

**ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ****Нармахматов Б.Т., Исаков Э.З.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии*

В настоящее время известно множество факторов риска, которые вызывают заболевания зубочелюстной системы. Предложена классификация, согласно которой выделяют эндогенные и экзогенные, специфические и неспецифические факторы риска. К экзогенным факторам можно отнести географические факторы, жилищно-бытовые условия, характер питания и др., к эндогенным факторам – возрастные и анатомо-физиологические особенности отдельных органов и систем, индивидуальные особенности реактивности организма, иммунитет, наследственную предрасположенность [27].

К географическим факторам причисляют климат, рельеф местности, количество осадков, уровень солнечной радиации, содержание в воде и растительных продуктах минеральных солей (кальция и фосфора), а также микроэлементов, главным образом фтора, и некоторые другие.

Фтор – наиболее изученный фактор, влияющий на снижение поражённости населения кариесом зубов. Оптимальная концентрация фтора – от 0,6-0,8 до 1,2 мг/л. Там, где фтора в питьевой воде оказывается недостаточно, «кариозность» зубов заметно возрастает [1,16,21].

Возможны различные пути использования соединений фтора. Механизм противокариозного действия фтора связывают с его способностью повышать устойчивость эмали к кариесу, образуя фторapatит. Фториды также нормализуют обмен веществ в зубах. Кроме того, они угнетают рост микроорганизмов в полости рта, а значит, снижают образование кислот, разрушающих зуб. Для профилактики кариеса используются неорганические и органические соединения фтора [2,13].

Наиболее широкий охват фторпрофилактикой обеспечивается при фторировании питьевой воды. Метод используется в районах с пониженным содержанием фтора в питьевой воде (менее 0,5 мг/л). С помощью фтораторных установок его содержание доводят до 0,8-1,2 мг/л. Данный

способ, однако, не позволяет индивидуально дозировать прием препарата. Кроме того, по назначению используется только небольшой процент фторированной воды, поэтому данная мера профилактики оказывается достаточно неэкономной.

Более широко используется фторирование поваренной соли, содержание фтора в ней должно соответствовать 250 - 350 мг/кг. Этот метод позволил существенно снизить заболеваемость кариесом в Швейцарии. По некоторым данным [29], у детей, рацион которых содержал фторированную соль в течение 2-х лет, распространенность кариеса снизилась на 4,96%, его интенсивность по индексу КПУ – на 14,7%. Трехлетнее потребление фторированной соли способствовало снижению распространенности кариеса зубов на 8,07%, интенсивности по индексу КПУ – на 23,86%.

Эксперты ВОЗ и специалисты считают, что употребление в пищу фторированной соли, наряду с гигиеной полости рта и местным использованием фторидов, в настоящий момент является одним из наиболее эффективных средств предупреждения кариеса в регионах со сниженным количеством фтора в воде.

Во многих странах используются лекарственные препараты, позволяющие индивидуально дозировать количество получаемого фтора. Фтористые препараты могут также использоваться в виде гелей, наносимых на зуб после тщательного удаления зубного налёта [23,24].

Существенное кариеспрофилактическое воздействие, по данным литературы, имеет метод первичной профилактики кариеса, заключающийся в герметизации фиссур стоматологическими материалами. При этом на поверхности зуба создается механический барьер от внешних факторов. Кроме того, герметики обладают бактерицидным действием, вызывая гибель или снижение патогенных свойств микроорганизмов [22].

Одним из перспективных направлений

повышения эффективности противокариозных воздействий является выделение лиц групп риска, которые нуждаются в большем объёме кариеспрофилактических воздействий. Наряду с гигиеной полости рта и фторизацией используются средства и методы, повышающие общую сопротивляемость организма, включающие закаливание и спорт, физиотерапевтические, а также медикаментозные средства. Предложен ряд способов, позволяющих судить о предрасположенности к кариесу на основе оценки гигиены полости рта, определения свойств налёта и слюны, кислотоустойчивости эмали [10].

Менее изучены другие микроэлементы, но некоторым из них также приписывают противокариозный эффект, например цинку, меди, ванадию [20], установлено их влияние на распространённость кариеса зубов у детей дошкольного и школьного возраста.

В возникновении стоматологических заболеваний питание следует рассматривать как в качественном, так и в количественном отношении. Рациональное питание обеспечивает постоянство внутренней среды организма (гомеостаз) и поддерживает жизненные функции (рост, развитие, деятельность различных органов и систем) на высоком уровне при разнообразных условиях труда и быта. Научной основой организации рационального питания человека, независимо от его возраста и профессиональной принадлежности, являются общие физиолого-гигиенические требования к пищевому рациону, режиму питания и условиям приема пищи. При составлении биологически полноценного пищевого рациона учитывают его калорийность и качественный состав, сбалансированность питательных веществ, усвояемость и удобоваримость, органолептические свойства и разнообразие, насыщенность, структуру блюд и сочетание пищевых продуктов, санитарно-эпидемиологическую безупречность. Определяя режим питания, устанавливают часы и продолжительность приема пищи, количество, интервалы между приемами, очередность блюд, распределение рациона (калорийность, состав, объем, масса). Для создания благоприятных условий для приема пищи предусматривают соответствующее оборудование столовой комнаты, сервировку стола, микроклиматический комфорт и другие факторы [14,18,19].

Один из основных дефектов в питании современного человека – потребление избыточного количества легкоусвояемых углеводов, оказывающих отрицательное воздействие не только на зубы, но и на организм в целом. Они приводят к быстрому насыщению калориями и препятствуют поступлению необходимых аминокислот, витаминов, микроэлементов и т. п. Отрицательное воздействие «сладостей» на

зуб имеет два основных момента: первый – их отложение в зубном налёте, второй – последующая ферментация отложений микроорганизмами с выделением кислот. Кроме того, содержащая низкомолекулярные углеводы пища, например, кондитерские изделия, как правило, мягкая, липкая. Она не способствует очищению зубов, не обеспечивает функциональную жевательную нагрузку на зуб и окружающие ткани.

Наличие отрицательных сторон в углеводистой пище не означает полного её запрещения как способа профилактики кариеса, поскольку она необходима для нормальной жизнедеятельности организма. Достаточно снизить её потребление до оптимального уровня. Однако полезное уменьшение количества потребляемых сахаров оказалось не простой задачей, поскольку их трудно заменить другими продуктами, сохраняя вкусовые качества пищи, и сложно преодолеть привычный стереотип питания. Несмотря на эти трудности, необходимо с раннего возраста приучать детей к ограничению в рационе питания кондитерских изделий. Полезна замена их продуктами растительного происхождения, например, фруктами, ягодами, овощами. Следующий путь ограничения потребления сахаров – использование синтетических заменителей: ксилит, сорбит, маннит. Наиболее легко осуществимым оказывается путь сокращения кратности приема и времени контакта углеводов с зубами.

Для этого необходимо выполнять следующие условия: сладкое блюдо не должно быть последним в рационе; принимаемые в конце еды продукты должны хорошо очищать зубы; нужно специально чистить зубы после приёма сладкого, если не выполняется второе требование [25].

Сбалансированное питание в профилактике стоматологических заболеваний имеет не менее важное значение, чем в предупреждении других заболеваний. Принимаемая пища должна обеспечить необходимое количество калорий, которое зависит от возраста, вида деятельности и т.п. Качественный полноценный обмен веществ в организме повышает устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды [13].

В антенатальном периоде формированию зубов, устойчивых к кариесу, способствует полноценное питание беременных. После рождения ребенка идеальным противокариозным действием обладает молоко матери, поскольку оно обеспечивает ребенка всеми необходимыми компонентами. При искусственном вскармливании коррекция осуществляется педиатром. Необходимыми добавками к рациону являются фруктовые и овощные соки, пюре, а затем и свежие овощи и фрукты [29].

Биологическая ценность пищи определяется

содержанием в ней необходимых организму веществ (белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины) в оптимальных количественных соотношениях. В качестве существенного дефекта в питании современного человека следует назвать дефицит жевательной нагрузки, который способствует формированию функционально ослабленного жевательного аппарата. В рационе обязательно должны быть необработанные продукты растительного происхождения (овощи, фрукты). Жевательная нагрузка на зубы обеспечивает целый ряд положительных моментов, в частности нормальное формирование зубных дуг, нормальное поддержание мышечного тонуса. В момент действия вертикальных сил на зуб раздражаются рецепторы пародонта, включающие рефлекторную дугу со слизистой желудка. Активное жевание способствует выделению слюны, омывающей зубы, и само по себе способствует их самоочищению. Жесткая пища обеспечивает физиологическое стирание зубов, которое, в свою очередь, является стимулом к образованию защитного заместительного дентина и повышению минерализации [15,22].

Многие экспериментальные и клинические исследования показали большую роль питания в возникновении и развитии стоматологических заболеваний. Фактор питания играет различную роль: обеспечение постоянным необходимым набором питательных веществ; характер питания с учетом физических свойств пищи (твердая, мягкая, кашеобразная); режим питания. В комплексе кариепрофилактических мероприятий все составляющие «фактора питания» имеют значение. Несбалансированное питание, преобладание в пищевом рационе углеводов и особенно рафинированных углеводов, недостаток продуктов, содержащих минеральные компоненты, способствует не только возникновению кариеса и заболеваний пародонта, но и быстрому прогрессированию этих процессов [1].

Работами И.С. Кицул и соавт. [17] показано, что добавление к питанию детей в детских дошкольных учреждениях глицерофосфата кальция по 0,5 г, витаминов В<sub>6</sub>, В<sub>1</sub> по 0,001 г ежедневно в течение одного месяца, разнообразие рациона питания большим количеством салатов, овощных блюд, включая и добавки морской капусты, исключение сладких булочек, печенья, вафель, подслащенного кефира на полдник, позволяют снизить заболеваемость кариесом до 50%.

Анализ данных о распространенности стоматологических заболеваний свидетельствует о массовом поражении населения всех возрастно-половых групп заболеваниями зубочелюстной системы.

Исследования показывают, что в возрастной группе 15-19 лет распространенность патологии

твёрдых тканей зубов, подлежащих уже ортопедическому стоматологическому лечению, достигает 50% [17,28]. К 30-летнему возрасту патологией твёрдых тканей зубов страдает 90% населения. С 40-летнего возраста происходит постепенное снижение распространённости данной патологии до 35%, что объясняется увеличением числа удалённых зубов по поводу осложнений кариеса и патологии пародонта. По мнению большинства авторов, кариес в одинаковой степени наблюдается как у мальчиков, так и у девочек [10] и женщин всех возрастных групп (до 60 лет). Как показали исследования [9], женщины обращаются за стоматологической помощью в 1,5 раза чаще мужчин, что может быть связано с беременностью и родами.

Состояние организма, в частности перенесённые и сопутствующие заболевания, также оказывают определённое влияние на распространённость стоматологических заболеваний. Так, эпидемический гепатит способствует повышению интенсивности кариеса зубов [16]. У детей неполноценному формированию и минерализации твёрдых тканей зубов могут способствовать инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дизентерия и др.). Установлена повышенная поражённость кариесом зубов и зубочелюстными деформациями (аномалии) у больных туберкулёзом лёгких [5].

Большое количество поражённых кариесом зубов обнаруживается у детей, неоднократно перенёсших ангину, хронический тонзиллит и ревматическое заболевание [26].

Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой, эндокринной и других систем организма могут быть причиной снижения иммунологической реактивности организма и усиления поражения зубов кариесом и другими стоматологическими заболеваниями.

Современный уровень научных знаний не оставляет сомнений в том, что важную роль в развитии кариеса играет плохой гигиенический уход за зубами. Накопление мягкого налёта с последующим образованием на зубах микробной биоплёнки обуславливает развитие кариозного процесса. Начальный этап кариеса – деминерализация эмали – является результатом воздействия органических кислот, продуцируемых микробами зубной биоплёнки [30].

Стоматологические исследования показывают, что без рациональной гигиены полости рта решить проблему кариеса, равно как и заболеваний пародонта, невозможно. Существует профессиональная гигиена, которая проводится врачом-стоматологом и включает удаление зубного камня и зубного налёта. Контролируемая гигиена выполняется самим пациентом, но

предусматривает профессиональное обучение и контроль над качеством очищения зубов. Индивидуальные гигиенические мероприятия осуществляются самостоятельно. Анкетный опрос взрослых и детей свидетельствует, что правильно чистят зубы всего около 10% опрошенных в любой возрастной группе. Большинство людей, даже регулярно ухаживающих за зубами, обнаруживают недостаточный уровень знаний о средствах и методах ухода за полостью рта [30].

В связи с этим возрастает просветительская роль врача-стоматолога, от которого требуется обучать население правильному индивидуальному уходу за полостью рта. При обучении чистке зубов важную роль может сыграть обоснование рекомендуемых мероприятий. С этой целью следует сообщить больному сведения об этиопатогенезе кариеса, возможных осложнениях, связи стоматологических заболеваний с общим уровнем здоровья [3].

Рациональная гигиена предусматривает чистку зубов не менее 2-х раз в день – утром и вечером, а также тщательное полоскание рта после еды. Кратность чистки зубов может зависеть от скорости образования налета, особенностей питания и бытовых привычек. Например, употребление жесткой пищи способствует уменьшению налета, а кулинарно обработанной – его увеличению [12].

Современные средства гигиены полости рта представлены зубными щетками, зубочистками, нитями (флоссами), ершиками, массажерами, которые обеспечивают механическое очищение зубов. В настоящее время выпускаются также электрические зубные щетки, соединяющие в себе свойства механического очищения зубов и массажа десен. Механическое и химическое воздействие на органы полости рта сочетают в себе зубные пасты, гели, зубные порошки, эликсиры, растворы [6,11].

Социально-гигиенические факторы могут оказывать сложное и разнонаправленное влияние на состояние здоровья населения. В цивилизованном обществе здоровье человека – это определяющий, системообразующий фактор государственной экономической и социальной политики, приоритетное направление всех природоохранных и профилактических мероприятий. Известно, что оздоровление образа жизни и окружающей среды снижает заболеваемость и смертность на 20-50%, а только лечебное вмешательство снижает эти показатели лишь на 10% [5].

Жилищно-бытовые условия, материальное благосостояние человека, несомненно, оказывают влияние на рост или снижение стоматологической заболеваемости. По данным [7], распространенность кариеса зубов имеет различные показатели в различных социально-экономических группах внутри стран. Уровень благосостояния, как отмечает автор, продолжает

оставаться определяющим фактором здоровья. Состояние органов полости рта у детей прямо отражает уровень материального благополучия семьи, а также общества, в котором они живут.

Одной из самых актуальных проблем нашего времени можно считать курение, которое следует рассматривать не только как фактор риска стоматологических заболеваний (злокачественные новообразования полости рта), но и как социальный фактор, повышающий уровень смертности. По данным [8], в России курят 64% мужчин и 11% женщин. В США курит 28% взрослого населения. Доля курящих женщин составляет от 10% в Испании до 49% в Дании. Доля курящих мужчин колеблется от 43% в Великобритании до 75% в Польше. Больше и чаще курят лица молодого возраста и лица с низким уровнем образования. Установлена интересная закономерность: среди мужчин чем ниже квалификация, тем больше доля курильщиков; среди женщин наблюдается прямо противоположная тенденция, то есть курящих женщин больше среди образованных и с высоким уровнем материального дохода. В США в последнее время число курящих уменьшилось с 40 до 23%. Вместе с тем снижается возраст начала курения: до 10-11 лет. Наблюдается тенденция к уменьшения числа курильщиков с возрастом: в возрасте 20-24 года курят 78% мужчин и 15% женщин, в возрасте 50 лет и старше число курящих мужчин снижается в 1,5 раза (до 55%), а женщин почти в 5 раз (до 3%) [4,8].

#### Литература

1. Айзман Р.И., Рубанович В.Б., Суботьялов М.А. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: Учеб. пособие. – Новосибирск, 2010. – 286 с.
2. Артюхов И.П., Горбач Н.А., Лисняк М.А. Применение методов экспертных оценок в научных исследованиях и в практической деятельности // Пробл. управления здравоохран. – 2007. – №6 (37). – С. 34-41.
3. Бабанов С.А. Распространенность табакокурения среди городского населения Самары и факторы, ее определяющие // Тер. арх. – 2008. – №1. – С. 69-73.
4. Березин В.А., Шулаев А.В., Старцева Е.Ю., Березин К.А. Социологический мониторинг качества стоматологического обслуживания работников в условиях закрытого промышленного предприятия // Пробл. стоматол. – 2019. – Т. 15, №3. – С. 12-18.
5. Березин К.А., Шулаев А.В., Березин В.А. Совершенствование организации стоматологической помощи работникам промышленно-производственных предприятий // Клини. стоматол. – 2018. – №1. – С. 92-95.
6. Большов И.Н. Проблемы организации и повышения качества стоматологической помощи

(по материалам социологического опроса врачей-стоматологов) // Пробл. стоматол. – 2016. – Т. 12, №1. – С. 110-114.

7. Борданова Т.М. Возможность прогнозирования кариеса зубов у детей дошкольного возраста // Актуальные проблемы медицины: Тез. докл. краевой науч. конф. стоматологов. – Ставрополь, 2005. – С. 239-241.

8. Бочковская О.О., Соловьева А.М. Изучение информированности о современных методах стоматологического лечения и индикаторов качества стоматологических услуг в общественном мнении // Клини. стоматол. – 2006. – №2. – С. 68-72.

9. Булгаков В.С., Теодорович С.А. Некоторые результаты обследования состояния зубных тканей (индекса КПУ) у женщин с патологией беременности (этап 1) // Вестн. РУДН. Сер. Медицина. – 2004. – №1 (25). – С. 91-95.

10. Булгаков В.С., Теодорович С.А. Разработка методики определения индивидуального коэффициента прироста интенсивности кариеса (ИКПИК) и возможности ее применения // Вестн. РУДН. Сер. Медицина. – 2006. – №1 (28). – С. 34-38.

11. Вагнер В.Д., Нимаев Б.Ц., Ахметов Е.А. Пути совершенствования стоматологической службы // Стоматология для всех. – 2006. – №2. – С. 4-5.

12. Грудянов А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование // Стоматология. – 2005. – №3. – С. 21-24.

13. Добровольская П.Э., Ковалёва А.С. Профилактика стоматологических заболеваний в современном обществе // Междунар. журн. экспер. обр. – 2015. – №11-6. – С. 840-847.

14. Ерёмин Ю.Н., Фёдоров М.В. Контроль качества и безопасности питания населения: Учеб. пособие. – Екатеринбург: Изд-во Уральского гос. эконом. ун-та, 2006. – 321 с.

15. Иванова Г.Г., Тихонов Э.П., Чибисова М.А. Сравнительный анализ исследования дентина зуба рентгеновским и электрометрическим методами // Институт стоматологии. – 2004. – №1 (22). – С. 94-99.

16. Камалова Г.Р. Влияние различных факторов на стоматологическую заболеваемость // Уральский мед. журн. – 2011. – №5. – С. 5-8.

17. Кицул И.С., Пивень Д.В., Даценко С.О. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы // Менеджер здравоохран. – 2010. – №2. – С. 30-35.

18. Королев А.А. Гигиена питания: Учебник. – М.: Изд. центр «Академия», 2006. – 528 с.

19. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учеб. пособие. – М.: Изд. «Тонга-Принт», 2001. – 216 с.

20. Кузьмина Э.М. Стоматологическая

заболеваемость населения России. – М., 2009. – 236 с.

21. Лебедев С.Н., Ломова О.Л., Неустроева Т.Г. и др. Влияние климатогеографических факторов, природно-очаговых заболеваний и социально-бытовых условий на стоматологическое здоровье коренного населения севера Тюменской области // Уральский мед. журн. – 2010. – №8. – С. 5-8.

22. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006. – 415 с.

23. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России // Стоматология. – 2003. – №3. – С. 55-60.

24. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. М., 2003, 118 с.

25. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б.. Питание человека (основы нутрициологии). – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 576 с.

26. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Никифорова И.Н., Лобода Е.С. Здоровье молодежи – приоритетный национальный проект // Пародонтология. – 2009. – №1. – С. 13-16.

27. Павленко Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний. – Полтава, 2004.

28. Расулов И.М. Одонтология и современная стоматология // Институт стоматологии // 2009. – №11. – С. 87.

29. Тутельян В.А., Батурин А.К., Гаппаров М.М. и др. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: Метод. рекомендации. – М., 2008. – 39 с.

30. Янковский Д.С. Микробная экология человека: современные возможности ее поддержания и восстановления. – Киев: Эксперт ЛТД, 2005. – 362 с.

**Аннотация.** Представлен перечень факторов риска, которые вызывают заболевания зубочелюстной системы, выделены эндогенные и экзогенные, специфические и неспецифические факторы риска. К экзогенным факторам относятся: географические, жилищно-бытовые условия, характер питания и др., а к эндогенным – возрастные и анатомо-физиологические особенности отдельных органов и систем, индивидуальные особенности реактивности организма, иммунитет, наследственная предрасположенность и др.

**Ключевые слова:** факторы, риск, экзогенный, эндогенный, заболевания, зубочелюстная система.

**Резюме:** Ушбу мақолада тиш-жағ тизими касалликларини пайдо бўлишидаги кўплаб таҳликали экзоген: географик, яшаш ва маиший, овқатланиш омиллари, шунингдек, эндоген: айрим орган ва тизимларнинг анатомо-физиологик ўзига

хослигига тўхталиб ўтилган. Шунингдек, организм индивидуал реактивлиги, иммунитет ва ирсий берилувчанлик ва бошқа комплекс омилларнинг таъсири ёритиб берилган.

**Калит сўзлар:** омиллар, таҳлика, экзоген, эндоген, касаллик, тиш-жағ тизими.

**Summary.** This article provides a large list of risk factors, the presence of which causes diseases of the dental system, distinguish endogenous and

exogenous, specific and non-specific risk factors. Stops at ekzogennye geographical factors, housing conditions, diet, etc., endogenous factors as age and anatomical and physiological features of organs and systems individual characteristics of reactivity, immunity, genetic predisposition, etc.

**Key word:** factors, risk, exogen, endogen, diseases, dental system.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-73>

УДК: 616.314-002:[613.953.11/.13]

## ВЛИЯНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО И ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ



Муртазаев С.С., Джалилова Ф.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

В последние годы ученые и исследователи большое внимание уделяют изучению взаимосвязей питания и стоматологического здоровья детей раннего возраста. Наиболее восприимчивым контингентом к отрицательным последствиям, связанным с низким качеством питания, являются беременные, кормящие женщины и дети. Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальной проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, экономический потенциал общества, является чутким барометром развития страны. Стоматологическое здоровье детей и подростков не может быть обеспечено исключительно клиническими мероприятиями, поскольку на его уровень влияют также психологические и социальные факторы.

Известна связь между кариесом зубов и характером вскармливания ребенка. При сохранении естественного вскармливания только до 6 месяцев достоверно чаще формируется очень низкий или низкий уровень резистентности к кариесу, при искусственном же вскармливании распространенность кариеса у детей 12-23 месяцев в 3 раза выше, а в возрасте 24-36 месяцев – в 1,5 раза выше, чем у детей, получавших грудное молоко. Общеизвестно, что естественное вскармливание в период до 1-го года оказывает системное воздействие и способствует более гармоничному росту малыша, являясь важным фактором реализации генетического потенциала морфофункционального развития в последующие

периоды его жизни.

Считают, что длительно (>1 года) сохраняющееся грудное или бутылочное вскармливание, особенно в ночные часы, или в состоянии засыпания, также создает предпосылки к развитию раннего детского кариеса. Возможно, это связано с тем, что днем уровень фторидов в плазме крови и соответственно в слюне повышается до максимальных значений. Благодаря этому процессы минерализации эмали усиливаются. Ночью же содержание фторидов падает, что способствует преобладанию процессов ее деминерализации (особенно в условиях сниженного естественного самоочищения из-за физиологической – суточной – гипосаливации и невозможности ухода за зубами после кормления ребенка в ночные часы). Однако некоторые авторы утверждают обратное: большой процент детей при сохраняющемся ночном кормлении и питье кариесом не страдают (Pires dos Santos A.P., Soviero V.M., 2002).

Следовательно, причиной кариеса у маленьких детей является не грудное молоко, которое, хотя и богато лактозой, но не обладает высокой кариесогенностью, а нечто другое. Раннее выявление в анамнезе младенца разных факторов риска развития кариеса могло бы помочь проведению санитарно-просветительской работы с родителями и профилактических мероприятий, цель которых – предотвратить быстрое разрушение морфологически неполноценной эмали. Знание и понимание причин разрушения зубов у маленьких детей, своевременное и слаженное информирование молодых мам разными специалистами («об одном и том же – разными