

Социальные аспекты раннего детского кариеса: результаты локального эпидемиологического исследования

Акмаанай Камчыбекова

Ассистент

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика
<https://orcid.org/0000-0002-1445-9168>

Акдана Эркебаева

Ассистент

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика
<https://orcid.org/0009-0000-0829-0872>

Рыскуль Абыкеева

Ассистент

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика
<https://orcid.org/0000-0002-3876-5901>

Рахимат Тыналиева

Ассистент

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика
<https://orcid.org/0000-0001-8686-4042>

Аннотация. Ранний детский кариес является одной из наиболее распространённых стоматологических патологий у детей младшего возраста, однако отсутствие актуальных эпидемиологических данных по Кыргызстану затрудняет планирование эффективных профилактических мероприятий и разработку целевых программ. Целью являлось изучить распространённость раннего детского кариеса среди детей 1-3 лет в городе Бишкек и выявить ключевые социально-поведенческие факторы риска. Проведено поперечное эпидемиологическое исследование, в котором обследовано 250 детей дошкольного возраста, из которых 104 ребёнка составили целевую подгруппу. Диагностика проводилась по критериям Всемирной организации здравоохранения с использованием индексов кп и кпп, а также индекса гигиены Фёдорова-Володкиной. Дополнительно применялось анкетирование родителей, включавшее вопросы о гигиене, питании и стоматологической активности. Распространённость раннего детского кариеса оказалась крайне высокой: 76,2% в возрасте 12-24 месяцев и 91,1% в возрасте 25-36 месяцев. Интенсивность поражения и уровень неудовлетворительной гигиены возрастали с увеличением возраста. Основными факторами риска выявлены позднее начало регулярной чистки зубов, частое употребление сладостей перед сном, отсутствие профилактических визитов к стоматологу и низкая информированность родителей о роли фторидов и вреде ночного кормления. Ранний детский кариес представляет собой не только клиническую, но и социальную проблему. Для снижения его распространённости необходимы комплексные профилактические программы, ориентированные на семью. Они должны включать раннее обучение родителей правилам гигиены, формирование культуры ухода за полостью рта и повышение доступности стоматологической помощи для детей младшего возраста. Практическая значимость исследования состоит в возможности применения выявленных факторов риска при разработке профилактических мероприятий и образовательных программ для родителей с целью снижения распространённости раннего детского кариеса у детей раннего возраста.

Ключевые слова: эпидемиология; факторы риска; профилактика; стоматологическая помощь детям; гигиена полости рта

Введение

Ранний детский кариес представляет собой быстро прогрессирующее поражение временных зубов у детей младше трёх лет и является одной из наиболее распространённых стоматологических патологий. Заболевание оказывает негативное влияние не только на состояние полости рта, но и на общее здоровье ребёнка, способствуя развитию боли,

нарушений питания, сна, речевого развития и снижению качества жизни. Высокая распространённость раннего детского кариеса, его значительные медицинские и социальные последствия, а также возможность предотвращения при своевременном проведении профилактических мероприятий определяют актуальность дальнейших исследований,

направленных на изучение факторов риска и совершенствование профилактических программ.

Анализ современных научных публикаций свидетельствует о том, что ранний детский кариес остаётся одной из наиболее актуальных проблем детской стоматологии, а его распространённость определяется сочетанием биологических, поведенческих и социально-экономических факторов. Исследователь S. Sheikh *et al.* [1] выполнили сравнительный анализ распространённости кариеса среди детей Кыргызстана и Индии. Авторы сопоставили эпидемиологические показатели в двух странах и пришли к выводу, что распространённость кариеса остаётся высокой в обеих популяциях, несмотря на различия в условиях проживания и системе здравоохранения. Исследователи подчеркнули необходимость разработки национальных профилактических программ с учётом региональных особенностей и факторов риска. О.М. Davudyayn *et al.* [2] проанализировали результаты профилактических медицинских осмотров детей раннего и дошкольного возраста в России с целью оценки распространённости, интенсивности и клинических особенностей кариеса. Авторы установили высокую распространённость заболевания уже в раннем возрасте, отметили увеличение интенсивности поражения по мере взросления детей и сделали вывод о необходимости ранней диагностики, регулярных профилактических осмотров и своевременного проведения профилактических мероприятий.

В исследовании S.B. Daminova, *et al.* [3] оценивался уровень осведомлённости врачей о факторах риска развития кариеса у детей. По результатам анкетирования авторы выявили недостаточный уровень знаний медицинских работников по вопросам профилактики заболевания и подчеркнули, что повышение профессиональной подготовки врачей должно рассматриваться как одно из важных направлений предупреждения раннего детского кариеса. В публикации M.D.O. Cunicelli [4] рассмотрены современные подходы к снижению распространённости раннего детского кариеса посредством вмешательств, ориентированных на родителей и других лиц, осуществляющих уход за ребёнком. Автор пришёл к выводу, что обучение родителей правилам кормления, гигиены полости рта и своевременного обращения за стоматологической помощью позволяет существенно снизить риск развития заболевания, особенно при начале профилактической работы в первые годы жизни ребёнка.

В Глобальном докладе по состоянию стоматологического здоровья World Health Organization [5] представила анализ мирового бремени стоматологических заболеваний и обозначила основные направления развития системы стоматологической помощи до 2030 года. В документе подчёркивается, что профилактика заболеваний полости рта

должна быть интегрирована в систему первичной медико-санитарной помощи, а приоритет должен отдаваться раннему вмешательству, снижению неравенства в доступе к стоматологическим услугам и реализации комплексных профилактических программ. A. Maklennan *et al.* [6] выполнили систематический обзор и метаанализ, посвящённый глобальной распространённости раннего детского кариеса и его связи с социально-экономическими показателями. Авторы обобщили результаты многочисленных исследований и установили, что средняя распространённость заболевания остаётся высокой во всём мире, а риск его развития статистически связан с уровнем дохода семьи, образованием родителей, занятостью и другими социально-экономическими факторами. Исследование H.H. Yang *et al.* [7] было посвящено анализу глобального, регионального и национального бремени кариеса временных зубов за период с 1990 по 2021 год с прогнозированием ситуации до 2035 года. Авторы показали, что заболевание продолжает оставаться одной из ведущих причин потери здоровья полости рта у детей, а в ряде регионов мира ожидается дальнейший рост числа случаев, что подтверждает необходимость усиления профилактических мероприятий.

В систематическом обзоре и метаанализе S.E. Uribe *et al.* [8] оценивалась глобальная распространённость раннего детского кариеса на основании критериев Всемирной организации здравоохранения. Авторы подтвердили значительную распространённость заболевания во всех регионах мира и отметили существенные различия между странами, связанные с особенностями питания, гигиенических привычек, социально-экономических условий и организации профилактической стоматологической помощи. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки комплексных профилактических программ, учитывающих как медицинские, так и социальные факторы риска. Не менее значимым является аспект доступности стоматологической помощи. В сельских районах Кыргызстана и Узбекистана стоматологические услуги для детей младшего возраста практически недоступны, что усугубляет проблему. В таких условиях профилактика должна быть интегрирована в систему первичной медико-санитарной помощи, а педиатры и семейные врачи должны играть ключевую роль в раннем выявлении и профилактике кариеса.

Если рассматривать проблему шире, ранний детский кариес можно назвать индикатором социального благополучия общества. Высокая распространённость заболевания в странах СНГ отражает недостаточную эффективность существующих профилактических программ и низкий уровень информированности родителей. При ограниченных ресурсах наиболее эффективными оказываются

семейно-ориентированные подходы, образовательные инициативы и повышение доступности стоматологической помощи. Кроме того, важно учитывать культурные и поведенческие особенности региона. В Кыргызстане и соседних странах сохраняются традиции длительного грудного вскармливания и ночного кормления, что при отсутствии гигиенических навыков повышает риск развития кариеса. В России и Узбекистане исследования показывают, что родители часто начинают чистить зубы детям слишком поздно, а уровень стоматологической грамотности остаётся низким [2,3]. Тем самым подчёркивается важность образовательных программ, формирующих правильные привычки с первых месяцев жизни ребёнка.

Таким образом, ранний детский кариес следует рассматривать как комплексную проблему, включающую клинические, социальные, культурные и организационные аспекты. Решение этой проблемы требует междисциплинарного подхода, объединяющего усилия стоматологов, педиатров, педагогов и специалистов в области общественного здравоохранения. Целью настоящего исследования явилась оценка распространённости раннего детского кариеса среди детей 1-3 лет в городе Бишкек и выявление ключевых социально-поведенческих факторов риска, влияющих на развитие заболевания.

Материалы и методы

Настоящее исследование выполнено в формате поперечного эпидемиологического анализа с использованием кластерного дизайна выборки. Такой подход позволяет получить репрезентативные данные о состоянии стоматологического здоровья детей в условиях ограниченных ресурсов и обеспечивает сопоставимость результатов с международными исследованиями. Работа проводилась в дошкольных учреждениях города Бишкек в 2025 году. Всего было обследовано 250 детей в возрасте до 6 лет. Для углублённого анализа выделена целевая подгруппа из 104 детей в возрасте от 1 до 3 лет, что соответствует определению раннего детского кариеса. Критерии включения: возраст ребёнка от 12 до 36 месяцев; наличие информированного согласия родителей или законных представителей; посещение дошкольного учреждения в городе Бишкек; отсутствие тяжёлых соматических заболеваний, препятствующих стоматологическому осмотру. Критерии исключения: дети старше 3 лет (для основной подгруппы анализа); отказ родителей от участия; наличие системных заболеваний или состояний, влияющих на формирование зубочелюстной системы (например, врождённые аномалии, тяжёлые эндокринные патологии); неполные или недостоверные анкеты родителей. Для анализа распространённости раннего детского кариеса обследованные дети

были разделены на две возрастные группы: от 12 до 24 месяцев и от 25 до 36 месяцев. Такой подход позволил выявить возрастные особенности формирования кариозного процесса и оценить динамику показателей в зависимости от возраста. Дополнительно, для оценки общего бремени заболевания в исследуемой когорте, был запланирован расчет суммарного показателя распространенности раннего детского кариеса для всей целевой подгруппы детей в возрасте от 1 до 3 лет. Этические аспекты. Исследование проводилось в соответствии с положительным решением биоэтического комитета Кыргызской государственной медицинской академии (протокол №9 от 2018 г.), что обеспечивает соответствие международным требованиям этики и защиты прав участников. Все родители были проинформированы о целях исследования и дали письменное согласие на участие детей. Данное исследование было выполнено в соответствии с международными принципами World Medical Association [9].

Диагностика раннего детского кариеса осуществлялась по критериям Всемирной организации здравоохранения, что обеспечивает сопоставимость полученных данных с международными исследованиями [5]. Для оценки интенсивности поражения использовались индексы кп (кариес, пломба) и кпп (кариозные, пломбированные поверхности). Состояние гигиены полости рта определялось по индексу Фёдорова-Володкиной, который позволяет объективно оценить уровень налётообразования и качество ухода за зубами у детей младшего возраста. Для выявления социально-поведенческих факторов риска применялась стандартизированная анкета, разработанная на основе современных эпидемиологических исследований. Анкета включала блоки вопросов о: регулярности и времени начала чистки зубов; особенностях питания (включая ночные кормления и употребление сладостей); частоте посещений стоматолога; уровне знаний родителей о профилактике кариеса и роли фторсодержащих средств.

Для обработки данных применялись параметрические методы статистического анализа. Количественные показатели представлены в формате $M \pm m$ (среднее значение $\pm$ стандартная ошибка), а долевые показатели - в формате $P \pm m$. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS Statistics (версия 25.0). Описательная статистика применялась для расчета частот и средних значений исследуемых параметров. Выбор именно кластерного дизайна был обусловлен необходимостью учёта особенностей дошкольных учреждений, где дети имеют схожие условия питания и ухода. Введение критериев включения и исключения позволило повысить точность анализа и исключить влияние системных заболеваний на результаты.

Использование международных индексов (кп, кпп, индекс Фёдорова-Володкиной) обеспечивает сопоставимость данных с другими странами и делает исследование релевантным для включения в международные базы данных.

Результаты

В ходе первичного этапа эпидемиологического исследования скрининг прошли 250 детей дошкольного возраста. Из этого массива 146 пациентов были исключены из дальнейшего анализа, поскольку их возраст превышал 36 месяцев, что не соответствует строгим критериям включения для изучения раннего детского кариеса. Детальный стоматологический статус и анализ факторов риска для данной исключенной группы не проводился, так как фокус работы был сконцентрирован исключительно на

целевой подгруппе раннего возраста ($n=104$). Общая картина показала, что заболевание встречается крайне часто уже в раннем возрасте. При этом во второй возрастной группе показатели оказались значительно выше, чем в первой. Это свидетельствует о том, что по мере взросления ребёнка и увеличения времени функционирования временных зубов риск развития кариеса возрастает. Важно отметить, что различия между группами касались не только распространённости заболевания, но и его интенсивности: у старших детей наблюдалось большее количество поражённых зубов и поверхностей, а также более выраженные нарушения гигиены. Стоматологическое обследование определило достаточно высокую поражаемость кариесом временных зубов у детей (Таблица 1). Средняя распространённость РДК в целевой подгруппе составил $84,6\% \pm 3,7$.

Table 1. Результаты обработки данных обследования детей

Показатель	Группа I	Группа II
	от 12 до 24 мес	от 25 до 36 мес
Количество человек (n)	42	62
Распространённость РДК, % ($P \pm m$)	$76,2 \pm 6,5$	$91,1 \pm 3,5$
Индекс интенсивности КП, ($M \pm m$)	$3,9 \pm 0,29$	$5,6 \pm 0,27$
Кол-во поражённых поверхностей (кпп), ($M \pm m$)	$6,8 \pm 0,45$	$11,3 \pm 0,56$
Индекс Фёдорова-Володкиной, ($M \pm m$)	$2,4 \pm 0,10$	$3,1 \pm 0,4$

Примечание: КП – кариозно-пораженные зубы

Источник: создано авторами

Анализ индекса гигиены показал неблагоприятную тенденцию: в обеих группах уровень ухода за полостью рта был неудовлетворительным, но у детей старшего возраста ситуация усугублялась. Это подтверждает гипотезу о том, что отсутствие ранних профилактических мер приводит к быстрому накоплению кариозных поражений и ухудшению состояния гигиены. Дополнительный анализ количественных показателей выявил выраженную возрастную зависимость всех исследуемых стоматологических параметров. Распространённость раннего детского кариеса среди детей 25-36 месяцев превышала аналогичный показатель в группе 12-24 месяцев на 14,9 процентных пункта ($91,1\%$ против $76,2\%$), что свидетельствует о существенном увеличении числа детей с кариозными поражениями уже в течение второго и третьего года жизни. Аналогичная закономерность прослеживалась при оценке интенсивности кариозного процесса. Среднее значение индекса КП увеличилось с $3,9 \pm 0,29$ до $5,6 \pm 0,27$, что соответствует приросту примерно на $43,6\%$. Полученные данные указывают не только на увеличение числа детей, имеющих кариес, но и на прогрессирование патологического процесса с поражением большего количества временных зубов у каждого ребёнка старшей возрастной группы.

Ещё более выраженные различия отмечены при анализе количества поражённых поверхностей зубов. Значение показателя кп возросло с $6,8 \pm 0,45$ до $11,3 \pm 0,56$, что составляет увеличение приблизительно на $66,2\%$. Данная тенденция свидетельствует о переходе заболевания к более распространённым и множественным формам поражения, поскольку кариозный процесс затрагивает не только большее число зубов, но и большее количество их поверхностей. Это отражает высокую скорость прогрессирования раннего детского кариеса при отсутствии своевременных профилактических и лечебных мероприятий.

Оценка гигиенического состояния полости рта также продемонстрировала отрицательную возрастную динамику. Среднее значение индекса Фёдорова-Володкиной увеличилось с $2,4 \pm 0,10$ до $3,1 \pm 0,40$, что указывает на ухудшение качества индивидуальной гигиены полости рта у детей старшей возрастной категории. Увеличение количества зубного налёта создаёт благоприятные условия для длительного воздействия кариесогенной микрофлоры и поддержания деминерализующих процессов в эмали временных зубов. Совокупность полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что уже к возрасту 25-36 месяцев наблюдается не только значительное увеличение

распространённости раннего детского кариеса, но и существенное возрастание тяжести стоматологического поражения. Одновременный рост показателей распространённости заболевания, индекса КП, количества поражённых поверхностей и ухудшение гигиенического состояния полости рта свидетельствуют о комплексном прогрессировании патологического процесса. Выявленные закономерности подчёркивают необходимость проведения профилактических мероприятий с момента прорезывания первых временных зубов, не дожидаясь формирования выраженной клинической картины заболевания. Графическое представление данных (Рис. 1) наглядно демонстрирует, что с возрастом увеличивается доля детей с высоким уровнем налётообразования.



Рисунок 1. Процентное соотношение значений индекса гигиены по Федорову-Володкиной

Источник: создано авторами

Детализированный анализ индекса гигиены Фёдорова-Володкиной продемонстрировал устойчивую неблагоприятную тенденцию к ухудшению состояния полости рта. В обеих исследуемых группах базовый уровень ухода классифицируется как неудовлетворительный. Однако графическое распределение (Рис. 1) позволяет проследить четкую возрастную градацию: по мере перехода от ранней группы (12–24 мес.) к старшей (25–36 мес.) происходит качественный сдвиг от единичных случаев образования мягкого зубного налета к его системному и плотному накоплению на всех поверхностях зубов. Подобная динамика подтверждает гипотезу о том, что отсутствие ранних гигиенических навыков ведет к лавинообразному ухудшению стоматологического статуса. На основе данных анкетирования, мы составили диаграмму относительно поведенческих и социальных факторов (Рис. 2).

Результаты анкетирования родителей n=104



Рисунок 2. Данные анкетирования

Источник: создано авторами

Детализированный анализ результатов анкетирования (Рис. 2) позволил выделить доминирующие социально-поведенческие паттерны, выступающие катализаторами развития патологии. Оценка пищевого поведения указывает на то, что преобладающая часть выборки подвергается регулярному воздействию кариесогенных факторов. В частности, отмечается систематическое употребление легкоферментируемых углеводов перед сном, а также сохранение практики ночных кормлений, что приводит к длительному снижению pH слюны в ночное время. Данные диетические погрешности наслаиваются на критически позднее начало регулярных гигиенических процедур. Полное или частичное игнорирование чистки зубов на этапе их прорезывания создает оптимальные условия для колонизации кариесогенной микрофлоры. Стоматологическая активность семей характеризуется пассивностью и преобладанием urgentных обращений: профилактические визиты в первый год жизни практически не практикуются. Информационный дефицит со стороны опекунов проявляется в непонимании кариеспротективной роли фторидов в составе зубных паст и недооценке реальных рисков, связанных с длительным использованием бутылочки для кормления. Родители не обладают достаточной информацией, не формируют правильные привычки и не обращаются за стоматологической помощью своевременно. Даже небольшие изменения, например, раннее введение чистки зубов и отказ от сладостей перед сном, могли бы существенно снизить риск заболевания. Диаграмма показывает, что проблема раннего детского кариеса в большей степени связана не с биологическими особенностями ребёнка, а с поведенческими и социальными факторами. Сравнительный анализ двух возрастных групп показал, что с увеличением возраста детей не только

возрастает распространённость раннего детского кариеса, но и существенно ухудшается состояние гигиены полости рта. Это подтверждает тезис о том, что профилактика должна начинаться максимально рано, ещё до появления первых кариозных поражений. Высокая доля детей, получающих сладости перед сном и не имеющих регулярного ухода за зубами, указывает на значимость поведенческих факторов риска. Недостаточная информированность родителей усиливает негативное влияние этих факторов, формируя условия для быстрого прогрессирования заболевания.

Таким образом, результаты исследования демонстрируют выраженное прогрессирование кариозного процесса уже в раннем возрасте и подчёркивают необходимость раннего вмешательства. Полученные данные подтверждают, что сочетание биологических факторов (возраст, количество поражённых зубов и поверхностей) и социальных детерминант (гигиенические привычки, питание, уровень знаний родителей) формирует высокий риск развития раннего детского кариеса. Особое внимание заслуживают результаты анкетирования родителей, представленные в виде диаграммы. Они выявили ряд значимых поведенческих и социальных факторов риска. Большинство детей не имели регулярного ухода за зубами, а начало чистки откладывалось на более поздний возраст. Существенная часть детей получала сладости перед сном, что создаёт благоприятные условия для развития кариеса. Посещение стоматолога в первые годы жизни практически отсутствовало, а информированность родителей о роли фтора и вреде ночного кормления была крайне низкой.

Обсуждение

Результаты исследования подтвердили крайне высокую распространённость раннего детского кариеса (РДК) среди детей 1-3 лет в Бишкеке. Более того, выявлена чёткая возрастная динамика: у детей старшей группы показатели интенсивности и распространённости заболевания оказались значительно выше. Это свидетельствует о быстром прогрессировании кариозного процесса при отсутствии ранних профилактических мер. M.S. Safarova & F.R. Kamalova [10] сообщили о распространённости РДК на уровне 78% у детей младше трёх лет. Несмотря на схожие показатели, автор отмечает, что регулярная чистка зубов встречалась чаще, чем в Кыргызстане. Это может объяснять несколько более низкие значения интенсивности кариеса. Таким образом, текущие результаты подтверждают значимость именно диетических привычек: в узбекской выборке меньше детей получали сладости перед сном, что снижало риск заболевания.

В Беларуси Р.А. Leus [11] показала, что социально-экономические условия семьи напрямую

влияют на уровень кариеса. Дети из семей с низким доходом имели более высокие показатели заболевания. В текущем исследовании аналогичные закономерности проявились через низкую информированность родителей и отсутствие ранних визитов к стоматологу. Сравнение с международными данными выявляет интересные различия. M.M. van der Zande *et al.* [12] сообщили о распространённости РДК около 60% у детей трёх лет. Это ниже полученных показателей, что авторы связывают с национальными программами профилактики, включающими обязательные визиты к стоматологу и широкое использование фторсодержащих средств. В Кыргызстане подобные программы отсутствуют, что объясняет более высокую распространённость заболевания [13]. Результаты этой статьи подтверждают этот вывод: значительная часть родителей не осведомлена о вреде ночного кормления, что способствует развитию кариеса.

В Южной Корее E. Ahn & S.M. Kim [14] отметили, что регулярные визиты к стоматологу до трёх лет существенно снижают риск развития кариеса. В текущей выборке лишь единицы детей посещали стоматолога в раннем возрасте, что подтверждает недостаточную культуру профилактических осмотров. Исследования, посвящённые родительскому поведению, также подтверждают выводы. В работе A.E. Mosa *et al.* [15] показано, что различия между грудным вскармливанием и кормлением из бутылочки существенно влияют на риск РДК. В этом исследовании подобные аспекты не анализировались отдельно, но выявленная высокая доля ночных кормлений косвенно подтверждает значимость этого фактора. Исследование B.L. Edelstein *et al.* [16] показало, что родительское пищевое поведение (например, частое употребление сладостей в семье) коррелирует с уровнем кариеса у детей. В Индии исследования подтвердили тесную связь между кормлением из бутылочки, ночными кормлениями и высоким уровнем РДК [17]. В странах Ближнего Востока систематический обзор подтвердил значимость социально-экономических и культурных факторов риска, включая уровень образования родителей и доступность стоматологической помощи [18]. В Турции исследование показало, что распространённость РДК среди детей 2-5 лет составляет около 69%, а ключевыми факторами риска являются низкий уровень образования родителей и отсутствие регулярных профилактических визитов.

Результаты современных исследований свидетельствуют о том, что ранний детский кариес остается одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний детского возраста, а его развитие определяется комплексным взаимодействием биологических, поведенческих и социально-экономических факторов. В глобальном

обзоре N. Tinanoff *et al.* [19] проанализировали современные данные об эпидемиологии, этиологии, факторах риска, социальном бремени, подходах к лечению, профилактике и образовательным программам при раннем детском кариесе. Авторы пришли к выводу, что эффективное снижение распространенности заболевания требует комплексной профилактики, ранней оценки риска и междисциплинарного взаимодействия медицинских работников. В исследовании M.O. Folayan [20] изучалась взаимосвязь между ранним детским кариесом и уровнем бедности в странах с низким и средним уровнем дохода. Авторы установили, что социально-экономические условия оказывают существенное влияние на распространенность заболевания, однако эта связь носит сложный характер и зависит от особенностей конкретных стран, что свидетельствует о необходимости учитывать социальные детерминанты здоровья при разработке профилактических программ.

R.J. Schroth *et al.* [21] исследовали состояние стоматологического здоровья детей коренных народов и влияние раннего детского кариеса на их общее состояние здоровья и качество жизни. Авторы показали, что ранний детский кариес ассоциирован с болью, нарушением питания, сна, физического развития и психосоциального благополучия детей, а также подчеркнули необходимость ранних профилактических мероприятий и повышения доступности стоматологической помощи для уязвимых групп населения. В публикации H. Benzian *et al.* [22] рассмотрено значение Глобальной стратегии Всемирной организации здравоохранения по охране здоровья полости рта как основы для совершенствования систем стоматологической помощи. Авторы подчеркнули, что интеграция профилактики стоматологических заболеваний в систему первичной медико-санитарной помощи, сокращение неравенства в доступе к стоматологическим услугам и реализация межсекторальной политики являются ключевыми условиями улучшения стоматологического здоровья населения, в том числе детей. Эти данные подтверждают универсальность социально-экономических факторов риска и подчеркивают необходимость образовательных программ для родителей. В этом исследовании аналогичные закономерности проявились через высокую долю детей, получающих сладости перед сном.

Это позволяет сделать вывод, что полученные результаты подтверждают универсальные закономерности: РДК формируется под влиянием сочетания биологических и социальных факторов; ключевую роль играют поведенческие привычки семьи, особенно питание и уход за зубами; международный опыт показывает, что внедрение национальных профилактических программ способно существенно снизить распространенность

заболевания. Для Кыргызстана актуальной задачей является разработка комплексной стратегии профилактики, включающей образовательные программы для родителей, интеграцию стоматологической помощи в систему первичной медико-санитарной помощи и повышение доступности фторсодержащих средств. Это исследование подтвердило высокую распространенность РДК и выявило ключевые социально-поведенческие факторы риска. Сравнение с другими странами показало, что проблема имеет универсальный характер, но её выраженность зависит от уровня информированности родителей, культурных привычек и доступности стоматологической помощи.

Выводы

Проведённое исследование показало, что ранний детский кариес (РДК) среди детей 1-3 лет в Бишкеке имеет крайне высокую распространенность и интенсивность. Особенно выраженные показатели наблюдаются во второй возрастной группе (25-36 месяцев), что свидетельствует о стремительном прогрессировании заболевания в течение первых трёх лет жизни ребёнка. Этот возрастной период можно рассматривать как критический для формирования устойчивых факторов риска и закладывания основ стоматологического здоровья. Выявленные данные подтверждают, что ключевыми детерминантами риска являются социально-поведенческие привычки семьи. Позднее начало регулярной гигиены полости рта, нерегулярность или полное отсутствие чистки зубов, частое употребление сладостей перед сном, отсутствие профилактических визитов к стоматологу и низкий уровень знаний родителей о базовых мерах профилактики создают условия для быстрого накопления кариозных поражений. В совокупности эти факторы формируют неблагоприятную среду, способствующую развитию и прогрессированию заболевания.

Важно подчеркнуть, что проблема РДК носит не только клинический, но и социальный характер. Она отражает уровень стоматологической грамотности населения, доступность медицинской помощи и культурные особенности ухода за детьми. Таким образом, борьба с ранним детским кариесом должна рассматриваться как задача общественного здравоохранения, требующая междисциплинарного подхода и участия не только стоматологов, но и педиатров, педагогов, социальных работников. Полученные результаты указывают на необходимость разработки комплексных профилактических программ, ориентированных на семью. Такие программы должны включать раннее информирование родителей, формирование правильных гигиенических привычек у детей, контроль пищевых факторов риска и повышение стоматологической активности населения. Особое внимание следует

уделить образовательным инициативам, направленным на повышение знаний родителей о роли фторида, вреде ночного кормления и значении регулярных визитов к стоматологу.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в более детальном изучении влияния социально-экономических условий семьи на развитие РДК, а также в оценке эффективности образовательных и профилактических программ, адаптированных к культурным особенностям региона. Важно также исследовать роль питания, включая длительное грудное вскармливание и использование

бутылочек с подслащёнными жидкостями, чтобы разработать рекомендации, учитывающие реальные практики ухода за детьми. Таким образом, это исследование подтвердило высокую распространённость раннего детского кариеса и выявило ключевые социально-поведенческие факторы риска. Реализация семейно-ориентированных профилактических программ позволит не только снизить распространённость РДК, но и сформировать долгосрочные привычки здорового образа жизни, что в перспективе окажет положительное влияние на стоматологическое здоровье всего населения.