

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал
1998 йилда асос солинган Ўзбекистон
матбуот ва ахборот агентлиги томонидан
15 август 2007 йилда қайта рўйхатга олинган.
Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA

№ 4, 2025 (101)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси
хузуридаги Олий аттестация комиссияси (ОАК)
қарорига асосан «Stomatologiya» журнали Фан
доктори илмий даражасига талабгорларнинг
диссертация ишлари илмий натижалари юзасидан
илмий мақолалар эълон қилиниши лозим бўлган
республика илмий журналлари рўйхатига кири-
тилган (ОАК Раёсатининг 2013 йил 30 декабрдаги
201/3-сон қарори билан тасдиқланган)

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

100048, Ўзбекистон Республикаси,
Тошкент ш., Махтумқули кўчаси, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Интернетдаги манзилгоҳи:
stomjurnal.tibbiyot.com.

Дизайнер ва компьютерда терувчи:

Е.Алексеев

Мухаррир О.А.Козлова

Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли билан
амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги бўйича
жавобгарлик реклама берувчи зиммасидадир.

Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар такриз
қилинмайди ҳамда эгасига қайтарилмайди.

Келтирувчи фактларнинг тўғрилиги, рақамли
материалларнинг аниқлиги, препаратларнинг
номлари, атамалар, илмий-адабий манбалар, исм
ва фамилияларнинг тўғрилиги учун жавобгарлик
муаллифларнинг ҳамда таҳририят хайъатининг
зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.
Бош муҳаррир муовуни: т.ф.д., проф. Жуматов У.Ж.
Масъул котиб: т.ф.н., доц. Рахматуллаева Д.У.

ТАХРИРИЯТ ХАЙЪАТИ

Ando Masatoshi – АҚШ
Baek il Kim – Жанубий Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi – Жанубий Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д., проф.
Аверьянов С.В. (Россия), т.ф.д., проф.
Азимов М.И., т.ф.д., проф.
Акбаров А.Н., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Ғафоров С.А., т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф.
Иноятлов А.Ш., т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.
Комилов Х.П., т.ф.д., проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.
Нигматова И.М., т.ф.н., доцент
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Рузудинов С.Р. (Қозоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Токаревич И.В. (Белоруссия), т.ф.д., проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д., доц.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Боймуродов Ш.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Ғуломов С.С. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Усмонов Ф.К. (Тошкент), т.ф.н., доц.
Узакберганаева У.А. (Нукус)
Хасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Шукурова У.А. (Тошкент), т.ф.д.
Юлдошев А.А. (Тошкент), т.ф.д.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Камалова Ф.Р., Менглиева Д.Н., Кадыров Ф.Ф. Оценка прорезывания и формирования постоянных зубов у школьников, проживающих в неблагоприятных экологических зонах 5-9

Нигматова Н.Р., Акбаров А.Н., Хабилов Б.Н. Морфологическая оценка отечественного биоактивного стекла bgld для восстановления дефекта челюстных костей в эксперименте. 9-12

Эронов Ё.К., Камалова Ф.Р., Мирсалихова Ф.Л. Имконияти чекланган болаларда тиш карашларини бартараф этишда ва оғиз бўшлиғи гигиенасини яхшилашда электрон тиш чўткасининг самарали хусусиятлари 13-17

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Kurbanova Sanobar, Nigmatova Iroda, Alisherova Zuhra Antimicrobial Resistance Patterns of Key Periodontal Pathogens and Molecular Detection of Periodontopathogenic Microbiota in Patients With Gingivitis and Periodontitis 18-23

Умаров О.М., Махмудбеков Б.О. Комплексное лечение и профилактика пародонтита у пациентов с хронической почечной недостаточностью 23-29

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Акабаров А.Н., Салаватова Т.Ф. Разработка и оценка эффективности методов изучения жевательной функции у постбариатрических пациентов 29-34

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Мухамедова Ш.Ю., Хамраева Р.Р. Эффективность применения гипогликемического препарата группы бигуанидов в лечении одонтогенных флегмон у больных с ожирением 34-41

ОРТОДОНТИЯ

Нигматова И.М., Дусмухамедова А.Ф. Искривление кривизны Шпее при зубоальвеолярном удлинении у детей с вторичными деформациями зубного ряда 42-47

Ханова Д.Н., Нигматов Р.Н. Особенности ортодонтического лечения глубокого прикуса в зависимости от возраста ребенка 47-51

CONTENT

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Kamalova F.R., Menglieva D.N., Kadyrov F.F. Assessing the eruption and formation of permanent teeth in schoolchildren living in environmentally harmful zones 5-9

Nigmatova N.R., Akbarov A.N., Khabilov B.N. Morphological evaluation of domestic bioactive glass bgld for restoration of jaw bone defects in an experiment. 9-12

Eronov E.K., Kamalova F.R., Mirsalikhova F.L. Effectiveness of an Electronic Toothbrush in Preventing Dental Caries and Improving Oral Hygiene in Children with Disabilities 13-17

THERAPEUTIC DENTISTRY

Kurbanova Sanobar, Nigmatova Iroda, Alisherova Zuhra Модели антимикробной резистентности ключевых пародонтопатогенов и молекулярное выявление пародонтопатогенной микробиоты у пациентов с гингивитом и пародонтитом 18-23

Umarov O.M., Makhmudbekov B.O. Comprehensive treatment and prevention of periodontitis in patients with chronic kidney failure 23-29

ORTHOPEDIC DENTISTRY

Akbarov A.N., Salavatova T.F. Development and evaluation of the effectiveness of methods for studying chewing function in postbariatric patients 29-34

SURGICAL DENTISTRY

Mukhamedova Sh.Y., Khamraeva R.R. Effectiveness of using a hypoglycemic drug from the biguanide group in the treatment of odontogenic phlegmons in patients with obesity 34-41

ORTHODONTICS

Nigmatova I.M., Dusmukhamedova A.F. Curvature of the Spee Curve with dentoalveolar elongation in children with secondary dentition deformities 42-47

Khanova D.N., Nigmatov R.N. Features of orthodontic treatment of deep bite depending on the child's age 47-51

УДК: 616.314-614.3

**ОЦЕНКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У
ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ**

Камалова Ф.Р., Менглиева Д.Н., Кадыров Ф.Ф.
Бухарский государственный медицинский институт

Показатели биологической зрелости детского организма, как известно, генетически обусловлены и в то же время тесным образом связаны с состоянием окружающей среды. Научные работы последних лет говорят о возрастании степени негативного влияния факторов риска на прорезывание постоянных зубов у детей и подростков [1-5]. В то же время не выявлено связи сроков прорезывания зубов с социальными, материальными и экологическими условиями проживания ребенка, что свидетельствует в пользу сильной генетической детерминированности данного процесса. По мнению Л.А. Золотаревой, ведущими факторами, влияющими на процесс прорезывания постоянных зубов у детей, являются медико-биологические: возраст матери и отца, вредные привычки и профессиональные вредности родителей, неблагоприятное течение беременности, наследственность, здоровье ребенка на первом году жизни. М.С. Кочетова также отмечает вклад факторов риска периода беременности матери и родов, факторов риска раннего детства в оценку критерия зубной зрелости. Автор обозначила, что из группы внешних факторов значительное влияние на процесс прорезывания постоянных зубов оказывает, опережая по значимости климатогеографические факторы, социальная среда. В данном случае учитываются жилищные условия,

доля расходов на ребенка в семейном бюджете. У детей из социально благополучных семей смена зубов происходила раньше, чем у детей из среднеобеспеченных или малообеспеченных слоев. Е.М.В. Clements и соавт. также обнаружили, что у детей в семьях с высоким доходом появление зубов наблюдалось в более ранние сроки, чем у детей из социально уязвимых слоев населения.

Ряд исследований посвящен изучению влияний факторов образа жизни, а именно нарушений пищевого поведения на прорезывание постоянных зубов среди детского населения. R. Heinrich-Weltzien и соавт. указывали на задержку прорезывания зубов у филиппинских детей 10-13 лет с низким индексом массы тела. Причем у девочек весовой показатель не влиял на появление постоянных зубов, в то время как у мальчиков с низкой массой тела отмечалось на один зуб меньше, чем у мальчиков того же возраста с нормальной массой тела. J.O. Alvarez наблюдал задержку прорезывания постоянных первого моляра и центрального резца у детей при дефиците в пище белков в период раннего детства.

Цель исследования

Провести оценку прорезывания и формирования постоянных зубов у школьников, проживающих в неблагоприятных экологических зонах.

Материал и методы

Нами было проведено обследование 212 детей в возрасте от 5 до 15 лет, из них 98 мальчиков и 114 девочек. 104 ребенка обследовались на базе Бухарской областной детской стоматологии, а остальные 108 – в стоматологическом кабинете многопрофильной поликлиники города Навои. Все эти дети были отобраны случайным образом, ранее они не участвовали в каких-либо лечебно-профилактических мероприятиях, стоматологический кабинет посещали по жалобам. При осмотре каждого ребенка была проведена санитарно-просветительская работа и индивидуальная беседа с родителями о необходимости посещения детского стоматолога каждые 3 месяца, для наблюдения и профессиональной гигиены, покрытия зубов фторид-содержащим лаком. После тщательного сбора анамнеза и согласия на участие в исследовании для каждого родителя была составлена программа, которая включала рекомендации о правильной гигиене полости рта, методах чистки и выборе щетки и пасты, а также правильной культуре питания. Для получения полноценного результата обследования на каждого ребенка была составлена анкета осмотра, в которой фиксировались возраст, зубная формула постоянного зуба. Критерием прорезывания считалась перфорация зубом альвеолярной десны с обнажением одного бугра или режущего края, ранее удаление постоянного зуба, патология зубочелюстных аномалий, КПУ, ГИ и ПМА полости рта ребенка.

Результаты исследования

Исследование показало, что у мальчиков формирование правых верхних вторых моляров происходило в возрасте от 10 до 12 лет, в среднем $11 \pm 0,31$ года, первых моляров – от 5 до 6 лет, в среднем $5,83 \pm 0,16$, вторых премоляров – от 10 до 13 лет, в среднем $11,66 \pm 0,88$ года, первых моляров – от 8 до 9 лет, в среднем $8,5 \pm 0,5$, клыков – от 11 до 12 лет, в среднем $11,5 \pm 0,28$, боковых резцов – от 6 до 7 лет, в среднем $6,4 \pm 0,24$ лет, а центральных резцов – от 5 до 8 лет, в среднем $6,6 \pm 0,5$ года. Левые верхние первые вторые моляры формировались в возрасте от 10 до 12 лет, в среднем

$11 \pm 0,57$ года, первые моляры – от 5 до 8 лет, в среднем $6,2 \pm 0,24$, вторые премоляры – от 9 до 10 лет, в среднем $9,5 \pm 0,5$, первые моляры – от 8 до 9 лет, в среднем $8,5 \pm 0,5$, клыки – от 11 до 12 лет, в среднем $11,5 \pm 0,5$, боковые резцы – от 6 до 8 лет, в среднем $7,2 \pm 0,37$, центральные резцы – от 5 до 8 лет, в среднем $6,6 \pm 0,5$.

У девочек формирование правых верхних вторых моляров происходило в возрасте от 10 до 12 лет, в среднем $11 \pm 0,3$ года, первых моляров – от 5 до 6 лет, в среднем $5,87 \pm 0,12$, вторых премоляров – от 9 до 11 лет, в среднем $10,16 \pm 0,4$, первых моляров – от 8 до 10 лет, в среднем $9 \pm 0,57$, клыков – от 10 до 12 лет, в среднем $11,4 \pm 0,4$, боковых резцов – от 6 до 7 лет, в среднем $6,5 \pm 0,5$ лет, а центральных резцов – от 5 до 8 лет, в среднем $6,5 \pm 1,5$ года. Формирование левых верхних первых вторых моляров происходило в возрасте от 10 до 12 лет, в среднем $11,16 \pm 0,4$ года, первых моляров – от 5 до 7 лет в среднем $6,09 \pm 0,21$, вторых премоляров – от 10 до 13 лет, в среднем $11,66 \pm 0,88$, первых моляров – от 8 до 10 лет, в среднем $9 \pm 0,57$, клыков от 8 до 12 лет, в среднем $10,66 \pm 1,33$, боковых резцов – от 6 до 7 лет, в среднем $6,66 \pm 0,33$ года, центральных резцов – от 5 до 7 лет, в среднем $6 \pm 0,21$ года.

Также мы оценивали динамику прорезывания зубов нижней челюсти детей, проживающих в Бухарской области, в возрасте от 5 до 15 лет. Исследование показало, что у мальчиков формирование правых верхних вторых моляров происходило в возрасте от 10 до 12 лет, в среднем $11 \pm 0,31$ года, первых моляров – от 5 до 6 лет, в среднем $5,83 \pm 0,16$, вторых премоляров – от 10 до 13 лет, в среднем $11,66 \pm 0,88$, первых моляров – от 8 до 9 лет, в среднем $8,5 \pm 0,5$, клыков – от 11 до 12 лет, в среднем $11,5 \pm 0,28$, боковых резцов – от 6 до 7 лет, в среднем $6,4 \pm 0,24$ лет, а центральные резцы – от 5 до 8 лет в среднем $6,6 \pm 0,5$ года. Левые верхние первые вторые моляры формировались в возрасте от 10 до 12 лет, в среднем $11 \pm 0,57$ года, первые моляры – от 5 до 8 лет, в среднем $6,2 \pm 0,24$, вторые премоляры – от 9 до 10 лет, в среднем $9,5 \pm 0,5$, первые моляры – от 8 до 9 лет, в среднем $8,5 \pm 0,5$, клыки – от 11 до 12 лет, в среднем $11,5 \pm 0,5$, боковые резцы – от 6 до 8 лет, в среднем $7,2 \pm 0,37$ года,

а центральные резцы – от 5 до 8 лет, в среднем $6,6 \pm 0,5$ года.

У девочек формирование правых верхних вторых моляров происходило в возрасте от 10 до 12 года, в среднем $11 \pm 0,3$ года, первых моляров – от 5 до 6 лет, в среднем $5,87 \pm 0,12$, вторых премоляров – от 9 до 11 лет, в среднем $10,16 \pm 0,4$, первых моляров – от 8 до 10 лет, в среднем $9 \pm 0,57$, клыков – от 10 до 12 лет, в среднем $11,4 \pm 0,4$, боковых резцов – от 6 до 7 лет, в среднем $6,5 \pm 0,5$ лет, а центральных резцов – от 5 до 8 лет, в среднем $6,5 \pm 1,5$ года. Формирование левых верхних первых вторых моляров происходило в возрасте от 10 до 12 лет, в среднем $11,16 \pm 0,4$ года, первых моляров от 5 до 7 лет в среднем $6,09 \pm 0,21$, вторых премоляров от 10 до 13 лет в среднем $11,66 \pm 0,88$, первых моляров от 8 до 10 лет в среднем $9 \pm 0,57$, клыков от 8 до 12 лет в среднем $10,66 \pm 1,33$, боковых резцов от 6 до 7 лет, в среднем $6,66 \pm 0,33$ года, а центральных резцов от 5 до 7 лет в среднем $6 \pm 0,21$ года.

Наше исследование показало, что у мальчиков (7-10 лет) формирование правых верхних первых премоляров происходило в возрасте от 5 до 6 лет, в среднем $5,75 \pm 0,25$ года, боковых резцов от 6 до 7 лет, в среднем $6,5 \pm 0,28$ года, а центральных резцов от 5 до 7 лет в среднем 6 ± 1 года. Сроки формирования левых верхних первых премоляров колебались в возрасте от 5 до 6 лет, в среднем $5,88 \pm 0,11$ года, боковые резцы от 6 до 7 лет, в среднем $6,4 \pm 0,24$ года, а центральные резцы формируются в возрасте от 5 до 6 лет, в среднем $5,8 \pm 0,2$ года.

У девочек (7-10 лет) формирование правых верхних первых моляров происходило в возрасте от 5 до 6 лет, в среднем $5,75 \pm 0,25$ года, боковые резцы – от 6 до 7 лет, в среднем $6,5 \pm 0,5$ года, а центральные резцы от 5 до 7 лет в среднем $6 \pm 0,25$ года. Формирование левых верхних первых премоляров колебалось в возрасте от 5 до 7 лет, в среднем $5,83 \pm 0,16$ года, боковых резцов от 6 до 7 лет, в среднем $6,5 \pm 0,5$ года, а центральные резцы формируются в возрасте от 5 до 7 лет, в среднем $6 \pm 0,19$ года.

Наше исследование показало, что у мальчиков (7-10 лет) формирование правых верхних первых моляров происходило в возрасте

от 6 до 7 лет, в среднем $6,66 \pm 0,33$ года, центральных резцов года – от 7 до 8 лет, в среднем $7,33 \pm 0,33$ года. Формирование левых верхних первых премоляров колебалось в возрасте от 5 до 7 лет, в среднем $6,5 \pm 0,34$ года, а центральные резцы формируются в возрасте от 7 до 8 лет, в среднем $7,2 \pm 0,2$ года.

У девочек (7-10 лет) формирование правых верхних первых моляров происходило в возрасте от 6 до 7 лет, в среднем $6,66 \pm 0,33$ года, центральных резцов – от 7 до 8 лет в среднем $7,5 \pm 0,5$ года. Формирование левых верхних первых премоляров колебалось в возрасте от 5 до 7 лет, в среднем $6,14 \pm 0,26$ года, а центральные резцы формируются в возрасте от 7 до 8 лет, в среднем $7,2 \pm 0,2$ года.

Выводы

1. В связи с возрастающим влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды на развитие человека в последние десятилетия проводилось много исследований по определению сроков и порядка прорезывания зубов у детей. Российские ученые выяснили, что все факторы влияния можно разделить на внутренние, такие как наследственность, индивидуальные особенности развития и общесоматическая патология, и внешние, к которым отнесены социальные и природные факторы, включая экологию, а также качество потребляемых продуктов.

2. Поскольку воздействовать родители могут только на факторы внешнего характера, то для улучшения прорезывания зубов у своих детей они должны обеспечить правильное полноценное питание, дополнительную витаминно-минеральную поддержку организма ребенка, для которого прорезывание зубов является определенным стрессом. Специальные витаминные и минеральные комплексы, по рекомендации педиатра, укрепят организм ребенка и помогут «вырастить» хорошие зубки. Действенным препаратом при нежелательных симптомах, сопровождающих прорезывание зубов у деток, является лекарственное средство.

Литература

1. Сафарова М.С., Хамитова Ф.А. Непосредственное влияние заболеваний челюстно-лицевой области и зубов на психику и внутренние органы // Тенденции и перспекти-

вы развития науки и образования в условиях глобализации. – 2015. – №2 – С. 4-6.

2. Eronov Y.K., Mirsalikhova F.L. Indications for the comprehensive prevention and treatment of dental caries in children with cerebral palsy // Ann. Roman. Soc. Cell Biol. – 2021. – Vol. 25, №1. – P. 5705-5713. Retrieved from www.scopus.com

3. Kamalova F.R. Development and evaluation of the effectiveness of the dental dental examination program for children with diabetes in adverse environmental Conditions // Academicia. – 2020. – Vol. 10, Issue 1. – P. 1364-1366.

4. Kamalova R.F. Diagnostic value of salivator cytokines in dental diseases in children with diabetes mellitus type 1 // Europ. J. Mol. Clin. Med. – 2020. – Vol. 7, №3. – P. 1518-1523. Retrieved from www.scopus.com

5. Kamalova R.F., Torakulovich E.G. Early diagnosis and prevention of dentoalveolar anomalies and cariogenic situation in children suffering from diabetes // Europ. J. Mol. Clin. Med. – 2020. – Vol. 7, №3. – P. 2468-2472. Retrieved from www.scopus.com

Цель: Провести оценка прорезывания и формирования постоянных зубов у школьников, проживающих в неблагоприятных экологических зонах. **Материал и методы:** было проведено обследование 212 детей в возрасте от 5 до 15 лет, из них 98 мальчиков и 114 девочек. 104 ребенка обследовались на базе Бухарской областной детской стоматологии, а остальные 108 – в стоматологическом кабинете многопрофильной поликлиники города Навои. При осмотре каждого ребенка была проведена санитарно-просветительская работа и индивидуальная беседа с родителями о необходимости посещения детского стоматолога каждые 3 месяца, для наблюдения и профессиональной гигиены, покрытия зубов фторидсодержащим лаком. **Результаты:** доказано, что биологический возраст отражает темпы индивидуального роста и формирования детского организма в меняющихся условиях среды обитания. Определение биологической зрелости у детей осуществляется по длине тела и ее прибавке, срокам прорезывания постоянных зубов и их количеству, изме-

нениям в пропорциях тела, а также по степени развития вторичных половых признаков.

Выводы: поскольку воздействовать родители могут только на факторы внешнего характера, то для улучшения прорезывания зубов у своих детей они должны обеспечить правильное полноценное питание, дополнительную витаминно-минеральную поддержку организма ребенка, для которого прорезывание зубов является определенным стрессом.

Ключевые слова: здоровье детей, заболевания ротовой полости, искусственное питание, обмен веществ, недостатка кальция.

Maqsad: Ekologik zararli zonalarda yashovchi maktab o'quvchilarida doimiy tishlarning chiqishi va shakllanishini baholashlarni o'rganish. Material va usullar: 5 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan 212 nafar bola, jumladan, 98 nafar o'g'il va 114 nafar qiz bolalar ishtirokida tadqiqot o'tkazildi. Ulardan 104 nafari Buxoro viloyat bolalar stomatologiyasi klinikasida, qolgan 108 nafari esa Navoiy ko'p tarmoqli klinikasida tekshirildi. Har bir tekshiruv davomida sog'liqni saqlash bo'yicha ta'lim berildi va ota-onalarga har 3 oyda bolalar stomatologiga monitoring, professional tish gigienasi va fluoridli lak surtish uchun tashrif buyurish zarurligi haqida individual maslahat berildi. **Natijalar:** biologik yosh o'zgaruvchan atrof-muhit sharoitida bola tanasining individual o'sish va rivojlanish tezligini aks ettirishi ko'rsatilgan. Bolalarda biologik yetuklik tana uzunligi va o'sishi, doimiy tishlarning chiqishi vaqti va soni, tana nisbatlarining o'zgarishi va ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning rivojlanish darajasi bilan belgilanadi. **Xulosa:** ota-onalar faqat tashqi omillarga ta'sir qila olishlari sababli, bolalarida tish chiqarishni yaxshilash uchun ular to'g'ri ovqatlanishni va qo'shimcha vitamin va minerallarni qo'llab-quvvatlashni ta'minlashlari kerak, chunki tish chiqarish bola uchun stressli davr bo'lishi mumkin.

Kalit so'zlar: bolalar salomatligi, og'iz bo'shlig'i kasalliklari, sun'iy oziqlantirish, metabolizm, kaltsiy yetishmovchiligi.

Objective: Assessing the Eruption and Formation of Permanent Teeth in Schoolchildren Living in Environmentally Harmful Zones. Material and methods: A study of 212 children

aged 5 to 15 years was conducted, including 98 boys and 114 girls. Of these, 104 were examined at the Bukhara Regional Pediatric Dentistry Clinic, and the remaining 108 were examined at the Navoi Multidisciplinary Clinic. During each examination, health education was provided and parents were individually counseled about the need to visit a pediatric dentist every 3 months for monitoring, professional dental hygiene, and fluoride varnish application. Results: Biological age has been shown to reflect the rate of individual growth and development of the child's body in changing environmental conditions.

Biological maturity in children is determined by body length and growth, the timing and number of permanent teeth erupting, changes in body proportions, and the degree of development of secondary sexual characteristics. Conclusion: Since parents can only influence external factors, to improve teething in their children, they must ensure proper nutrition and supplemental vitamin and mineral support, as teething can be a stressful time for the child.

Key words: children's health, oral diseases, artificial feeding, metabolism, calcium deficiency.

УДК: 616.314-089.843:616-092.9

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТЕЧЕСТВЕННОГО БИОАКТИВНОГО СТЕКЛА BG1D ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ



Нигматова Н.Р., Акбаров А.Н., Хабилов Б.Н.

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время биоактивные стекла в виде композиций на основе неорганического кремнезема в основном используются в качестве заменителей костных трансплантатов в стоматологии и ортопедии [2,5,7,12]. Многочисленные клинические исследования показали, что коммерческие продукты на основе стекла 45S5 демонстрируют оптимальный подход к лечению. Так, первые коммерчески разработанные частицы биостекла 45S5 (размер частиц 90–710 мкм) под торговым названием PerioGlas, применялись для замещения межпроксимальных костных дефектов в стоматологии [8-12]. NovaBone - другое торговое название биостекла 45S5 - используется для регенерации костных тканей более 20 лет [6]. Кроме того, Биогран® представляющий собой реставрируемый материал, который имеет тот же состав, что и

биостекло 45S5, с размером частиц 300–360 мкм, был признан эффективным при замещении пародонтальных дефектов и участков экстракции [6, 13, 14].

Недавно на рынке появилась новейшая разработка материала для костных трансплантатов NovaBone® Dental Putty в виде предварительно смешанного композита из частиц биостекла 45S5 и синтетического рассасывающегося связующего, который не требует специальных процедур смешивания перед использованием [1]. Этот новый продукт для замещения кости позволил удовлетворить важное требование простоты в обращении, так как обычно хирурги стремились смешивать частицы стекла с кровью пациента, чтобы получить замазкообразный состав, который вдавливался в костный дефект [3,4, 6].