

фторида к зубам, после их прорезывания, являются фторсодержащие зубные пасты, при регулярном использовании которых интенсивность кариеса можно уменьшить на 25-30%. Перспективным направлением совершенствования качества зубных паст для детей является оптимизация концентрации фторида с учетом возраста, а также создание минерализующих препаратов. Для повышения эффективности массовых программ профилактики стоматологических заболеваний необходимо действенное взаимодействие стоматологии с доказательной медициной.

#### Библиографический список

1. Mosby's Dental Dictionary. Mosby, St. Louis, USA, 2004. 763 p.
2. Schwarz E. Global aspects of preventive dental care // Int. Dent. J. 2007. Vol. 57. P. 209-214.

3. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. М.: МГМСУ. 2009. 225 с.
4. Леус Л.И. Долгосрочное наблюдение клинической эффективности контролируемой чистки зубов // Вестник стоматологии (Украина) 2005. № 2. С. 82-85.
5. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. М.: Медицинская книга. 2008. 444 с.
6. Савичук Н.О., Клитинска О.В. Стоматологическое здоровье детей, методические подходы и критерии оценки // Современная стоматология (Украина), 2008. № 1. С. 94-98.
7. Терехова Т.Н., Мельникова Е.И. Эпидемиология кариеса зубов и болезней пародонта среди детского населения Республики Беларусь // Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: материалы XI ежегодного научного форума «Стоматология-2009». М., 2009. С. 42-45.
8. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. Киев: Книга плюс. 2007. 815 с.
9. Maes L. [et al.] Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries // Int. Dent. J. 2006. Vol. 56. P. 159-167.
10. Prevention of dental diseases // WHO, TRS-846. 1994. 48 p.

УДК 616.314 + 616.716 + 616.311] – 001.5-053.2-084 (045)

Обзор

### ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ, МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Н.В. Давыдова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **И.В. Фирсова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, кандидат медицинских наук; **Д.Е. Суетенков** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, доцент, кандидат медицинских наук; **Н.М. Олейникова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии.

### PREVENTION OF TRAUMATIC DAMAGE TO TEETH, SOFT TISSUES, JAW IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

**N.V. Davydova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of pediatric dentistry and orthodontics, Assistant; **I.V. Firsova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, the Docent of Department of pediatric dentistry and orthodontics, Candidate of Medical Science; **D.Ye. Suyetenkov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, the Head of Department of pediatric dentistry and orthodontics, Candidate of Medical Science, Senior Lecturer; **N.M. Oleynikova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of pediatric dentistry and orthodontics, Assistant.

Дата поступления – 01.02.2011 г.

Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

**Давыдова Н.В., Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Олейникова Н.М.** Профилактика травматических повреждений зубов, мягких тканей, челюстных костей у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 199-202.

Описаны статистика и виды повреждений челюстно-лицевой области у детей и подростков. Рекомендуются профилактические мероприятия при различных видах травм в зависимости от возраста пациентов. Даны рекомендации по применению защитных приспособлений.

**Ключевые слова:** травматические повреждения, челюстно-лицевая область, дети, подростки, профилактика травм.

**Davydova N.V., Firsova I.V., Suyetenkov D.Ye., Oleynikova N.M.** Prevention of traumatic damage to teeth, soft tissues, jaw in children and adolescents // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 199-202.

We describe the statistics and types of injuries maxillofacial region in children and adolescents. Recommended preventive measures for different types of injuries depending on the age of the patients. Recommendations on the use of protective devices.

**Key words:** traumatic injury, maxillofacial area, children, adolescents, injury prevention.

Вопросы травматологии продолжают оставаться актуальными во всех разделах медицины в связи с неуклонным ростом травматизма, особенно транспортного. Что касается детского травматизма, он стал одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний детей, основной причиной детской инвалидности, а порой и детской смертности [1].

В Европе (по данным ВОЗ) от травм ежегодно погибают 42 000 человек в возрасте до 20 лет. Травмы являются ведущей причиной смерти в возрасте 5-19 лет. Частота травматизма челюстно-лицевой обла-

сти у детей составляет 10,0 на 1000 детского населения [2, 3].

По данным исследований, большинство несчастных случаев (80,4%) происходит с участием городского населения [4]. В дорожных происшествиях, при несчастных случаях в быту, в результате криминальных происшествий гибнет больше людей, чем вследствие природных катастроф. К сожалению, чаще всего жертвами происшествий в городе становятся дети и подростки, они составляют почти 40% пострадавших [5].

Причинами этого являются особенности психофизиологического развития ребенка, такие, как: неустойчивость и быстрое истощение нервной систе-

**Ответственный автор** – Давыдова Наталия Владимировна.  
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.  
E-mail: nat91259665@yandex.ru

мы; неспособность адекватно оценивать обстановку; быстрое образование и исчезновение условных рефлексов; преобладание процессов возбуждения над процессами торможения; преобладание потребности в движении над осторожностью; стремление подражать взрослым; недостаток знаний об источниках опасности; отсутствие способности отделять главное от второстепенного; переоценка своих возможностей в реальной ситуации; а также тот факт, что именно подростки чаще всего оказываются в критических ситуациях (давка на стадионе, дискотеке и т.п.).

При описании детского травматизма различают его виды: родовой, бытовой, уличный – транспортный и нетранспортный, спортивный, учебно-производственный. В последние годы повысилась частота огнестрельных травм челюстно-лицевой области (ЧЛО). Для симптоматики повреждений у детей характерны возрастные особенности [6].

У новорождённых основным видом травматизма является родовая травма. Ее источник – неэффективное родовспоможение. Анализ историй родов и карт развития новорожденных в родильных домах г. Ставрополя за десятилетний период выявил травму ЧЛО у 615 детей, что составило  $0,86 \pm 0,37\%$  от общего числа родов. У 358 новорожденных ( $58,21 \pm 1,99\%$ ) повреждение ЧЛО в определенной степени зависело от применения различных родовспомогательных манипуляций. Обращает на себя внимание то, что наложение акушерских щипцов, применение которых в среднем составляет  $0,55 \pm 0,03\%$  к общему числу родов, в анамнезе практически каждого второго ребенка ( $45,85 \pm 2,01\%$ ) с травмой ЧЛО. Родовая травма является причиной первично-костных поражений височно-нижнечелюстного сустава, недоразвития и деформаций костей лица [7].

В возрасте 1-4 лет травмы преимущественно бытовые, игровые, термические, химические. Преобладают ушибы мягких тканей лица и шеи, режущие раны, ожоги, отморожения; ушибы, вывихи, переломы молочных и постоянных зубов, челюстных костей, переломы преимущественно поднадкостничные. Оказание медицинской помощи в этом возрасте возможно только в стационарных условиях, совместно с проведением профилактики гнойно-воспалительных осложнений, в качестве которой осуществляют раннее лечение травмы и комплекс специальных лекарственных и физических методов курсами от 7 до 12 дней [8].

В этом возрасте актуальна и профилактика ожогов и других травм. При этом необходимо обеспечить доступность информации о правилах безопасности для семей с маленькими детьми, в их числе:

- не допускать опрокидывания горячих предметов, тарелок и чашек с горячими жидкостями (на время убрать из обихода скатерти и салфетки);
- с осторожностью переносить посуду с горячими жидкостями в местах, где могут внезапно появиться дети;
- исключить присутствие ребенка при приготовлении пищи;
- хранить в недоступных для детей местах спички и едкие жидкости;
- осуществлять постоянный контроль при купании детей;
- создать условия, не допускающие доступ ребенка к окнам или высоким предметам мебели;
- быть внимательным, когда ребенок качается на качелях;

- застекленные проемы дверей на время дополнительно укрепить скотчем;

- электророзетки закрыть заглушками, острые углы мебели уплотнить накладками.

В возрасте 4-7 лет преобладают уличные, неорганизовано-спортивные и транспортные травмы [1]. Чаще встречаются повреждения молочных и постоянных зубов; рвано-ушибленные, сквозные раны мягких тканей ЧЛО; переломы, включая множественные, челюстных костей. Все виды повреждений являются первично инфицированными. При этом оказание помощи возможно в условиях поликлиник и стационаров [9]. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений заключается в своевременном неотложном оказании полного объема хирургической помощи, и медикаментозного комплекса, физических и других методов реабилитации [10, 11].

В 7-12 и 12-15 лет встречаются все виды повреждений ЧЛО, включая увеличение частоты повреждений верхней челюсти и носа, средней зоны лица. Лечение возможно только в специализированных стационарах. У этой группы детей до 75% травма ЧЛО сочетается с черепно-мозговой травмой разной степени тяжести, много сочетанных повреждений. В лечении этой группы кроме челюстно-лицевых хирургов помощь оказывают нейрохирурги, детские хирурги, окулисты, оториноларингологи, невропатологи, ортопеды, ортодонты и другие специалисты [4]. Профилактика черепно-мозговой травмы и гнойно-воспалительных осложнений зависит от скорости и объема оказания помощи челюстно-лицевым хирургам. Своевременная постановка фрагментов в правильное положение, их фиксация и иммобилизация на 50% снижает черепно-мозговые осложнения [10].

До 40-50% детских специализированных стационаров в ДКБ имеют больных с острой травмой и до 25% из них с последствиями травм: рубцами, рубцовыми массивами, дефектами и деформациями мягких тканей и костей лицевого черепа [12]. Этот контингент детей нуждается в сложном реконструктивном реабилитационном лечении, цель которого снизить уровень инвалидизации. Профилактика последствий травм возможна только в диспансерном регламенте, все этапы хирургического лечения в условиях специализированных стационаров; ортодонтическое, логопедическое, психолого-педагогическое – в условиях поликлинического приема и в диспансерном наблюдении [11].

В школьном возрасте появляются специфические виды травм: спортивные, уличные и автотравмы. В профилактике спортивного травматизма основные принципы состоят в наличии постоянного педагогического контроля и дисциплины; в обязательной последовательности овладения различными навыками в строгом соответствии этих навыков возрасту и физической форме ребенка; в недопущении перегрузки спортивных залов; в наличии комплектов защитной экипировки при занятиях скейтбордингом, роликами, сноубордингом, коньками и другими видами спорта, сопряженными с риском повышенного травматизма [13].

В последние годы отмечается рост популярности занятий различными видами спорта среди населения. Одновременно значительно возросло число травм челюстно-лицевой области [14]. Лечение спортивных травм длительное, болезненное и дорогостоящее. Профилактика травматизма намного дешевле и эффективнее самого лучшего лечения. Поэтому, отправляя детей в спортивную секцию, родители

должны принять все меры в целях профилактики травматизма.

Для защиты челюстно-лицевой области используют спортивные капы, которые способны защитить от травм не только зубы и десны, но и мягкие ткани лица, височно-нижнечелюстной сустав, предотвратить переломы челюстей и сотрясение головного мозга [15]. Особенно эффективно применение кап в отношении повреждении мягких тканей полости рта у пациентов, пользующихся несъемными ортодонтическими аппаратами [10]. Травмирование слизистой оболочки полости рта у пациентов с вестибулярными брекет-системами, ортодонтическими микроимплантатами, костными якорями, несъемными аппаратами межчелюстного действия (Herbst apl.) представляет серьезную проблему.

Пациенты используют стандартные и индивидуально изготовленные капы. К обоим разновидностям предъявляются следующие требования: плотный и эластичный обхват зубных рядов и альвеолярных отростков, чтобы при ударе равномерно перераспределять нагрузку на более стабильные боковые сегменты; капа не должна затруднять ротовое дыхание; материал для изготовления кап должен быть гипоаллергенным и сочетать в себе гибкость, твердость и низкую биодegradуемость.

Капы, доступные в спортивных магазинах, изготовлены без учета индивидуальных особенностей конкретного человека. Зубные ряды в такой капе практически не зафиксированы, ее положение во рту нестабильно. Индивидуальные капы изготавливают в лабораторных условиях по моделям челюстей с использованием технологий горячей полимеризации и электровакуумной штамповки из материалов Bioplast различных марок. При этом основным отрицательным параметром может быть малая толщина кап. Тонкий однородный материал деформируется, быстрее разрушается и не предохраняет от сильных ударов. Рекомендуемая толщина капы составляет 4,0 мм и более.

Достаточно условно спортивные капы можно разделить на четыре группы [16]: юниорские капы для детей до 14 лет; взрослые капы для широкого круга спортсменов, не испытывающих повышенной силовой нагрузки при контакте (баскетбол, гандбол); капы для профессиональных спортсменов всех видов восточных единоборств с полным контактом, а также для бокса; профессиональные капы для хоккея, которые также выполняют важную функцию защиты головного мозга.

Капы бывают одночелюстные (single) и двухчелюстные (double). Двухчелюстная капа закрывает зубы как верхнего, так и нижнего ряда, одночелюстная капа надевается только на верхнюю челюсть. При использовании двухчелюстной капы предполагается, что рот у спортсмена закрыт и поэтому, как считают многие, дыхание затрудняется. Одночелюстные капы не блокируют речь, поэтому часть пациентов отдает им предпочтение [17].

Несмотря на довольно широкое использование спортивных кап в профессиональном спорте, их крайне редко рекомендуют людям, увлекающимся спортом на любительском уровне. В результате низкой информированности населения дети и подростки крайне редко применяют капы во время занятий спортом, в то время как качественные защитные капы позволяют значительно снизить риск челюстно-лицевых травм. Повреждения зубов, десен и окружающих зубы мягких тканей чрезвычайно болезненны,

требуют продолжительного и дорогостоящего лечения. Однако многие родители, покупая своим детям дорогой спортивный инвентарь, шлемы и наколенники, неосмотрительно игнорируют защитные капы, которые не только способны предотвратить тяжелые травмы челюстно-лицевой области, но и избавить подростка от моральной неудовлетворенности своей внешностью: наиболее часты спортивные травмы именно в подростковом возрасте, когда они ведут к аномалиям формирования зубочелюстной системы.

Реконструктивные мероприятия в челюстно-лицевой области связаны с различными типами хирургических вмешательств. В случае лечения с применением имплантатов или проведением корригирующих операций на лице, губах срок реабилитации может длиться от полугода и более [18].

Профилактикой травм зубов является и использование закрытых шлемов, полностью защищающих лицо. Вполне очевидно, что использование шлемов с полной защитой лица снижает риск травмирования зубов. Так, в исследовании В.В. Venson сравнивались травмы головы и шеи у хоккеистов, носящих полностью закрытые и полузакрытые шлемы [19]. Было показано, что риск травмы зубов в 9,9 раза выше для игроков, носящих полузакрытые шлемы, чем для тех, которые носят шлемы, закрывающие лицо целиком.

Обеспечение безопасности движения – важная государственная задача. Особое значение в решении этой проблемы имеет своевременная и правильная подготовка всех участников дорожного движения, в ходе которой особое внимание следует уделить самым маленьким детям. Дорожно-транспортный травматизм был и остается наиболее опасным. Появление малолетнего ребенка без сопровождения взрослого на дороге противоестественно, а его действия непредсказуемы, нелогичны и беспомощны. Некоторая осознанность в поведении ребенка на дороге появляется к 10-12 годам. Поэтому важно оценить, к какой категории пешеходов относится ребенок, готов ли он самостоятельно ориентироваться в дорожной обстановке, может ли принимать верные решения.

Основными причинами ДТП по неосторожности детей чаще всего становятся: нарушение правил перехода проезжей части (61,9%); неподчинение сигналам светофора (11,8%); неожиданный выход из-за транспортного средства, деревьев (15,3%); игра на проезжей части (4,2%); неумелое управление велосипедом (3,0%). В течение года наиболее опасными месяцами с точки зрения риска ДТП являются апрель-май, а также конец августа и сентябрь. Из дней недели наиболее часто ДТП с участием детей происходят в понедельник, реже всего в четверг. Наиболее аварийное время суток – утренние часы с 8 до 9, когда дети идут в школу, а также с 15 до 20 часов. При этом с 17 до 18 часов происходит наибольшее число аварий, что объясняется увеличением потока транспорта, когда взрослые возвращаются с работы домой. Основной категорией детей, пострадавших в ДТП, являются школьники, из них мальчиков погибает больше.

Разработку комплекса профилактических мероприятий по безопасности дорожного движения для детей целесообразно проводить по пяти направлениям:

1. Информационное. Обучение детей правилам дорожного движения, формирование комплекса знаний по безопасному поведению на улицах и дорогах.

2. Развивающее. Формирование практических умений и навыков безопасного поведения, представлений о том, что дорога несет потенциальную опасность и ребенок должен быть дисциплинированным и сосредоточенным.

3. Воспитательное. Формирование мотивации ответственного и сознательного поведения на улицах и дорогах, формирование общих регуляторов социального поведения, позволяющих ребенку дорожить собственной жизнью и жизнью других людей, смотреть в будущее с оптимизмом, стремиться к самоутверждению в социально значимой сфере.

4. Методическое. Методическое обеспечение деятельности субъектов профилактики детского дорожно-транспортного травматизма.

5. Контрольное. Система контрольных мероприятий по оценке эффективности внедрения программы профилактики детского дорожно-транспортного травматизма.

Таким образом, профилактика детского травматизма заключается в выполнении таких мероприятий, как: активная санитарно-просветительская деятельность среди населения в целом и в организованных детских коллективах; эффективность уроков безопасности жизнедеятельности; уроки службы безопасности дорожного движения; уроки оказания доврачебной помощи; для разного контингента печатная продукция (листовки, плакаты, видеофильмы, памятки и т.д.); обучение при работе детей с механизмами элементам охраны труда; в работе должны участвовать врачи, педагоги, работники МВД, дорожного движения, общественные организации.

#### Библиографический список

1. Супиев Т.К. Травмы челюстно-лицевой области у детей. М.: МЕДпресс, 2003. 104 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М., 1999. 444 с.
3. Хирургическая тактика лечения и реабилитация детей с укушенными ранами лица и шеи / А.Е. Резникова, Л.В. Агеева, Г.М. Савицкая [и др.] // Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии: 10 лет: результаты, итоги, выводы. М., 2002. С. 137-142.
4. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Филимонова Е.В. Характеристика травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей, находящихся на стационарном лечении // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и

профилактической стоматологии. Волгоград: Бланк, 2009. Том 66. 432 с.

5. Травмы челюстно-лицевой области / под ред. П.З. Аржанцева. М.: Медицина, 1986. 149 с.

6. Суетенков Д.Е., Фирсова И.В. Клинико-статистические данные черепно-лицевых повреждений у детей по материалам Саратовской области // Материалы 58-й науч. конф. «Молодые ученые – здравоохранению». Саратов: СГМУ. 1997. С. 70-71.

7. Водолацкий М.П., Водолацкий В.М. Повреждения челюстно-лицевой области при родах и их последствия. Ставрополь: СГМА, 2009. 112 с.

8. Дьякова С.В., Топольницкий О.З. Стоматология детская: Хирургия. М.: Медицина. 2009. 384 с.

9. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Горнова Е.А. Применение адгезивной техники при лечении детей с травмами зубов // Материалы 61-й конф. НОСМУ СГМУ. Саратов, 2000. С. 113-114.

10. Справочник по детской стоматологии / под ред. А. Кармерона, Р. Уидмера // М.: МЕДпресс-Информ. 2010. 392 с.

11. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М., 1999. 444 с.

12. Суетенков Д.Е., Фирсова И.В. Профилактика травм в стоматологии // Сб. трудов 8-й Всерос. конф. «Новые технологии в стоматологии и имплантологии». Саратов: СГТУ. 2006. С. 135-136.

13. Oral trauma in adolescent athletes: a study of mouth protectors / T. McNutt, S.W.Jr. Shannon, J.T. Wright, R.A. Feinstein // *Pediatr. Dent.*, 1989. Vol. 11. P. 209-213.

14. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста // Киев: Книга плюс, 2005. С. 308 -356.

15. Sport-related dental injury claims to the New Zealand Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation, 1993-1996: analysis of the 10 most common sports, excluding rugby union / R.M. Love, N. Carman, S. Carmichael, E. McFadyen // *N Z Dent. J.* 1998. Vol. 94, № 418. P. 146-149.

16. Beachy G. Dental injuries in intermediate and high school athletes: a 15-year study at Punahou school // *J. Athl. Train.* 2004. Vol.39, № 4. P. 310-315.

17. Dental trauma: restorative procedures using composite resin and mouthguards for prevention / P.C. Santos Filho, P.S. Quagliatto, P.C.Jr. Simamoto, C.J. Soares // *J. Contemp. Dent. Pract.* 2007. Vol. 8, № 6. P. 89-95.

18. Способ оперативного лечения детей с переломами мыщелкового отростка с вывихом головки / В.В. Рогинский, Н.Н. Коринская, А.А. Седых [и др.] // *Детская стоматология.* 1999. №2. С. 48-50.

19. Head and neck injuries among ice hockey players wearing full face shields vs half face shields / B.W. Benson, N.G. Mohtadi, M.S. Rose, W.H. Meeuwisse // *JAMA.* 1999. Vol. 282, № 24. P. 2328-2332.

УДК 616.314.1-08:665.583.4:546.16:615.036.6

Оригинальная статья

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА

**Л.А. Хоменко** – Национальный медицинский Университет имени акад. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина, заведующий кафедрой детской терапевтической стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний, профессор, доктор медицинских наук; **Г.В. Сороченко** – Национальный медицинский Университет имени акад. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина, ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний.

### CLINICO-LABORATORIAL ESTIMATION OF MEDIOPROPHYLACTIC TOOTHPASTES EFFICIENCY IN CARIES PROPHYLAXIS

**L.A. Khomenko** – National A.A. Bogomolets Medical University, Kiev, Ukraine, Head of the Department of Pediatric and Preventive Dentistry, Professor, Doctor of Medical Sciences; **G.V. Sorochenko** – National A.A. Bogomolets Medical University, Kiev, Ukraine, Department of Pediatric and Preventive Dentistry, Assistant.

Дата поступления – 01.02.2011 г.

Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

**Хоменко Л.А., Сороченко Г.В.** Клинико-лабораторная оценка эффективности лечебно-профилактических зубных паст в профилактике кариеса // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 202-206.

В условиях эксперимента и клиники изучено влияние лечебно-профилактических зубных паст с различными носителями фтора на структурные и функциональные параметры эмали постоянных зубов, находящихся на