատամների առկայություն հարազատների շրջանում:

Ծննդյան/նորածնային ատամները կարող են լինել տարբեր՝ չափով, ձևով և գույնով, փոքրից մինչև նորմալ չափի, կոնաձևից մինչև նորմալ ձևի և դեղնավունից մինչև անթափանց: Սովորաբար այս ատամներն ունեն անհաս տեսք՝ էմալի և դենտինի հիպոպլազիայով և փոքր կամ բացակայող արմատով: Ծննդյան/նորածնային ատամների մեծ մասը շարժուն է, քանի որ փափուկ հյուսվածքի միջոցով վատ են ամրացած ատամնաբնին: Ծննդյան/նորածնային ատամների հյուսվածաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվում է բարակ էմալի շերտ՝ տարբեր աստիճանի հանքայնացմամբ կամ որոշ հատվածներում էմալի լրիվ բացակայությամբ [7]:

Յուրաքանչյուր ծննդյան/նորածնային ատամ, ըստ Հերլինգի, կարելի է դասակարգել չորս տիպի.

1. Խեցենման պսակ, որը վատ է ամրացած ատամնաբնին, արմատը բացակայում է:

2. Պինդ (սովիդ) պսակ, որը վատ է ամրացած ատամնաբնին, փոքր կամ բացակայող արմատ:

3. Պսակի միայն կտրող եզրի ծկթում լնդային հյուսվածքի միջով:

4. Լնդային հյուսվածքի այտուց՝ չծկթած, բայց շոշափելի ատամով [6]:

Սփուզը և Ֆիսբին (1966) առաջարկել են մեկ այլ՝ կլինիկական դասակարգում, ըստ հասունության աստիճանի.

1. Հասուն ծննդյան կամ նորածնային ատամ, որն ունի համեմատաբար լավ կանխատեսում պահպանման համար:

2. «Անհաս ծննդյան կամ նորածնային ատամ»՝ թերի կամ ոչ ստանդարտ կառուցվածք ունեցող ատամ. ունի նաև վատ կանխատեսում [3]:

Նախքան ատամների հեռացումը և հեռացումից հետո հստակ է, որ այս դեպքում նատալ ատամները համապատասխանում են Հերլինգի դասակարգման 2-րդ տիպին. պինդ են, բարձր շարժունակության, առանց արմատի: Իսկ ըստ հասունության դասակարգման՝ անհաս են:

Ծննդյան ատամների ամենատարածված բարդությունը լեզվի ստորին մակերեսի խոցոտումն է (Ռիզա-Ֆեդեի հիվանդություն), որը շարունակական վնասման հետևանք է: Այս վիճակը հանգեցնում է կերակրման դժվարությունների կամ ցավի պատճառով նորածինը հրաժարվում է կերակրվելուց: Այլ բարդություններից են մեծ շարժունակության պատճա-

ռով ատամների կուլ տալու կամ ասպիրացիայի ռիսկը, մոր կրծքագեղձի վնասվածքները և գագաթային թարախակույտերը [8]:

Տվյալ դեպքում մայրն ունեցել է դժվարություններ կրծքով կերակրելու ընթացքում, իսկ մնացած բարդությունները նեղ մասնագիտական և վաղ բուժօգնության արդյունքում կանխվել են:

Նատալ ատամների ախտորոշումը կատարվում է ամբողջական անամնեզի, նորածնի ֆիզիկական զննման, ինչպես նաև կլինիկական և ռենտգենաբանական տվյալների հիման վրա՝ հասկանալու համար դրանց՝ նորմալ ատամնաշարի մաս կազմելը կամ ավելորդ լինելը, ինչպես նաև տարբերակիչ ախտորոշում իրականացնելու համար, օրինակ՝ Բոնի հանգույցներից և բնածին էպուլիսից [2]:

Հետաքրքրական է, որ այս դեպքում նատալ ատամները ներարգանդային շրջանում կատարված ՈւԻՁՀ-ով չեն ախտորոշվել: Բոլոր ՈւԻՁՀ հետազոտությունները կատարվել են փորձագիտական դասի սարքավորումներով բարձր որակավորում ունեցող տարբեր մասնագետների կողմից: Ենթադրաբար պատճառը ատամների թերի հանքայնացումն է, որոնք ցածր էխոգենության պատճառով չեն վիզուալիզացվել:

Հետծննդյան շրջանում ևս կատարվել է լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների ամբողջ ծավալը՝ նատալ ատամների և կոմորբիդ վիճակների լիարժեք, տարբերակիչ ախտորոշման և վարման պլանի մշակման համար:

Նատալ ատամների վարման պլանը խիստ անհատական է: Տարիների ընթացքում առաջարկվել են տարբեր մեթոդներ, օրինակ՝ Պադմանաբանը և այլք խորհուրդ են տվել նատալ ատամների կտրոդ եզրերը գործիքով հղկել կամ հարթեցնել՝ մոր կրծքագեղձի վնասումը կանխելու համար, իսկ Չոյը և այլք հայտնել են լեզվի տրավմատիկ խոցերի արագ ապաքինման մասին՝ ատամների վրա կոմպոզիտային խեժ քսելուց հետո [8]: Այնուամենայնիվ, եթե ատամներն ավելորդ են կամ չափազանց շարժունակ (Հելլինգի 1-ին կամ 2-րդ կատեգորիա, շարժունակությունը՝ ավելի քան 2 մմ), վերը նշված հնարավոր բարդությունները կանխելու նպատակով, նախընտրելի է հեռացումը: Ծննդյան ատամների հեռացմանը պետք է հաջորդի խոռոչի կյուրետաժը՝ ատամնային պտկիկի բջիջների շարունակական զարգացումը կանխելու համար, քանի որ այն կշարունակի աճել՝ հանգեցնելով ատամանման կառուցվածքների ծկթման մի քանի ամիս անց, որն անվանում են «մնացորդային նատալ ատամ» [2]:

Այս դեպքում ատամները հեռացնելու որոշումը կայացնելուց առաջ քննարկվել են ատամները չհեռացնելու ռիսկերն ու օգուտները: Ի վերջո, հաշվի առնելով կերակրման դժվարությունը և բարձր շարժունակության հետևանքով հետագա ասպիրացիայի ռիսկը, որոշում է կայացվել հեռացնել ատամները:

Միջազգային մասնագիտական գրականության տվյալների ուսումնասիրության, ինչպես նաև մեր դեպքի բազմամասնագիտական քննարկման արդյունքում երիկամի ազենեզիայի և նատալ ատամների միջև կապ գտնել չի հաջողվել: Ինտերնետային հարթակում այս երկու ախտաբանությունների զուգակցման միայն մեկ դեպք է հաղորդվել, որտեղ սակայն, երիկամի ազենեզիայից և նատալ ատամների զուգակցումից բացի, նորածնի մոտ եղել են զարգացման շատ այլ կոպիտ շեղումներ [4]:

Այսպիսով, կարելի է եզրակացնել, որ խիստ կարևոր է նորածնի բերանի խոռոչի և ներքին օրգանների մանրամասն հետազոտությունը: Ցանկացած բարդությունից խուսափելու համար վաղ ախտորոշումը և համարժեք բուժումը պետք է լինեն նատալ ատամների վարման առաջնային խնդիրը: Ատամների հեռացումից հետո անհրաժեշտ է շարունակական հսկողություն՝ վաղ մանկական կարիեսի առաջացումը կանխելու, ատամնաշարի զարգացումը վերահսկելու և մնացորդային ծննդյան ատամը վարելու համար: Նատալ ատամների պատճառաբանությունը, ինչպես նաև երիկամային անոմալիաների հետ ունեցած կապը հասկանալու համար անհրաժեշտ են հետագա ուսումնասիրություններ:

Ընդունված է 04.08.25

Уникальный клинический случай сочетания натальных зубов и агенезии почки

**А.Р. Малхасян, Г.К. Гардян, Л.Р. Абрамян, Н.В. Арутюнян,
Р.А. Абрамян**

Во время развития ребёнка важным изменением является прорезывание зубов, которое обычно начинается в возрасте 6–8 месяцев. В зависимости от наследственных, эндокринных и факторов окружающей среды, данный процесс может варьироваться по времени. Одним из таких вариантов являются натальные зубы – наличие зубов при рождении. Этиология натальных зубов остаётся неизвестной, существуют лишь определённые гипотезы. В литературе описано множество генетических синдромов, ассоциированных с наличием зубов при рождении, однако не существует выделенного синдрома, при котором сочетались бы только натальные зубы и односторонняя агенезия почки. Мы представляем такой уникальный случай в Армении, где благодаря мультидисциплинарному и непрерывному подходу удалось предотвратить возможные осложнения у ребёнка.

A Unique Clinical Case of Combination of Natal Teeth and Renal Agenesis

**A.R. Malkhasyan, G.K. Ghardyan, L.R. Abrahamyan,
N.V. Harutyunyan, R.A. Abrahamyan**

During a child's development, one of the key milestones is tooth eruption, which typically begins between 6 and 8 months of age. Depending on genetic, endocrine, and environmental factors, this process can vary in time. One of such alternatives is natal teeth – the presence of teeth at birth. The etiology of natal teeth remains unknown, with only certain hypotheses. The literature describes numerous genetic syndromes associated with natal teeth, but there is no specific syndrome that combines only natal teeth and unilateral renal agenesis. We present such a unique case in Armenia, where a multidisciplinary and continuous approach helped to prevent potential complications in a child.

Գրականություն

1. Anderson R.A. Natal and Neonatal Teeth: Histological Investigation of Two Black Females. *J. Dent. Child.*, 1982, 49:300–303.
2. Anton E., Doroftei B., Grab D., Forna N., Tomida M., Nicolaiciuc OS., Simionescu G., Ancuta E., Plopa N., Maftai R., Ilea C., Anton C. Natal and Neonatal Teeth: A Case Report and Mecanistical Perspective. *Healthcare (Basel)*, 2020 Dec 4, 8(4):539. doi: 10.3390/healthcare8040539. PMID: 33291674; PMCID: PMC7761990.
3. Choi S.C., Park J.H., Choi Y.C., Kim G.T. Sublingual Traumatic Ulceration (a Riga-Fede Disease): Report of Two Cases. *Dent. Traumatol.*, 2009, 25:48–50. doi: 10.1111/j.1600-9657.2009.00773.x.
4. Gupta Rahul, Gupta Arun Kumar. Sacrococcygeal teratoma with unilateral renal agenesis, spinal dysraphism, lumbar hernia, CTEV and natal teeth. *Formosan Journal of Surgery*, 52(6):pp. 235-238, Nov–Dec 2019. | DOI: 10.4103/fjs.fjs_51_19.
5. Hals E. Natal and Neonatal Teeth; Histologic Investigations in Two Brothers. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 1957, 10:509–521. doi: 10.1016/0030-4220(57)90011-7.
6. Hebling J., Zuanon ACC., Vianna DR. Dente Natal – A case of natal teeth. *Odontol Clín.*, 1997, 7: 37-40.
7. Khandelwal V., Nayak U.A., Nayak P.A., Bafna Y. Management of an Infant Having Natal Teeth. *BMJ Case Rep.*, 2013, 2013 doi: 10.1136/bcr-2013-010049.
8. Padmanabhan M.Y., Pandey R.K., Aparna R., Radhakrishnan V. Neonatal Sublingual Traumatic Ulceration—Case Report & Review of the Literature. *Dent. Traumatol.*, 2010, 26:490–495. doi: 10.1111/j.1600-9657.2010.00926.x.
9. Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol.*, 2009 Jan, 13(1):41-6. doi: 10.4103/0973-029X.44574. PMID: 21886998; PMCID: PMC3162856.
10. Sepulveda W., Wong A.E., Tonni G., Grisolia G., Ranzini A.C. Unilateral Renal Agenesis: Prenatal Diagnosis and Postnatal Issues. *Diagnostics*, 2025, 15, 1572. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15131572>.