

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КАРШИЕВА ДИЛОВАР РУСТАМОВНА

ТАМАКИ ЧЕКУВЧИ ИНСОНЛАРДА ЯССИ ЛЕЙКОПЛАКИЯНИНГ
ДАВО-ПРОФИЛАКТИК ЧОРАЛАРИ

(Монография)

Бухоро 2024

Каршиева Д.Р. // «Тамаки чекувчи инсонларда ясси лейкоплакиянинг даво-профилактик чоралари» Монография // _____ таҳририят ва нашриёт бўлими – _____ 2024 й.- 134 б.

Тузувчилар:

Каршиева Д.Р. – Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти 2 сонли Гигиена кафедраси катта ўқитувчиси, PhD.

Такризчилар:

Идиев Ғ.Э - Бухоро давлат тиббиёт институти Ортопедик стоматология ва ортодонтия кафедраси доценти, DSc;

Даминова Ш.Б – Тошкент давлат стоматология институти Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси мудири, профессор, DSc;

АННОТАЦИЯ

Инсон организмида чекиш туфайли содир бўладиган патологик ўзгаришларнинг механизми тамакининг кимёвий тузилиши ҳамда тамаки тутунининг таркиби билан тушунтирилган. 40 дан зиёд тамаки турлари мавжуд. Тамаки баргининг таркибига 70 дан зиёд моддалар ва 1200 дан ортиқ кимёвий компонентлар кирган: алкалоидлар (никотин), ноалкалоид гуруҳ азот таркибли моддалар (аммиак, глуталин, учувчи асослар), аминлар, аминокислоталар, углеводлар, органик кислоталар, полифеноллар, эфир мойлари, қорамой ва ҳ. к. Аммо унинг таркибидаги асосий модда никотин ҳисобланган, унинг миқдори тамакининг кучи ҳамда унинг организмга таъсирини белгилаган. Тамакида никотин миқдорининг меъёри 1,2 - 2,3% атрофида ўзгаради. Никотин ачитувчи таъмли мойсимон суюқликни ўзида намоён этиб, ишқор реакцияга киришади, қайнаш ҳарорати $140 - 145^{\circ} \text{C}$, сув, эфир, алкоғолда яхши эрийди. Аксарият тамакиларнинг таркибига никотинга яқин бўлган норникотин ҳам киради. Ноалкалоид гуруҳ азот таркибли моддалар тамаки таркибида - 3 - 4%, эфир мойлари - 1,7% гача, минерал моддалар - 22% гача, оксиллар - 13% гача, органик кислоталар (олма, отқулоқ, лимон) - 5% атрофида, тамаки қорамойи - 15%, аммиак - 0,11 - 0,17%) ва метил спирти - 1%. Тамакида сезилмас миқдорда форфурол, алдегидлар, феноллар, полифеноллар ва бошқа моддалар аниқланган. Тамаки қорамойи таркибига бир қатор канцероген моддалар кирган. Улар орасида энг хавфлилари бензапирен ва ихтисослашган тамаки нитрозаминлари каби полициклик углеводлар ҳисобланган.

Тамаки чекувчиларда сўлак ажралиш тезлиги чекмайдиган беморларга нисбатан юқори бўлиши, рН қиймати эса ишқорий томонга силжиши кўрсатилган. Чекиш тажрибасининг ортиши билан сўлак ва рН даражаси ошган. Бироқ, чекиш тажрибаси 15 йил ва ундан кўп бўлса, бу кўрсаткичлар камайган. Чекаётган вақтда дарҳол сўлакнинг тезлиги ва рН қийматларининг

мунтазам ўсиши қайд этилган ва 15-30 дақиқадан сўнг бу кўрсаткичлар аста-секин деярли бошланғич даражага тушган.

Ушбу монографияда илк бор тамаки чекувчиларда оғиз бўшлиғи юмшоқ тўқималари учрайдиган ясси лейкоплакияни даволашда доривор анор данаги мойини қўллаш самарадорлиги ўрганилган. Бундан ташқари ясси лейкоплакия билан касалланган беморлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида цитологик ўзгаришларни аниқлаш ва тамаки чекувчиларда ясси лейкоплакия билан касалланган беморлар оғиз суюқлиги клиник-стоматологик, биокимёвий ва кўрсаткичларини баҳолаш амалиётлари олиб борилган.

Монография олий ўқув юртларининг стоматология йўналишларидаги кафедралари профессор-ўқитувчилари, илмий изланувчилар, бакалавр ва магистр-талабалари, шунингдек, стоматологлар ва малака ошириш курслари тингловчилари учун мўлжалланган. Муаллиф томонидан тайёрланган монография хорижий адабиётларда келтирилган замонавий ёндашувлар билан бойитилган.

КИРИШ

Ҳозирги вақтда мамлакатимизда ва бутун дунёда соғлиқни сақлашни ривожлантиришнинг асосий йўналишларидан бири чекишнинг инсон саломатлигига таъсирини ҳар томонлама ўрганиш ва олдини олиш, ташхислаш ва даволашнинг мақбул усуллари ишлаб чиқиш долзарб муаммолардан биридир. Ушбу иллат туфайли келиб чиққан касалликлар кўп йиллар давомида тамаки тутунининг таркибий қисмларининг саломатликка асосий зарарли таъсири яхши маълум бўлишига қарамай, чекиш иллари ривожланиб келган. Республикамиз бўйлаб статистик маълумотлар ўрганилганда эркакларнинг тўртдан уч қисмигача чекади. Аёллар одатда эркакларникига қараганда камроқ чекишади, уларнинг улуши тахминан мамлакатимизда 3 % ни ташкил қилган. Чекувчи аёллар сонининг кўпайиши аёлларнинг замонавий жамиятдаги ролининг ўзгариши, уларнинг эркаклардан иқтисодий мустақиллиги билан боғлиқ бўлган. Аёллар учун чекиш кўпинча ўзини ўзи тасдиқлаш элементларидан биридир. Ҳозирги бутун дунё бўйлаб ривожланган мамлакатларда чекувчилар сони камайган бўлса, Россия ва МДХ мамлакатларида чекувчилар, жумладан, ёшлар ва ўсмирлар сони кўпайган [101; 243-96, 62; 87-89].

Чекувчи аҳоли орасида касалланиш, узоқ муддатли ногиронлик ва умумий ўлим ҳолатлари сезиларли даражада ошган. Статистик маълумотларга кўра, Россияда эркаклар ўлимининг 42 % и тамаки чекиш билан боғлиқ.

Тамаки тутунининг таркибий қисмларига нафақат чекувчилар, балки чекмайдиганлар ҳам таъсир қилган. Маълумки, тамаки тутуни билан ифлосланган ҳаводан нафас олиш "пассив чекиш" чекмайдиганларда тамаки чекувчиларга хос бўлган касалликларнинг ривожланишига ёрдам берган. Буларнинг барчаси чекишга қарши курашишни муҳим тиббий-ижтимоий муаммо деб ҳисоблаш имконини берган.

Кўпгина адабиётларда чекишнинг узоқ муддатли таъсирини тамаки етиштириш ва тамаки маҳсулотларини ишлаб чиқаришнинг иқтисодий фойдалари билан таққослаш бўйича маълумотларни тақдим етган. Бундай тадқиқотлар шуни кўрсатадики, тамаки истеъмоли билан боғлиқ касалликлар, чекувчиларнинг бевақт ўлими билан боғлиқ йўқотишлар, чекиш билан боғлиқ касалликлар туфайли юзага келган иқтисодий йўқотишлар шулар жумласига киради. Буларнинг барчаси тамаки чекиш ҳар қандай давлат ҳукумати олдида турган муҳим ижтимоий-иқтисодий муаммо эканлигидан далолат берган [108; 262-2686, 34; 158].

Чекиш пайтида тамаки тутунининг таркибий қисмларининг инсон танасига таъсири тўғридан-тўғри оғиз бўшлиғи, бурун ва бронхларнинг шиллиқ қаватида турли хил касалликларни келтириб чиқарган, бу юқори даражада чекувчиларнинг танасида бир қатор трансформациялар, қон оқими билан сўлак безига кирган ва сўлақдан оғизга чиқарилган. Оғиз бўшлиғи суюқлиги, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва кичик сўлак безларида юзага келадиган ўзгаришлар тамаки чекиш туфайли юзага келадиган касалликларни ташхислаш учун биринчи аломатлар бўлган. Бироқ, чекувчиларда оғиз бўшлиғи тўқималарининг ҳолати масаласи ҳали ҳам батафсил ва тўлиқ тушунилмаган. Мавжуд маҳаллий, хорижий адабиётларда тамаки маҳсулотларини чекиш оғиз бўшлиғи органларида турли патологияларнинг вужудга келиши ва уларни ўрганиш бўйича ишлар кам ўрганилган.

Шу билан бирга, оғиз бўшлиғи, оғиз суюқлигининг сифат, миқдорий таркибини, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, уларнинг ҳолатини ҳар томонлама клиник ва морфологик ўрганиш тамаки тутунини таркибий қисмларининг гомеостазга зарарли таъсирининг баъзи патогенетик механизмларини аниқлаш учун муҳимдир.

I БОБ. ТАМАКИ ЧЕКУВЧИ ИНСОНЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ ВА УЛАРДА ДАВО- ПРОФИЛАКТИК ЧОРАЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Тамаки чекиш ҳамюртларимиз орасида ҳақиқий эпидемия характерига етган. Тамаки чекиш ЖССТ олдида турган муаммолар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб борган. Ижтимоий тадқиқотларнинг маълумотларига кўра ҳозирги кунда Россияда 56,87% эркаклар ва деярли 35% аёллар, 30 ёшдан 35 ёшгача эса - 75% эркаклар ва 15% аёллар чекадиган инсонлардир. Шунингдек, эркаклар аёлларга қараганда беш йил олдин чекишни бошлаши қайд этилган. Сўнги йилларнинг статистикаси чекувчилар сонининг, шу жумладан аёллар, ёшлар айниқса ўсмирларнинг ортиб бораётганлигидан дарак берган. ЖССТ тадқиқотларига кўра, агар ўсмир ҳеч бўлмаганда иккита сигарет чеккан бўлса, унда 100 нафардан 70 нафар ҳолатда у бутун умр чекади [59; 168-170б, 83; 41-44б].

Тамаки чекиш бутун дунёда анчадан буён шунчаки беозор зарарли одат саналмайди. Мана бир неча йилдирки, тамакани чекиш **ЖССТ да касаллик ва саломатлик билан боғлиқ муаммоларнинг халқаро статистик таснифига (10-қайта кўриш) киритилган;**

V-синф: Психик касалликлар ва ҳатти-ҳаракат бузилишлари; **гурух:** Психик фаол моддаларни истеъмол қилиш билан боғлиқ психик касалликлар ва ҳатти-ҳаракат бузилишлари; **рубрика:** тамаки истеъмоли келтириб чиқарган психик ва ҳатти-ҳаракат бузилишлари (код F 17). Ҳозирги кунда рухшунослар чекишни жиддий касаллик, чекувчиларни эса - малакали шифокор ёрдами зарур бўлган бемор деб ҳисоблашган. Чекишнинг ёмон оқибати шундан иборатки, ушбу авж олувчи сурункали интоксикацияларнинг оқибати дарров эмас, кўп йиллардан кейин пайдо бўлган [69; 245-247б, 19; 202-208б].

Турли мамлакатларда ўтказилган тадқиқотлар, сигарет чекувчи эркеклар ўртасида, чекмайдиганлар билан таққослаганда ўлим ҳолати 70% га юқори эканлигини кўрсатган. Тамаки чекиш бутун дунё эркекларда умумий ўлим ҳолатларининг 36,4% да ва аёлларда умумий ўлим ҳолатларининг 7,5% да асосий сабаб ҳисобланган. Ҳар 14 сонияда ер шарида бир киши чекиш туфайли юзага келган касалликдан ҳалок бўлган. Ҳар йили дунёда чекиш билан боғлиқ касалликлардан 3 млн нафар инсон ҳаётдан кўз юмган. ЮИК, ўпка касалликлари ва саратон туфайли ҳаётдан кўз юмган чекувчи беморлар сони ўсиб борган. Кашандалар орасида касалликларнинг юқори даражаси туфайли етказиладиган иқтисодий зарар тамаки маҳсулотларини сотишдан олинадиган даромаддан анча юқори эканлиги белгиланган. 10 йил тажрибага эга чекувчи инсон чекмайдиган инсонга қараганда 3,5 марта кўп касалланган ва улар касаллик туфайли 5 марта кўпроқ ишга келмаган. Шундан келиб чиқиб, чекиш жиддий ижтимоий-иқтисодий муаммо ҳисобланади [145; 341-350б, 39; 367-372б].

Кўп сонли тадқиқотлар шуни кўрсатдики, тамаки тутуни билан ифлосланган ҳаводан нафас олиш (мажбурий чекиш) чекмайдиган инсонларда кашандаларга хос касалликлар ривожланишига олиб келган. Буларнинг барчаси чекишга қарши курашни муҳим тиббий-ижтимоий муаммо сифатида кўриб чиқишга мажбур қилган [122; 3-9б, 27; 31-84б].

Тамаки чекиш билан боғлиқ бундай инқирозли ҳолат Россиядан ташқари, ЖССТ маълумотларига кўра, собиқ Иттифок республикаларида, Полша, Туркия ва бошқа мамлакатларда ҳам кузатилган. Бу вақтда АҚШ ва Буюк Британияда чекиш туфайли юзага келадиган ўлим ҳолатлари камайган ва бу нафақат аксарият инсонларнинг ушбу зарарли одатдан воз кечиши билан, балки тамаки маҳсулотларининг сифати билан ҳам боғлиқ. Ушбу мамлакатларда қорамоё микдори 20 мг дан ортиқ бўлган сигаретларни сотиш ман этилган, қорамоёнинг ўртача микдори бир сигаретга ўртача 12 мг га тенг.

Бизнинг мамлакатимизда юртимизда кириб келадиган машхур тамаки маҳсулотларида қорамой миқдори 17,8 дан 37,8 мг гача ташкил этган, бу дунё стандартларидан 1,5-3 баробар кўп. Бу мамлакатимизда кириб келадиган тамаки, сигарет қоғози ва филтрларнинг паст сифати билан боғлиқ бўлган [43; 164-189б, 143; 170-173б].

Тамакининг кимёвий тузилиши ҳамда тамаки тутунини ташкил қилувчи компонентлар мажмуаси

Инсон организмида чекиш туфайли содир бўладиган патологик ўзгаришларнинг механизми тамакининг кимёвий тузилиши ҳамда тамаки тутунининг таркиби билан тушунтирилган. 40 дан зиёд тамаки турлари мавжуд. Тамаки баргининг таркибига 70 дан зиёд моддалар ва 1200 дан ортиқ кимёвий компонентлар киради: алкалоидлар (никотин), ноалкалоид гуруҳ азот таркибли моддалар (аммиак, глуталин, учувчи асослар), аминлар, аминокислоталар, углеводлар, органик кислоталар, полифеноллар, эфир мойлари, қорамой ва ҳ. к. Аммо унинг таркибидаги асосий модда никотин ҳисобланади, унинг миқдори тамакининг кучи ҳамда унинг организмга таъсирини белгилайди. Тамакида никотин миқдорининг меъёри 1,2 - 2,3% атрофида ўзгаради. Никотин ачитувчи таъмли мойсимон суюқликни ўзида намоён этиб, ишқор реакцияга киришади, қайнаш ҳарорати 140 - 145° С0, сув, эфир, алкоғолда яхши эрийди. Аксарият тамакиларнинг таркибига никотинга яқин бўлган норникотин ҳам киради. Ноалкалоид гуруҳ азот таркибли моддалар тамаки таркибида - 3 - 4%, эфир мойлари - 1,7% гача, минерал моддалар - 22% гача, оксиллар - 13% гача, органик кислоталар (олма, отқулоқ, лимон) - 5% атрофида, тамаки қорамойи - 15%, аммиак - 0,11 - 0,17%) ва метил спирти - 1%. Тамакида сезилмас миқдорда форфурол, алдегидлар, феноллар, полифеноллар ва бошқа моддалар аниқланган. Тамаки қорамойи таркибига бир қатор канцероген моддалар кирган. Улар орасида энг

хавфлилари бензапирен ва ихтисослашган тамаки нитрозаминлари каби полициклик углеводлар ҳисобланган. [124; 1708-17176, 45; 15-196, 45; 30-26].

Тамаки баргининг тўлиқ ёнмаслиги туфайли ҳосил бўладиган тамаки тутуни газ ва қаттиқ фазалардан ташкил топган гетероген аэрозолни ўзида намоён этган. Тамаки тутунида тўрт мингдан зиёд турли бирикмалар, шу жумладан 40 га яқин коцерогенлар мавжуд. Тутуннинг таркибига турли омиллар таъсир қилган, жумладан: тамакининг тури, ёниш ҳарорати, сигаретанинг узунлиги, шунингдек қоғоз, қўшимча ва филтрлар таркиби. Тутун асосий оқимининг умумий массасидан 92 - 95% и газсимон фазада бўлган, унинг 85% ини кислород, азот ва углерод диоксиди ҳосил қилган. Сигаретнинг тугаши кашанданинг организмида кислород транспорти ва утилизациясини ёмонлаштирган. Сигарет тутунининг газ фазасида углерод оксидининг концентрацияси 1 - 5% гача ташкил этган. Бу концентрация сигарета ёнаётган ҳароратга, шунингдек кислород мавжудлигини аниқловчи омиллар, масалан, қўлланган сигарет қоғозининг ғоваклилигига боғлиқ равишда ўзгарган. Чекиш вақтида ҳосил бўладиган углерод оксидининг миқдори сигарета тугаётганда кўпайган. Тамаки чекувчиларнинг организмида карбоксигемоглобин даражаси улар чекадиган сигареталар сони, тортиладиган тутунни "ютиш" даражаси, сўнги сигаретани чекишдан кейин ўтган вақтга боғлиқ равишда 2 дан 15% гача ўзгарган. Маълумки, гемоглобин билан кислородга қараганда анча яқин бўлган углерод оксиди унинг транспортини бузади. Бу: биринчидан, у гемоглобин бирикадиган жойлар учун кислород билан рақобат қилиши, иккинчидан эса, қолган гемоглобиннинг кислород билан яқинлигини ошириши билан боғлиқ, бу вақт бирлиги ичида тўқималарда кам миқдорда кислород ажралишини аниқланган [33; 33-346, 1; 12-1206, 53; 78-866].

Газсимон фаза таркибига синил кислота, акролеин, аммиак, ацеталдегид, формалдегид ва азот оксиди киради, улар юқори нафас олиш йўлларида

тебранма эпителий хужайраларига кўзгатувчи ва заҳарли таъсир ўтказган. Тамаки тутунининг газсимон фазасини ташкил қилувчи нитрозаминлар, гидразин ва винилхлорид ифодали концероген таъсирга эга.

Қаттиқ фаза қорамой, полинуклеар хушбўй углеводородлар, В-нафтиламин, N-нитрозонорникотин, бенз(а)пирен, полоний-210 ва бошқалардан ташкил топган, улар кашанданинг организмга концероген таъсир ўтказган, индол ва карбозол каби моддалар эса организмда ҳар хил ўсимта ўсишини тезлаштирган [84; 1206, 5; 970-46].

Чекишнинг инсон организмга таъсири

Кўп сонли тадқиқотлар, тамаки чекиш инсон организмга кўп омилли таъсир қилишини кўрсатган: кимёвий концерогенлар, ионлаштирувчи радиация, термик омиллар, ифодали токсик, кўзгатувчи, шунингдек умумий резорбтив таъсирлар [82; 301-3046].

Энг заҳарли таркибий қисм никотин ҳисобланади. Тамаки тутунининг умумий заҳарлилигида унинг улуши тахминан 28,7% ни ташкил қилган. Никотиннинг адсорбциясида тамаки тутунида рН, тутуннинг шиллиқ қаватлар билан узоқ таъсирга кириши, тортишлар частотаси ва ингаляция чуқурлиги катта аҳамиятга эга. Никотин, концентрациясига боғлиқ равишда ганглия кўзгатувчи ёки ганглия заифлаштирувчи таъсирга эга. Унинг организмга мураккаб таъсирларининг катта қисми катехоламинлар ажралиши билан боғлиқ бўлган. Бу моддалар, маълумки, тромбоцитлар агрегациясини тезлаштиради ва уларнинг бирикиш қобилятини оширган, тромбозга мойилликни кучайтирган, қонда липидлар концентрациясини оширган, бу билан атеросклероз ривожланишига шароит яратган, шунингдек юрак аритмиясига мойилликни кучайтирган, бу тўсатдан ўлим ҳолатига олиб келган. Катехоламинлар ажралиши билан, эҳтимол, кашандаларда кўп учрайдиган тахикардия, юрак систолик ҳажмининг ортиши, сезилмас

гипертония ва нафас олишнинг рефлексор қўзғалишини тушунтириш мумкин. Шу сабабли кашандаларда ўткир юрак-томир реакциялари кузатилган, улар систолик ва диастолик босим ошиши ва юрак уришлари частотасининг ортиши, миокард қисқаришининг кучайиши, унинг кислород истеъмолини ортиши, қоннинг вена артериялари орқали оқимининг тезлашиши, миокард қўзғалувчанлигининг ортиши ва периферик томирлар спазмини ўз ичига олган [2; 57-60б, 26; 338б, 146; 202б, 41; 497-450б].

Никотин, катехоламинлар секрециясини кучайтириб, симпатик ганглияларни қўзғатган, бу билан бевосита миотроп томирни торайтирувчи таъсир ўтказган. Шу билан бирга у артериоллар силлиқ мушакларининг тонусини оширган, бу уларнинг спазмига олиб келган. Шунингдек, у қон зардобиди никотин глюкоза, кортизол, антидиуретик гормон, эркин ёғ кислоталари миқдорини ошириши исботланган. Келтирилган сўнги моддаларнинг ортиши атеросклероз ривожланишига олиб келган. Никотин чекиш одатини сақлашда муҳим, лекин истисно бўлмаган, ролни бажарган [40; 155б, 3; 74-75б, 129; 88-93б].

Никотиндан ташқари, инсон организмига бошқа моддалар ҳам заҳарли таъсир ўтказган. Шундай қилиб, углерод оксиди қонда гемоглобинни карбоксигемоглобинга айлантирган, бу билан циркулятор гипоксия ривожланишини чақирган. Ҳайвонларда олиб борилган тажрибаларда тамаки тутунининг таркиби томирлар эндотелийсига шикастлантирувчи таъсирга эга эканлиги белгиланган, улар кейинчалик фиброз ва эндокардиал фиброэластозга олиб келган. Юқорида келтирилган маълумотлар чекиш юрак-томир касалликлари ривожланишида етакчи хавф омили ҳисобланишини кўрсатган [126; 327-330б, 97; 1-413б, 104; 416-423б].

Кўп сонли эпидемиологик ва клиник тадқиқотлар чекиш ва кашандада стенокардия, миокард инфаркти, гипертоник касаллик, бош миёда томир касалликлари ва оёқ ва қўлларда периферик томирлар касаллиги

ривожланиши ўртасида боғлиқликни исботлаган. Шу тариқа, чекувчи эркакларда ЮИК (юрак ишемик касалликлар) ривожланиш хавфи чекмайдиган эркакларга қараганда 60-70% юқори. ЮИК дан кутилмаган ўлим ҳолати уларда чекмайдиган инсонларга қараганда 2 - 3 марта кўп юзага келган. Сигарет чекувчи аёллар ҳам ЮИК ва субарахноидал қон қуйилишлари ривожланишининг катта хавфига мойил, чекиш ва перорал ҳомиладор бўлишдан сақлайдиган воситаларнинг қўлланиши ушбу хавфни тахминан 10 баробар оширган [109; 39-836, 60; 616-6216, 56; 1076-10806].

Чекиш миокардни кислород билан таъминлаш ва миокарднинг унга эҳтиёжи ўртасидаги мувозанатни бузган, ошқозон фибрилляцияси чегарасини камайтирган ва тромбоцитлар агрегациясини оширган. Юракда ифодаланган атеросклероз вена артерияси чекмайдиган одамларга қараганда, кўпинча кашандаларда кузатилган. Сигарет чекиш гипертоник касаллиги ривожланишининг хавф омили ҳисобланмаслиги белгиланган, бироқ артериал босими юқори бўлган кашандалар уларда касалликнинг ёмон сифатли шакллари ривожланишининг юқори хавфига мойил. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, тамаки чекувчиларда ҳам систолик, ҳам диастолик артериал босимнинг юқори кўрсаткичлари қайд этилган, шунингдек уларда юрак-томир кризлари ривожланиш хавфи юқори. Сигарет чекиш бош миёга қон оқимини камайтирган, бу кўп эҳтимол билан миёда ишемик касаллик ривожланиш хавфини оширган [57; 48-546, 99; 81-916].

Чекиш билан боғлиқ касаллик ривожланишининг хавф даражаси турли инсонларда жуда фарқ қилган. Унга таъсир қилувчи омиллар сирасига чекиш муддати, таъсир интенсивлиги ҳамда тамаки тутунининг тури, кашанда организмнинг тамакига генетик шартланган таъсирчанлиги, касбий зарарлар, атроф-муҳитнинг таъсири ва ҳоказолар кирган. Тамаки чекувчиларда, айниқса кимё ёки фармацевтика корхоналарида ишловчи ҳамда доимий равишда

сочларини бўёвчи аёлларда сийдик пуфаги саратони касаллигининг жуда юқори хавфи қайд қилинган [57; 48-546, 99; 81-916].

Сигарет чекиш айнан сурункали бронхит ва эмфиземалар ривожланишининг асосий сабаби ҳисобланган. Кашандаларда сурункали бронхит ва ўпка эмфиземаси билан касалланиш ва ундан ўлим топиш даражаси чекишнинг давомийлиги ҳамда интенсивлиги билан бевосита боғлиқ. Ўпка эмфиземаси чекмайдиганларга қараганда, кашандаларда 12,9 марта кўп учраши қайд этилган, сурункали бронхитнинг 82% ҳолатида эса чекиш бош этиологик омил ҳисобланган. Тамаки тутунининг таъсир даражасига боғлиқ равишда чекувчи эркаклар чекмайдиган эркакларга қараганда юқори нафас органлари инфекцияларидан 4-25 марта кўп ўлим топган. Чекувчиларда, чекмайдиганларга қараганда, функционал ўпка тестларида меъёрдан оғиш ҳолатлари кўпроқ учраган, шу жумладан ўпка тўқимасининг эластиклик тести, йирик ва майда ҳаво ташувчи йўллар ўтказувчанлиги ҳамда диффузия қобилияти. Майда нафас олиш йўллариининг заиф ифодаланган обструкцияси ҳатто чекувчи ўсмирларда қайд этилган. Ўпка эмфиземаси патогенезининг тадқиқотлари чекиш ўпкада ўпка тўқимасини шикастлашга қодир протеазлар миқдорининг ортишига олиб келган. Бу шикастланиш, кўп эҳтимол билан, миқдори ортган ўпка лейкоцитларидан эластазаларнинг ажралиши, шунингдек ўпка антипротеазларининг тамаки тутуни таркибига кирувчи оксидантлар билан инактивацияси билан боғлиқ. Тамаки чекиш респиратор инфекция касалликлари ривожланиши частотасининг ортишига ҳамда кашандаларнинг пневмония ва гриппдан ҳалок бўлиш частотаси кўпайишига олиб келган. Сурункали ларингит ва трахеобронхит уларда чекмайдиганларга нисбатан кўпроқ ривожланган [102; 3-4106, 132; 383-3926].

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда яра касаллиги чекмайдиганлар билан таққослаганда кашандаларда 2 марта кўп ривожланиши ҳақида

маълумотлар мавжуд. Сўнги маълумотлар шуни кўрсатадики, чекиш нордон ва ишқор секреция ўртасида мувозанатни бузган, пилорик фаолликни бузган, бу билан дуоденал-ошқозон рефлюксини ривожлантирган. Ушбу таъсирлар тамаки тутунининг таркибида мавжуд никотин билан боғлиқ. Олиб борилган тадқиқотлар тамаки чекувчилар орасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигидан ўлим ҳолати уч-тўрт баробар ошганлигини кўрсатган. Чекиш яралар қайталанишининг эҳтимolini ошириши, меъда ширасининг тунги секрециясига гистамин-2-рецептор антагонистларнинг заифлаштирувчи таъсирини тўхтатиши, ошқозон ости беzi бикарбонати секрециясини камайтириши, қизилўнгач сфинктерлари ва қорин бўйнининг босим кучини камайтириши, шунингдек ўз-ўзидан ва дори воситалари билан кўзғатилган пептик яралар тузалишига ҳалақит қилиши қайд қилинган [120; 543-96, 48; 40-436, 38; 367-372].

Тамаки чекиш кенг тарқалган мамлакатларда аҳолининг онкологик касалликлардан ҳалок бўлиши узлуксиз ўсишда давом этмоқда. Тамаки чекиш ўпка, буйрак, сийдик пуфаги, ошқозон-ичак тракти ва бошқа аъзоларда ёмон сифатли янги ҳосилалар пайдо бўлиш частотаси ва уларнинг оғирлиги ўртасида боғлиқлик исботланган. Олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, саратон билан касалланиш хавфи чекиладиган сигареталар сонига тўғри пропорционал ўсган. Кўп чекадиган инсонларда ушбу хавф чекмайдиган инсонлар билан таққослаганда 15-30 баробар ортган. Касалликнинг ривожланиш хавфи тамаки тутунини чуқур тортиш, чекиш пайтида тортишлар частотаси, эрта ёшдан чекиш, сигаретани тортишлар орасида оғизда ушлаш, сигаретани "охиригача" чекиш ва тўлиқ чекилмаган сигаретани кўп марта ёқиб чекиш каби омилларга боғлиқ бўлган. Концерогенларни нисбатан кам дозада олиш имконини берувчи филтрли сигарет чекадиганлар орасида ўпка саратони юзага келиш хавфи филтрсиз

оддий сигаретлар чекадиганларга қараганда анча камлиги қайд қилинган [91; 642-6596, 36; 60-636, 74; 80-88].

Шунингдек, кашандаларнинг бронх шиллиқ қаватларида эпителий хужайраларининг метаплазияси ривожланиши исботланган, уларнинг ифодаланганлик даражаси чекиладиган сигаретлар сонига боғлиқ бўлган. Бу ўзгаришлар кўплаб муаллифлар томонидан саратон олди ўзгаришлар сифатида баҳоланган. Ўпка саратонининг ривожланиш хавфи миқдоран сигарет тутунининг таъсири билан боғлиқ бўлган. Кунига бир пачка сигарет чекувчи эркакларда ушбу хавф чекмайдиганларга нисбатан 10 баробар ўсган, кунига икки пачка чекувчиларда эса - 25 баробардан ортиқ. Сўнги 50 йил давомида аёлларнинг сигарет истеъмоли кескин ўсган ва ҳозирги кунда улар орасида ўпка саратонидан ўлим ҳолатлари эркаклар билан солиштирганда тезроқ ўсмоқда [76; 2916, 107; 1299-13216, 73; 125-127].

Эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, кашандаларда сийдик пуфагининг саратони чекмайдиганларга қараганда анча кўп учраган.

Сигарет чекиш ҳиқилдоқ, оғиз ва қизилўнгачда саратон ривожланишининг сабаби ҳисобланиши исботланган. Чет олимларнинг маълумотларига кўра тамаки чекувчиларда қизилўнгачда саратон касаллиги юзага келишининг нисбий хавфи чекмайдиганларга қараганда 2,1 марта юқори, чекиш алкоголь истеъмоли билан уйғунлашганда эса бу хавф 8,1 марта ортган. Маълумки, алкоголь истеъмоли онкологик касалликлар ривожланиш хавфини ошириб, чекиш билан синергик таъсир қилган [71; 60-636, 106; 725-306].

Тамаки тутунининг таъсирига нафақат чекувчилар, балки кашандалар билан бир хонада турган ва беҳос тамаки тутунидан нафас олувчи чекмайдиганлар йўлиққан. Ушбу жараён инсон хоҳиши билан боғлиқ бўлмаганлиги учун, уни пассив чекиш деб аташ мумкин. Чекувчилар турган хона ҳавоси 85% сигарет ёниш маҳсулотларидан ташкил топган, қолган 15% и

кашанда чиқарган ҳаво тутуни. Тортишлар орасида тутаетган сигаретада тамакининг кўплаб захарли ва канцероген компонентлари кашанда чиқарадиган тутундагидан кўпроқ миқдорда бўлган, бунда тамакининг ёниши тортиш билан кучайтирилган. Бироқ тамаки тутунидан беҳос нафас олиш натижасидаги зарар чекишдагидан кўра камроқ, чунки у чекилаётган хонада кўп миқдорда ҳаво билан аралашган. 60% катталар ва болалар тамаки тутунининг беҳос таъсирига йўлиқиши ҳақидаги маълумотлар мавжуд. Дастлаб, баъзи муаллифлар пассив чекиш инсон организмига фақат кўзгатувчи таъсир қилади деб ҳисоблашган. Бугун, бу унчалик тўғри эмаслиги исботланган [111; 14-556, 31; 1496].

Тамаки тутуни билан ифлосланган хоналарда ҳаво таркибига кирувчи моддаларнинг миқдор даражаси кам чекувчи инсонлар организмига тушадиган моддалар миқдорига яқин бўлган. Маълумки, тамаки тутуни билан ифлосланган ҳаводан нафас олиш чекмайдиганларда тамаки чекувчиларга хос касалликлар ривожланишига олиб келган. Ҳозирги кунда пассив чекиш ЮИК ривожланиши ҳамда ундан ўлим топишнинг ташқи хавф-омили сифатида баҳоланган. Уйда ота-оналарнинг чекиши болаларда респиратор касалликлари, бронхит, пневмониялар ва тонзиллит ривожланиш хавфини оширган. Доимий равишда тамаки тутуни билан ифлосланган ҳаводан нафас олувчи ва касаллик белгиларига эга бўлмаган, чекмайдиган инсонда майда нафас олиш йўллариининг дисфункцияси ривожланиши исботланган. Пассив чекиш ўпка саратони ривожланиш хавфини ошириши, ЮИК мавжуд беморларда эса тамаки тутунига эга ҳаводан нафас олганларида ушбу касаллик белгилари кучайиши мумкинлиги ҳақида фикрлар билдирилган [113; 908-9146, 50; 245-2506].

Тамаки таркибида бўлган алкалоидларни сўриш эйфорияга олиб келиши қайд этилган. Бу тамакининг барча шакллариини истеъмол қилиш усуллариининг хилма-хиллигини тушунтирган (сигаретнинг иссиқ учини оғиз

бўшлиғига солиш), тамакини чайнаш ва ҳидлаш, тамакидан ташқари, ёғоч кули, ўсимлик мойлари, ишқор ва турли зираворларга эга бўлган нос ва бетел, хайни ва мишралар истеъмол қилиш шулар жумласига кирган. Чекишни тўхтатиш ўлим кўрсаткичининг камайишига олиб келган. Чекувчилар сонини чеклаш ва жамоат жойларида чекишни қатъи тартибга олишга эришган мамлакатларда 65-74 ёшли эркаклар орасида кардиоваскуляр касалликлардан ўлим топиш ҳолатлари кескин камайган. Ушбу кўрсаткич Австралияда 40%, АҚШ да - 25%, Германияда - 17%, Японияда - 12%, Швеция ва Ирландияда - 10% га камайди. Жамоат жойларида чекишга чеклов қўйилмаган ва тамаки маҳсулотларининг кенг реклама қилинишига йўл қўйилган мамлакатларда ушбу кўрсаткичлар ортган: Полшада - 18%, Югославияда - 35%, Бу кўрсаткичлар Россияда ҳам салбий натижага эга бўлган [52; 356, 77; 26-296].

Тамаки чекувчи инсонларнинг оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималаридаги ўзгаришлар

Кунига бир пачка сигарет чеккан киши йилига 70 000 марта тутун тортади, бунда тамаки тутунини ташкил қилувчи таркибий компонентлар инсон организмига бевосита оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, ҳаво-бурун йўллари ва ўпканинг респиратор бўлимлари, шунингдек билвосита – қонга абсорбцияланиш орқали таъсир қилиши исботланган. Бунда оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималари кашанданинг организми тамаки тутуни таъсирига тушадиган бирламчи жой ҳисобланади. Бунда юзага келадиган оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ҳамда майда сўлак безларидаги ўзгаришлар тамаки чекиш билан боғлиқ касалликларни диагностика қилиш учун дастлабки эрта симптомлар бўлиши исботланган. Тамаки тутунининг характери, шикастловчи таъсир механизми ҳамда бунда кашанданинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, кичик сўлак безида ва оғиз суюқлигида юзага келадиган ўзгаришлар назарий ва амалий қизиқиш уйғотган [72; 88-896, 47; 186-1906, 87; 108-115].

Чекиш жараёнида оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималари кўзгалувчи, термик, токсик ва канцероген таъсирга учраган. Таъсир интенсивлиги кўплаб омиллар билан аниқланган, шу жумладан оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг индивидуал морфологик ва функционал ўзига хосликлари, чекишнинг давомийлиги ҳамда интенсивлиги. Тамаки тутуни етказадиган жисмоний ва кимёвий жароҳат тамакининг тури ва сифати, унинг ўсиш (минерал ўғитлар, пестицидлардан фойдаланиш) ва қуриштиш шароитларига боғлиқ бўлган. Оғиз бўшлиғи тўқималарига шикастловчи таъсир механизмида ҳарорат кўрсаткичлари катта аҳамиятга эга. Сигаретанинг ёнувчи учи 300°C атрофида ҳароратга эга. Сигаретанинг ёнаётган конусидан тамаки қатлами орқали мундштук учигача ўтувчи тамаки тутуни совушга улгуради, лекин оғиз бўшлиғидаги ҳароратга тенглаша олмайди. Тортиладиган тамаки тутунининг ҳарорати 50° - 60°C доирасида бўлган. Чекиш вақтида оғиз бўшлиғига тушадиган ҳаво ҳарорати тамаки ҳароратидан 35° - 40°C даража паст. Ҳароратнинг бундай аҳамиятли ўзгаришлари бир сигаретани чекиш давомида 10 тадан 20 мартагача содир бўлган [88; 10-176, 116; 154-636, 49; 2703-2705].

Ҳозирги кунда ривожланган давлатларда сигарет сотиш даражаси пасайишига йўлиққан тамаки компаниялари перорал истеъмол қилиш учун плитка тамакиларни сотувга чиқариб, тамакини чайнаш одатининг тарқалишига сабаб бўлган. Ҳозирги кунда ўсмирлар ва ёш эркеклар орасида тутунсиз тамакининг истеъмоли сезиларли даражада ўсганлиги қайд этилган, улар тамакини истеъмол қилишнинг мазкур усули стрессда ёрдам беради ва организмга зарар етказмасдан релаксация қилиш имконини беради деб ҳисоблашган. Аммо тутунсиз тамаки, унда никотин миқдори юқори бўлганлиги учун чекиш каби зарарлидир. Тамакини перорал истеъмол қилиш оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималарининг саратон олди шикастланишлари ҳамда саратон билан касалланиш частотасининг ортишига олиб келган [117; 14-176, 90; 45-616, 112; 375-80].

Тамаки чекувчи инсонларнинг ОБШҚ даги ўзгаришлар

Тамаки чекувчиларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари орасида кўпинча сурункали катарал стоматит, хейлит ва сурункали катарал стоматит ёки хейлит фонида юзага келиши мумкин бўлган лейкоплакиянинг турли шакллари ташхиси қўйилган.

Кашандаларда сурункали стоматит ва хейлит ўзига хос клиник-морфологик суратга эга. Касалликнинг бошида шиллиқ қават ёрқинлигини биров йўқотиб, жилосиз бўлади, кўк-қизил ранга киради, кейин оқиб ранг соҳалар пайдо бўлади, бу муаллифларнинг фикрича қоплаб турган эпителийда дағал ўчоқлар пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлган. Бунда сероз стоматит ва бошқа сабабдан юзага келган хейлитга хос бўлган тўқима шиши кузатилмаган. Жараён узок давом этган ҳолатда шиллиқ қават кўк-кўнгир тусга киради, зичлашгандек кўриниш ҳосил қилади, жуда кўп давом этган ҳолатларда эса ҳатто ўчоқли атрофия пайдо бўлиши келтирилган [35; 231-2326, 92; 1319-13256, 114; 80-88].

Олиб борилган тадқиқотлар тамаки тутуни оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати эпителийсига ифодали шикастловчи таъсир қилишини тахмин қилиш имконини берган. У эпителий юза қатламида хужайраларнинг ҳалок бўлиши тезлашиши ҳамда ажралишига, унда дағал соҳалар ҳамда базал қатлам хужайралари вужудга келишига, шунингдек шиллиқ қават остида қатлам фибрози ривожланишига олиб келган. Буларнинг барчаси ОБШҚ гистологик тўсиғининг функционал қайта тузилиши ҳамда заифлашишига шароит яратган, бу патоген микрофлора тўпланиши ҳамда кўпайиши ҳамда унинг туташ тўқималарга кириши учун оптимал шароит яратган [86; 13-176, 32; 15-216, 93; 952-957].

Лейкоплакия, кўплаб тадқиқотчиларнинг фикрича саратон олди жараёни сифатида кўриб чиқиш лозим. Мамлакатимиз ва хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, у 22 – 38% сигарет чекувчиларда, 13,8% цигара

чекувчиларда ва 28,3% трубкadan чекувчиларда аниқланган. Фильтрли ёки филтрсиз сигарет чекишнинг лейкоплакия ривожланишига таъсири ўртасида статистик ишончли фарқ аниқланмаган. Лейкоплакия аёлларга қараганда эркакларда 4 марта кўп, 40 ёшдан 70 ёшгача 59,7 – 64,3% беморларда учраган. Чекувчи беморларда лейкоплакия кўпроқ оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати ҳамда лабларнинг қизил ҳошиясида аниқланган, улар чекиш жараёнида тамаки тутуни маҳсулотлари билан доимий қўзғалишга йўлиққан. Аксарият муаллифлар, жараён кўпроқ лунж шиллиқ қаватида - 48,4%, лабларда - 25,7%, тилда - 9,0%, танглайда - 5,9%, оғиз бўшлиғининг туб соҳаси - 2,1% ва бошқа соҳаларда - 8,9% аниқланишини қайд этишган. Лунжларнинг шиллиқ қаватида шикастланиш соҳалари аксарият кузатувларда оғиз бурчагида жойлашган – 65,2%. Лейкоплакия ўчоқлари ОБШҚ нинг бир ёки бир нечта соҳаларида жойлашган [89; 39-456, 136; 349-586, 127; 253-60].

Бугунги кунда умум эътироф этилган лейкоплакиянинг клиник-морфологик таснифланиши, афсуски, мавжуд эмас. Олдинроқ таклиф қилинган ҳамда клиникада қўлланган таснифланишлар замонавий амалий ва назарий тиббиётнинг ўсиб бораётган талабларини доим ҳам қаноатлантирмайди ва камчиликлардан холи эмас, хусусан: лейкоплакия ривожланишининг этио-патогенетик механизмларини эътиборга олмайди ва таснифланишнинг чекланган белгилар бўйича тузилишини назарда тутди: ё шикастланиш ўчоғининг ташқи кўриниши, ё ўсиш характери бўйича, ёки дисплазия даражаси бўйича. Кўпчилик муаллифлар касалликнинг қуйидаги шакллари кўрсатишади: ясси (содда) лейкоплакия, тошмали ёки сўгалли тузилишда намоён бўладиган веррукоз лейкоплакия, эрозив-ярали лейкоплакия ва таппейнер лейкоплакияси. Таснифланишни тузишнинг бундай принципи касалликнинг этиологияси ва патогенези ҳақида гапириш, турли муаллифлар томонидан олинган статистика маълумотларини таққослаш имконини бермайди, ушбу патология ҳақида умумий, шунингдек унинг

эхтимоли бўлган якуни ва прогнози тўғрисида ҳар томонлама тасаввур бермайди [138; 1056, 4; 35-396, 139; 61-67].

Мамлакатимиз ва хорижий муаллифларнинг тадқиқотлари шуни кўрсатдики, лейкоплакиянинг барча клиник-морфологик шакллари орасида касалликнинг ясси шакли 42,6 – 48,3% кузатувларда аниқланган. У турли катталиқ ва шаклдаги, кулранг-оқиш рангли, яққол кўзга ташланадиган доғлар билан тавсифланган, улар ўраб турган шиллиқ қаватдан бўртмаган ва механик йўл билан тозаланмаган. Микроскопик тадқиқотда шикастланиш жойларида мўтадил ифодаланган гиперкератоз, паракератоз ва акантоз аниқланган. Туташ тўқималарда шиш, турғун қон ва периваскуляр полиморф-хужайрали инфилтратлар қайд этилган [6; 26-346, 128; 722-7276, 137; 315-340].

Касалликнинг веррукоз шакли 34,5 – 39,0% кузатувларда аниқланган, шу жумладан сўгалли шакли 35,4%, тошмали шакли – 3,6% ҳолатда қайд этилган. Улар дағал айлана ёки нотўғри шаклли, кулранг-оқиш рангли, бироз ғадир-будир, шиллиқ қават юзасидан бўртувчи, баъзан ясси лейкоплакия фонида жойлашган, аниқ чегараларга эга тошма ёки сўгалли ўчоқларни ўзида намоён этган. Гистологик тадқиқотда ушбу ҳосилаларда шох қатлам юмшамасдан ифодали гиперкератоз, норавон ифодаланган эпидермал ўсмалар билан акантоз ва паракератоз аниқланган. Тишли қатлам ўсмалари йўғонлашган, хужайраларнинг баъзи гуруҳларида хужайра ичи шиши аниқланган. Шиллиқ ости қатламда шиш, кенгайган томирларнинг турғун қони кузатилган, улар атрофида ўчоқли лимфоцитар инфилтратлар қайд этилган [7; 40-436, 130; 273-2796].

Касалликнинг клиник-морфологик шакллари орасида эрозив-яралли лейкоплакия ташхиси 10,8 – 22,9% кузатувларда белгиланган. Аксарият замонавий клиник амалиётчи мутахассис ва морфологлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ушбу шикастланиш шаклини содда, тошма ёки сўгалли лейкоплакия вариантларининг оғирлашиши натижаси сифатида ўрганишган.

У одатда ОБШҚ да дағал шикастланиш ўчоқлари фонида юзага келувчи, турли шакл ва катталиқдаги якка ёки кўплаб эрозия ёки яралар мавжудлиги билан тавсифланган. Бир вақтнинг ўзида ёриқлар ҳам юзага келиши мумкин. Морфологик тадқиқотда эпителий нуқсонлари аниқланган, унинг четлари бўйлаб гиперкератоз, паракератоз ва эпителиал ўсмалар узайиши билан акантоз аниқланган. Туташ тўқималарда гиперемия, шиш ва плазмоцитлар ва тўқима базофиллари аралашмаси билан лимфоцитлардан ташкил топган диффуз инфилтратлар ҳосил бўлиши билан кузатиладиган ифодали яллиғланиш ўзгаришлари қайд этилган [105; 1129-356].

Баъзи муаллифлар томонидан, лейкоплакияда қопловчи эпителий хужайраси ядроларида ҳатто салбий сифатга ўзгариш жараёни бошланганида ҳам ДНК таркиби ўзгармаслиги, цитоплазмада РНК хужайралари миқдори эса, айниқса лейкоплакия малигнизациясида камайиши қайд этилган. Бошқа тадқиқотлар лейкоплакиянинг ясси ва веррукоз шаклларида эпителий хужайраларида РНК ва ДНК тўпланиши қайд қилиниши мумкинлигини айтишган [17; 1626, 20; 14-19].

Лейкоплакияда эпителиал хужайраларда гликоген миқдори, унинг клиник-морфологик шаклига эмас дағаллашув характери билан бевосита боғлиқликда бўлиши қайд қилинган. Агар паракератоз турдаги дағаллашув ўринли бўлса, унда унинг хужайралар таркибидаги миқдори ортган, ортокератоз тури бўйича дағаллашувда эса – камайган. Шунингдек маълумки, жараён малигнизацияланганида эпителиоцитларда гликоген миқдори камайган. Бундан дисплазиянинг эрта босқичларини ва бошланаётган салбий сифатли ўсимтани диагностика қилишда фойдаланиш мумкин. Лейкоплакияда ривожланаётган гиперкератознинг турига боғлиқ равишда, сульфидрил ва дисульфид гуруҳлар таркибида фарқ қайд қилинган. Ортокератозда дисульфид бирикмаларнинг миқдори ошган, сульфидриллар миқдори эса – камайган. Паракератозда сульфидрил гуруҳлар миқдори ортган, дисульфидлар миқдори

эса – ўта камайган. Шикастланиш ўчоқларида эпителиал хужайраларнинг гликопротеидлар ҳосил қилиши камаяди, айниқса агар жараён малигнизация тенденциясига эга бўлса. Адабиётларда лейкоплакия ўчоқларида ушбу бирикмаларнинг таркибида сон ва сифат ўзгаришлари ҳақида маълумотлар мавжуд эмас [103; 893-76, 133; 173-1776].

Лейкоплакияда, унинг клиник-морфологик шаклидан қатъи назар, лактатдегидрогеназалар, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназалар ва сукцинатдегидрогеназалар каби ферментлар фаоллигининг ошиши содир бўлган. Сўнгиси гликолиз жараёнларида ва пентоз циклда муҳим ролни бажарган. Салбий сифатли ўсимталарда ҳам шундай ўзгаришлар аниқланган [65; 167-1696, 18; 112-129].

Маълумки, чекишни тўхтатиш лейкоплакияда шикастланишлар регрессига олиб келган. Баъзи тадқиқотчилар, агар радикал жарроҳлик билан даволашдан сўнг лейкоплакиянинг юзага келишини келтириб чиқарган омиллар аниқланмаса, унда касаллик 34,4% беморларда қайталаниши мумкинлигини таъкидлашган. Чекишни давом эттираётган, лейкоплакия мавжуд беморларда “шу жойда” саратон ёки инвазив ясси хужайрали саратон ривожланиши билан малигнизация жараёни юзага келиш эҳтимоли мавжуд бўлган [64; 96-986, 81; 37-426].

Лейкоплакиянинг саратонга ўтиши қоплама эпителийнинг дисплазияси билан боғлиқ бўлган. Дисплазия деганда камбиал элементларнинг (дифференциацияланмаган хужайралар, ствол хужайралар) атипияси ривожланиши, қутблилигининг йўқолиши ҳамда инвазив базал мембранасиз гисто тузилмаси бузилиши билан пролиферация содир бўлиши натижасида саратон олди характерли эпителий дифференцировкасининг назорат қилинадиган ва тузаладиган бузилишлари тушунилган. Эпителий хужайралари пролиферация даражаси ҳамда хужайра ва тузилма (тўқима) атипиясининг ифодаланганлик даражасига мувофиқ дисплазиянинг уч тури

ажратилади: I – заиф (кичик, енгил), II – мўтадил (ўрта) ва III – оғир (аҳамиятли, ифодали). Бунда даражадан-даражага эпителийнинг хужайра атипияси ва тўқима гистоархитектоникасининг бузилиши ўсиб борган. Маълумки, дисплазиянинг I ва II даражаларида ўзгаришлар кўпинча тузаладиган ҳисобланган. III даражали дисплазиядаги ўзгаришлар ортга ривожланиши кам учрайдиган ҳолат ва саратон олди ҳолат сифатида кўриб чиқилган. Баъзан, ўсимтанинг ўсиши эпителиал пласт доирасида, туташ тўқимага ўтмасдан ва базал мембрана сақланган ҳолатда содир бўлганида оғир дисплазияни жойда саратондан фарқлаш қийин бўлган [8; 4-146, 55; 14-176].

Кўплаб муаллифлар ўз ишларида лейкоплакиянинг малигнизация эҳтимолини 10% дан 50% гача турли миқдорларда келтиришади, у аксарият ҳолатларда чекмайдиган, кўпинча 60 ёшдан катта аёлларда аниқланган. Кўрсаткичларнинг бундай катта фарқи, ушбу муаллифлар лейкоплакиянинг умумий барча гуруҳларини эмас, унинг алоҳида вариантларини ёмон сифатли фоизини таҳлил қилишганлиги билан тушунтирилиши келтирилган. Шунинг учун Машкиллейсон А.Л. ва Боровский Е.В. таъкидлаганидек, лейкоплакиянинг ҳар бир шакли учун ёмон сифатли ҳолатлар фоизини алоҳида аниқлаш ва бу билан саратон олди жараёнлар қаторида унинг ўрнини аниқлаш тўғрироқ бўлган. Улар лейкоплакия фақат 11,9% ҳолатда саратонга ўзгаришини қайд этишган: касалликнинг ясси шаклида малигнизация 4,2% ҳолатда, веррукоз шаклида – 20,0% да, эрозия-яра шаклида – 20,0% да қайд қилинган. Шундай қилиб, муаллифлар томонидан лейкоплакиянинг веррукоз ва эрозив-яра шакллари ёмон сифатга ўзгаришнинг энг юқори фоизига эга эканлиги кўрсатилган. Шу билан бирга жараённинг малигнизацияси касаллик бошланганидан кейин бир йилдан беш йилгача муддатдан сўнг содир бўлган [61; 616-6216, 96; 212-66].

Кўплаб муаллифларнинг тадқиқотлари билан тамаки чекиш ва оғиз бўшлиғида саратон юзага келиши частотаси ўртасида боғлиқлик аниқланган. Уларнинг маълумотларига кўра, тил саратони 87% чекувчиларда, оғиз бўшлиғининг тубида саратон 94%, оғиз-ҳалқум саратони – 99% кашандаларда вужудга келган. Бу тамаки тутунининг канцероген компонентларига оғиз бўшлиғи ҳамда ҳалқум шиллиқ қаватининг турли соҳалари танловли таъсирчанликка эга эканлигини кўрсатган [100; 13-46, 135; 204-20966].

Таппейнер лейкоплакияси 21,3% - 31,6% чекувчиларда аниқланган, “тилла” кашандаларда эса деярли 100% кузатувларда қайд қилинган. У қаттиқ танглайнинг шиллиқ қаватида ва юмшоқ танглайнинг олд бўлимларида юзага келган, улар чекиш жараёнида тамаки тутуни билан бевосита таъсирга киришган. Бунда шиш гиперемияланган, баъзида цианотик тусли шиллиқ қават фонида бурушган, қатламли юзага эга кулранг-оқиб рангли зич соҳаларни кўриш мумкин бўлган. Ушбу соҳаларда, айниқса танглайнинг орт ярмида кичик сўлак бези (КСБ) чиқарувчи йўллarning ёриқ оғизларини ўзида намоён этувчи қизил рангли нукталар кўринган. Жараён кескин тус олганида бу қизил нукталар яримшарсимон шаклдаги кичик тугунлар қиррасида жойлашиши мумкин бўлган. Лейкоплакиянинг гистологик бу шакли гиперкератоз билан тавсифланади, у акантоз ва строма реакцияси билан кечган. Қизил нукталар кўринишидаги визуал кўриш мумкин бўлган чуқурчалар сўлак безларининг кенгайган чиқарувчи йўллар ўйиғини ўзида намоён этган [22; 96-976, 63; 87-89].

Эктазацияланган оғиздан узоқ бўлмаган масофада чиқариш йўлининг кескин торайиши мавжуд, унинг пастида у кескин кенгайиб, сўлак безининг ретенцияли кистасига ўтган, у клиник тугунча кўринишида. Чиқариш йўлининг атрофида қизил ҳошия эпителийнинг ушбу қисмида десквимация билан боғлиқ. Таппейнер лейкоплакияси тузаладиган жараёнлар сирасига киради, чунки чекишни тўхтатиш унинг йўқолишига сабаб бўлган.

Тамаки чекувчиларда лейкоплакиянинг барча шакллари ёки бир беморнинг ўзида бир вақтда уларнинг уйғунлиги аниқланган.

Ҳозирги кунда ОБШҚ нинг “тукли” лейкоплакияси (сочли, тукли) қайд қилинган, у ОИВ-инфекциясининг патогномоник белгиси ҳисобланиб, Эпштейн-Барр вируси билан чақирилган. Адабиётдаги маълумотларга кўра, у кўпинча тилнинг ён юзасида, камроқ ҳолатда лунжларнинг шиллиқ қаватида жойлашган. Шикастланиш ўчоқлари оқ рангли қоплама эпителийсининг сўғалли ўсмалари кўринишида бўлиб, уларнинг юзасида ёпишган кўринишда, ингичка оқиш тукчалар аниқланган. Улар оғриқсиз, лекин ноқулайлик ҳиссини уйғотади ва беморларни ўзининг ноодатий кўриниши билан безовта қилади. Юмшоқ лейкоплакиядан фарқли равишда шикастланиш ўчоқлари шпатель билан тозаланмайди. Тукли лейкоплакия ОБШҚ қоплама эпителийнинг ўчоқли гиперплазияси, папилломатоз, гиперкератоз, мўтадил ифодаланган акантоз ва эпителиоцитларнинг баллон дистрофияси билан тавсифланган. Қоплама эпителий юзасида *Candida* тур дрожжесимон замбуруғнинг псевдомицелий иплари аниқланган. Шиллиқ ости қатламда суст ифодаланган лимфо-плазмоцитар инфильтрация кузатилган [95; 558-606, 134; 204-2096].

Адабиётдаги маълумотларга кўра, касалликнинг туғма шакллариغا Б.М.Пашковнинг юмшоқ лейкоплакиясини киритиш мумкин, бунда ушбу касалликнинг оилавий характери ҳамда у янги туғилган чақалоқларда ёки эрта болалик ёшида аниқланиб, ўсмирлик ёшида максимал ифодаланган ҳолатлари қайд қилинган. Маълумки, аъзо ва тўқималарда туғма ривожланиш нуқсонлари ҳам антенатал, ҳам постнатал даврда турли вақт оралиқларидан кейин юзага келиши мумкин бўлган. Юмшоқ лейкоплакия патогенезини тушунишда бу жуда муҳим, у бола туғилганидан кейин дарров эмас, унинг кейинчалик ўсиш жараёнида, биров вақт ўтганидан кейин вужудга келган, охир оқибат ОБШҚ да шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши ва

шаклланишини келтириб чиқарган. Бу эмбрион ва эрта ёшли болаларнинг ОБШҚ да юмшоқ лейкоплакиядаги оқиш хужайралар билан тузилиши ўхшаш кўп сонли оқиш хужайралар аниқланиши ҳақидаги маълумотларга мос. У одатда субъектив ҳисларсиз, аёлларда кўпроқ учрайди, камдан-кам ҳолатларда беморлар шиллиқ қаватнинг дағаллиги, пўст ажралиши, йўғонлашган “ортиқча” тўқима ҳиссига шикоят қилишган. Шикастланиш ўчоқлари ОБШҚ ни ўраб турган юмшоқ консистенцияли ингичка оқиш йўлаклар кўринишига эга, бу тангачаларни ҳеч бир қийинчиликсиз шпатель билан тозалаш мумкин бўлган [79; 57-61б, 21; 11-15б].

Тангачалар тозаланганидан кейин бу жойда яллиғланиш ва эрозиянинг ҳеч бир белгиси бўлмаган пушти-оқ юза қолган. Шикастланиш ўчоғи кўпинча лунж, лаблар, тил ва камдан-кам ҳолатларда ОБШҚ нинг катта қисмида жойлашган. Морфологик тадқиқотда юмшоқ лейкоплакия қоплама эпителийнинг ўчоқли гиперплазияси, ифодали паракератоз, мўтадил акантоз, оқиш, бўш, пикноморф ядроли хужайралар кўринишида ҳамда субэпителиал қатламда яллиғланиш инфильтрацияланмасдан тавсифланган. Лейкокератозларнинг бошқа турларидан фарқли ўлароқ, юмшоқ лейкоплакия малигнизацияланмайди.

Чекишнинг ОБШҚ да кандидоз ривожланиши билан ҳам алоқаси қайд этилган. Тамакининг интенсив юкланишидан кейин ўткир кандидоз юзага келиш ҳолатлари таърифланган. Тажрибалар чекиш кандидоз флора ўсишига олиб келишини, у эҳтимол, иммун компетент тўқима функциясининг бузилиши билан боғлиқлигини тасдиқланган. Candida турдаги замбуруғлар канцероген нитрозаминларни ҳосил қилишга қодирлиги белгиланган. Бу кандидоз инфекциянинг ОБШҚ да саратон олди жараёнлар ҳамда салбий сифатли ўсимталар билан тез-тез уйғунлашиши билан тасдиқланган.

Маълумки, узоқ вақт давомида чекиш иккиламчи иммун супрессиясини чақирган. Бунда эҳтимол, ҳам В-, ҳам Т-лимфоцитлар ёки улардан олдин

келувчиларнинг популяциясида нуқсон натижасида гуморал ва хужайра иммунитетининг етишмовчилиги юзага келган. Чекувчиларда Т-лимфоцитлар супрессор субпопуляцияси сонининг кўпайиши ва фаоллигининг ортиши кузатилган. Тамаки чекиш, шунингдек организмда ихтисослашмаган резистентлик пасайишига олиб келган, бу полиморф-ядроли лейкоцитлар ва макрофагларнинг фагоцитар фаоллиги тушиши, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида микроб уруғланишининг кўпайиши, шартли-патоген микроорганизмлар миқдорининг ортиши ҳамда аэроб ва анаэроб микроорганизмлар ўртасидаги нисбат ўзгариши билан намоён бўлган [23; 322-3276, 66; 548-5546].

Чекиш тил касалликлари, биринчи навбатда ромбсимон глоссит ривожланишида муайян ўрин тутган. Сурункали чекувчи инсонларда шунингдек тил рангининг ўзгариши, ипсимон ғуддачаларнинг гипертрофияси ва унинг қоплама эпителийсида ўчоқли десквимация қайд этилган. Шу билан бирга, бу объектив ўзгаришлар билан айниқса ширин ва тузли таомларни тановул қилишда таъм ҳисларининг бузилиши ёки заифлашуви кўринишидаги бир қатор субъектив белгилар бирга аниқланган.

Тамаки чекувчи инсонларнинг пародонт тўқималаридаги ўзгаришлар

Баъзи муаллифлар чекишнинг гингивит ва пародонтит ривожланиши билан ўзаро боғлиқлигини таъкидлаб, тамаки чекувчиларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва пародонт тўқималарининг оғир шикастланишларини қайд қилишган. Бошқа тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, тамаки чекувчиларда гингивитлар, парадонтитлар юзага келиш частотаси ҳамда тамаки истеъмол қилиш сони ўртасида муайян боғлиқлик мавжуд, уларда пародонт тўқималарининг оғирроқ ва кўпроқ тарқалган шикастланиши, кўпроқ тиш тоши ва тошмалари кузатилган. Баъзи муаллифлар чекувчилар ва чекмайдиганлар ўртасида тиш тоши вужудга келиши ҳамда пародонт

касалликларининг ривожланишида аҳамиятли фарқни аниқламади, бир қатор бошқа тадқиқотчилар эса чекишнинг тиш тошининг кўпайишини тўхтатувчи таъсирини қайд қилишган. Тамаки чекишнинг тиш тошмаси ва тоши ҳосил бўлиш тезлигига таъсирини ўрганишга бағишлаб олиб борилган тадқиқотлар чекувчи ва чекмайдиганларда уларнинг ҳосил бўлиш индекслари орасида ишончли фарқни кўрсатмаган. Сигарет чекувчиларда тиш тошмасига қараганда, тиш тоши аҳамиятли даражада кўп аниқланади, трубка чекувчиларда эса – тиш тошмасининг интенсив ҳосил бўлиши қайд қилинган [67; 23-246, 147; 214-2196].

Тамакини узоқ вақт ва интенсив чекиш ва чайнаш милкларда турғун доғлар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин бўлган.

Аксарият муаллифларнинг фикрича, чекувчиларнинг оғзидан келадиган хид нафақат уларда гингивит, стоматит, фарингит мавжудлиги билан, балки кўпинча оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг ёмонлиги билан боғлиқ бўлиши исботланган.

Венсан ярали-некротик стоматит ривожланишида чекишнинг ўрни шубҳа уйғотмаган. Чекишнинг интенсивлиги, давомийлиги ва касалликнинг оғирлиги ўртасида боғлиқлик мавжуд бўлган. Чекишнинг иммуносупрессор роли, шунингдек, тамаки таркибининг оғиз бўшлиғига миграцияланувчи, фагоцитар функцияни бажарувчи нейтрофил лейкоцитларга захарли таъсири исботланган.

Баъзи тадқиқотчиларнинг ишларида чекувчиларда пародонт касалликлари тарқалганлигининг юқори частотаси аниқланган, лекин чекувчилар ва чекмайдиган беморларда гингивит ва пародонтит кечишининг оғирлик даражасида фарқ белгиланмаган. Бир қатор муаллифлар кашандаларда чекмайдиганлар билан таққослаганда милклардан кам қон кетишини қайд этишган ва бу фактни никотиннинг вазоконстриктор таъсири билан тушунтиришган [142; 230-2346, 28; 84-876].

Баъзи муаллифлар, чекишда пародонтал комплекснинг шикастланиши пародонт тўқималари микроциркулятор оқимида никотиннинг умум эътироф этилган таъсири билан боғлиқ деб ҳисоблашган. Тажриба йўли билан артерияга никотин ва адреналин юборилишида милкдан қон кетиши камайиши белгиланган. Олинган маълумотлар муаллифларга, милкдан қон кетишининг камайиши ва кейинчалик юзага келувчи тўқима гипоксияси тамаки чекувчиларда пародонт касаллигининг патогенезида етакчи ролни бажариши ҳақида хулосага келиш имконини берган. Чекувчиларнинг томирларида простациклин синтезланишига никотиннинг таъсири тромбоцитлар агрегациясининг тезлашишини чақирган, бу шунингдек пародонт тўқималарида микроциркуляция бузилишига олиб келиши мумкин бўлган.

Чекувчилар, чекмайдиганлар билан таққослаганда, аксарият тадқиқотчиларнинг фикрича, альвеол суяк тўқимасининг сезиларли камайиши ҳамда пародонт касаллигининг тез авж олиши кузатилган. Бу ўзгаришлар ҳатто кунига 5 тадан 20 тагача сигарет чекадиган ёш кашандаларда ҳам (18 – 20 ёш) кузатилган.

Чекишда оксидланиш-қайта тикланиш потенциалининг пасайиши содир бўлган, унинг ўзгариши анаэробиниз учун шароит яратган. Ҳатто битта сигарет чекилганидан сўнг милк соҳасида уни ўлчамининг ишончли кичрайиши исботланган, бу оғиз суюқлигида рН қийматининг статистик ишончли ортиши билан кузатилган. Маълумки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида никотин адсорбцияси тамаки тутунининг рН билан боғлиқ, рН қиймат қанча юқори бўлса, у орқали унинг диффузияси шунча осон кечган [44; 383-385б, 68; 11-186].

Тамаки чекувчи инсонларнинг тиш қаттиқ тўқималаридаги ўзгаришлар

Тамаки чекилганида ҳароратнинг катта фарқ билан ўзгаришлари тишнинг қаттиқ тўқималарига жароҳатли таъсир ўтказади, тиш эмалида микроскопик ёриқлар вужудга келишига сабаб бўлган.

Тамаки чекишнинг кариоз жараённинг ривожланиши ва кечувига таъсири ҳақида адабиётдаги маълумотлар бир-бирига ўта қарама-қарши. Шундай қилиб, бир муаллифлар, тиш қаттиқ тўқималари ҳолатини индекс баҳолаб, тишлар кариесининг тарқалганлиги ва интенсивлиги чекмайдиганларда шу кўрсаткичларга қараганда чекувчиларда анча юқори эканлигини аниқланган. Чекувчи (қунига 10 тадан 40 тагача сигарет) ва чекмайдиганларнинг клиник текширувини олиб борган бошқа тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра тиш қаттиқ тўқималарининг кариес билан шикастланиш частотасида аҳамиятли фарқ йўқ. Бу тамакида кариесни қўзғатувчи субстанциялар - 2,6% дан 13,5% гача ва кариесни тўхтатувчи компонентларнинг кўп миқдорда мавжудлиги билан боғлиқ, уларнинг концентрацияси маҳсулотнинг тури, тамакининг ўсиш жойи, хушбўй ҳид ва таъм қўшимчаларининг мавжудлиги билан аниқланган [29; 26, 144; 89-966].

Тишларнинг қорайиши, уларда "тамаки карашлари"нинг пайдо бўлишини тамакининг таъсири билан боғлашган. Ушбу караш кўп миқдорда кузатиладиган жой - тил ва пастки кесувчи тишларнинг вестибуляр юзаси, кўпроқ тиш бўйни соҳаси. Тамакининг таркибига кирувчи қорамойлар тиш тошмаси, эмалнинг сиртқи қатлами ва ҳатто дентин каналларга кириши мумкин бўлган. Чекувчиларда тишларнинг қорайиш даражаси чекилган сигаретлар сони билан эмас, тиш тошмаси ажралмаларининг интенсивлигига боғлиқ бўлган.

Тамаки чекувчи инсонларнинг оғиз суюқлиги таркибининг ўзига хос томонлари

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, милklar ва пародонт тўқималарининг ҳолати кўп жиҳатдан оғиз суюқлиги таркибининг миқдори ва сифати билан аниқланган. Кўплаб тадқиқотчилар сурункали тамаки интоксикациясида сўлакда миқдор ва сифат ўзгаришларини қайд этишган. Шу тариқа, чекишда аралаш сўлакда ортиқча нитритлар ва тиоциант концентрациясининг кўпайиши кузатилган. Чекишда қон зардобиди тиоцианат концентрациясининг меъёрий кўрсаткичларидан 2 - 3 баробар кўп бўлган. Тиоцианат аминлар эндоген нитрозациясининг кучли катализатори саналади, бу жараёнда канцероген нитрозаминлар ҳосил бўлган. Сўлакда тиоцианат мавжудлиги нитрозация жараёнини тезлаштирган. Тиоцианат нордон муҳитда нитрозаминларнинг интенсив ҳосил бўлишига олиб келишини айтиб ўтиш муҳим. Чекишда тиоцианат миқдори сезиларли даражада ўсишини эътиборга олиб, муаллифлар сурункали чекувчининг организмда ва энг аввало унинг оғиз бўшлиғида нитрозаминлар ҳосил бўлиши ҳамда уларнинг канцероген таъсири учун ижобий шароит яратилади деган хулосага келишган. Чекувчиларда тиоцианат даражасининг ортиши унинг кулранг тиосульфат билан конюгациясида цианиднинг (синил кислота аниони) сўндирилиши билан боғлиқ, бунинг натижасида тиоцианат ҳамда сульфит юзага келган [141; 302-96, 25; 5-116].

Ҳидланувчи ва чайналувчи тамакининг узок муддатли таъсири шунингдек сўлакда канцероген нитрозаминлар миқдорини оширган.

Сўлак нитритлари тамаки чекувчиси қўллайдиган иккиламчи ва учламчи аминларни ўзида намоён қилувчи бир қатор дори препаратлари билан реакцияга киришиши мумкин бўлган. Сўлакнинг амин таркибли дори воситалари (амидопирин, тетрациклин, метациклин, окситетрациклин,

хлортетрациклин, пиперазин) билан бир соатли инкубацияси унинг деярли ярми нитрозаминларга айланишига олиб келган. Ҳосил бўладиган канцероген нитрозаминлар ичакда сўрилади ҳамда қон билан бутун организмга тарқалади, бунда улар қисман сўлак безлари билан ҳам секретланади. "Пассив чекиш"да ҳам оғиз суяқлигида шунга ўхшаш ўзгаришлар юз берган [80; 44-486].

Чекиш вақтида аралаш сўлакда оксил, протеаз ингибиторлар миқдорининг ишончли ортиши ҳамда протеолитик ферментлар фаоллигининг ортиши қайд этилган. Баъзи тадқиқотчилар, тамаки чекувчиларда ферментлар тизимида турғунликнинг протеолизаингибиторлар протеолитик ферментлар фаоллашуви ҳамда ингибиторлар даражасининг пасайиши томонга ўзгариши оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ҳамда пародонт тўқималарда маҳаллий яллиғланиши реакциясининг ривожланиш механизмларидан бири бўлиши мумкинлигини тахмин қилишган [140; 866-8716, 121; 38-446].

Чекишда саливация характери ўзгарган. Бунда юзага келувчи сўлак ажралишидаги ўзгаришлар асосан чекиб бўлгандан сўнг сўлак секрециясининг кучайиши ҳамда ёпишқоқлигининг ортиши билан боғланган. Ашаддий кашандаларда, айниқса уларда саратон олди жараёнлари ривожланганида, тескари ўзгаришлар қайд этилади, яъни сўлак секрецияси пасаяди ва унинг ёпишқоқлиги ортган.

Мамлакатимиз олимлари ва хорижий адабиётларда тамаки чекувчиларнинг сўлак безларида морфологик ўзгаришларни ўрганишга бағишланган ишлар жуда кам қилинган.

Тамаки ҳамда 1-тур содда герпес вирусининг (СГВ-1) уйғунликдаги таъсирида лаблар шиллиқ қаватида саратон олди шикастланишлар ҳамда оғиз бўшлиғи тўқималарининг саратонини патогенезида тамакининг муҳим ўрни, СГВ-1 нитрозаминлар ва бошқа онкоген тамакилар билан комбинацияланганда канцероген таъсир юзага келишининг молекуляр ўрни

ҳақида маълумотлар мавжуд бўлган. Келтирилган кимёвий бирикмалар ҳужайрада СГВ-1 геномининг репликациясини ингибирлаши натижасида кучайган онкоген қобилятли вирус зарралари пайдо бўлиши қайд қилинган. ЖССТ маълумотларига кўра дунёнинг турли мамлакатларида 60 дан 95% гача аҳоли латент шаклли СГВ билан инфекцияланганлигини эътиборга олиб, клиник амалиётчи мутахассисларнинг эътиборини лейкоплакия, дисплазия ва ОБШҚ саратони юзага келиши ва ривожланишида тамаки ҳамда СГВ нинг уйғунликда таъсир қилиш ролига қаратиш зарур бўлган [119; 61-766, 24; 81-846].

Адабиётлар шарҳига хулоса қилиб, тамаки чекиш ва у билан боғлиқ касалликлар муаммоси ўзининг яқиний ечимидан узоқда эканлигини айтиш мумкин бўлган. Эълон қилинган ишларнинг таҳлили тамаки чекишнинг инсон аъзолари ва организми тизимлари, шу жумладан оғиз бўшлиғига ҳар томонлама салбий таъсири ҳақида хулосага келиш имконини берган. Турли касалликлар ривожланишининг жиддий хавфи мавжудлигига қарамасдан, барча мамлакатлардаги инсонлар чекишда давом этишмоқда. Ҳозирги кунда дунёда сигарет истеъмоли ўсиб бормоқда, айниқса аёллар, ёшлар ва ўсмирлар орасида. Агар бу тенденция давом этса, унда 2025-йилда, ЖССТ прогнозига кўра, дунёда чекувчилар сони 1 миллиард 700 миллионга етади, сигарет сабабли ўлим эса 2020-йилда йилига 10 млн кишини ташкил қилган, бу кўплаб мамлакатларда ҳукуматнинг соғлиқни сақлашни молиялаштиришга харажатларини сезиларли даражада оширишини талаб этган. Буларнинг барчаси тамаки чекишга қарши курашни муҳим тиббий-ижтимоий ва ижтимоий-иқтисодий муаммо сифатида кўриб чиқиш имконини берган. Тамаки чекиш билан боғлиқ касалликларни янада чуқур, айниқса клиник-морфологик таҳлил комплексида фойдаланиб ўрганиш ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Айниқса шифокор-стоматолог учун тамаки чекишнинг оғиз

бўшлиғи аъзолари ва тўқималарига таъсир механизми, оғиз бўшлиғи шиллик қавати, пародонт тўқималари, тишлар ва сўлак безларида чекишнинг давомийлиги ва интенсивлигига боғлиқ равишда намоён бўлишини ўзига хосликлари ҳақида алоҳида қоидаларга аниқлик киритиш ўта муҳим ҳисобланган. Ҳозирги кунда тамаки чекиш туфайли юзага келадиган касалликларнинг олдини олиш ва уларни даволаш усуллари етарлича тўлиқ ишлаб чиқилмаган. Бу масалаларнинг барчаси мамлакатимиз ва хорижий илмий адабиётларда ҳали ҳар томонлама лозим даражада таърифланмаган [123; 32-86, 118; 377-836].

II БОБ. ТАМАКИ ЧЕКУВЧИЛАРНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ ВА ФОЙДАЛАНИЛГАН ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

Тамаки чекувчи инсонларнинг умумий тавсифи.

Республика ихтисослаштирилган наркология илмий амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали (РИ наркология ИАТМ Бухоро филиали) “Ихтиёрий даволанувчилар” бўлимида даволанишда бўлган ва Бухоро шаҳар ва туман поликлиникаларида яшаш манзили бўйича “Д” ҳисобда бўлган, 18-70 ёшдаги 329 нафар чекувчи бемор эркаклар текширилди. Биз тадқиқотимиз давомида чекувчи бемор эркакларни чекиш давомийлигига қараб 2 та катта гуруҳга А гуруҳ (камида 5 йилдан ҳозирга қадар 10 йил чекиш тажрибасига эга бўлганлар) ва Б гуруҳ (10 йилдан ортиқ чекиш тажрибасига эга бўлганлар) га бўлиб ўрганилган, бу тадқиқотимизнинг кузатув гуруҳини ташкил қилган. Мана шу 2 та гуруҳни ташкил қилган чекувчиларни оғиз бўшлиғи шиллик қавати ҳолати ўрганилган (2.1-жадвал).

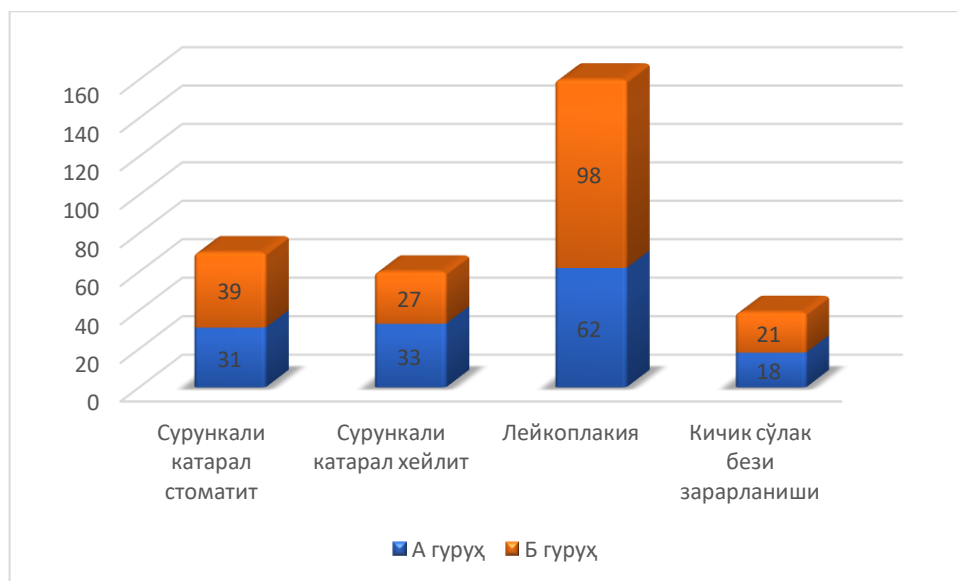
2.1-жадвал

Чекувчи бемор эркакларнинг гуруҳлар бўйича оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари тарқалиши

ОБШҚ касалликлари	А гуруҳ		Б гуруҳ	
	Сони	%	Сони	%
Сурункали катарал стоматит	31	9,4	39	13,4
Сурункали катарал хейлит	33	10,04	27	8,21
Лейкоплакия	62	18,8	98	55,1
Кичик сўлак беи зарарланиши	18	5,46	21	6,39
Жами	144	43,7	185	56,3
Жами кузатув гуруҳлари	329 (100%)			

Чекувчи бемор эркакларни ўрганиш давомида оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари, айниқса бошқа аҳоли қатламига нисбатан кенг тарқалганлиги қайд этилган (2.1-жадвал). Барча ёш гуруҳларида учраган (2.1-расм). Тадқиқот давомида 329 нафар бемор анамнези тўпланиб ўрганилган. Шундан лейкоплакия ташхиси кўплиги учун биз лейкоплакия билан оғриган беморларни тадқиқотимизга олдинган. Улар 160 нафарни ташкил қилган.

Ташхис клиник, умумий лаборатор ва ускунавий тадқиқот усуллари асосида қўйилган. Барча клиник-лаборатор тадқиқотлар назорат остида динамика, стационарга қабул қилинганда, чиқаришдан олдин (3 ва 6 ойдан кейин) стационардан чиққандан сўнг амалга оширилган.



2.1-расм. Чекувчиларнинг гуруҳлар бўйича оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари тарқалиши

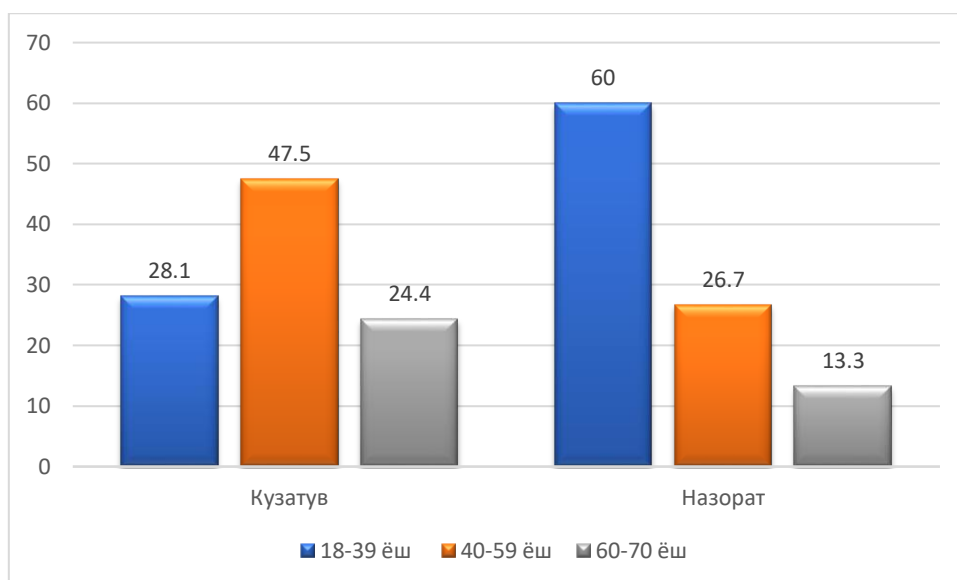
18 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморларга яъни барча ёшда учрайдиган оғиз бўшлиғи инфекциялари хавфи юқори деб ҳисобланган, шу мақсадда тадқиқотимизни турли ёшдаги чекувчи бемор эркакларда олиб борилган. Чекувчи бемор эркакларнинг ёш даражалари ЖССТ таснифига кўра тузилган (2.2-жадвал). 18-39 ёшли бўлган чекувчи бемор эркаклар 45 нафар (28,1%), 40-59 ёшли бўлган бемор эркаклар 76 нафар (47,5%) ва 60-70 ёшли бўлган бемор эркаклар 39 нафар (24,4%) диапазонида бўлган (2.2-расм).

2.2-жадвал

Чекувчи бемор эркакларнинг ёш даражалари

Ёш муносабати	Тадқиқот гуруҳлари			
	Кузатув гуруҳ		Назорат гуруҳ	
	Бемор сони	%	Бемор сони	%
18-39 ёш	45	28,1	18	60,0
40-59 ёш	76	47,5	8	26,7
60-70 ёш	39	24,4	4	13,3
Жами	160	100	30	100

Назорат гуруҳида эса 18-70 ёшда оралиғидаги чекмайдиган, оғиз бўшлиғида яллиғланиш касаллиги мавжуд 30 нафар бемор олинган. Тадқиқот давомидаги беморлар оғиз бўшлиғининг клиник текшируви Бухоро шаҳар 1-сонли стоматология поликлиникасида амалга оширилган.



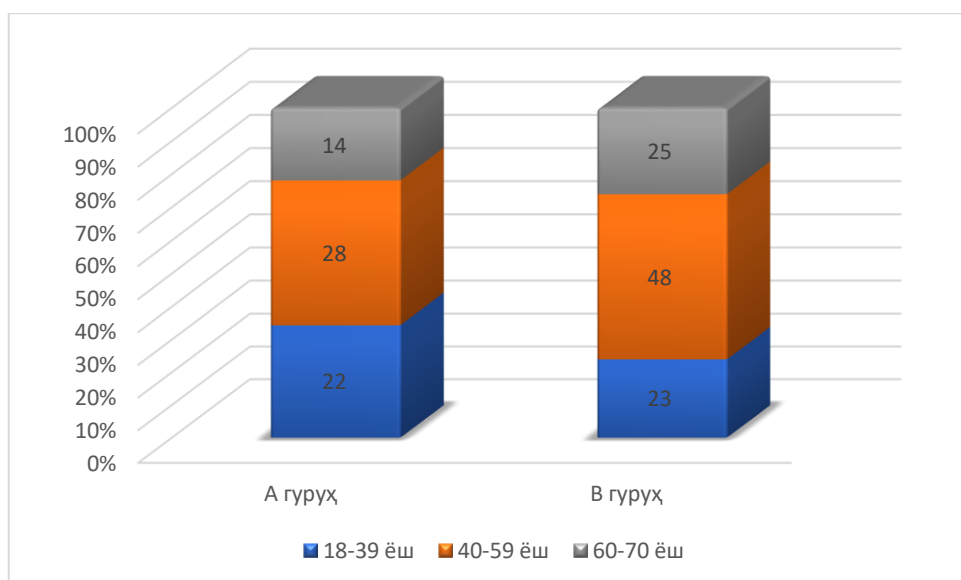
2.2-расм. Чекувчи бемор эркакларнинг ёш даражалари

2.3-жадвал

Чекувчи бемор эркакларнинг гуруҳлар бўйича ёш даражалари

Ёш муносабати	Жами бемор сони	А гуруҳ		Б гуруҳ	
		Бемор сони	%	Бемор сони	%
18-39 ёш	45	22	13,75	23	14,4
40-59 ёш	76	28	17,5	48	30,0
60-70 ёш	39	14	8,75	25	15,6
Жами	160	64	40	96	60

А гуруҳда жами 64 нафар чекувчи бемор эркаклар ва Б гуруҳда жами 96 нафар чекувчи бемор эркаклар жалб қилинган (2.3-жадвал).



2.3-расм. Чекувчи бемор эркакларнинг ғарӯҳлар бўйича ёш даражалари

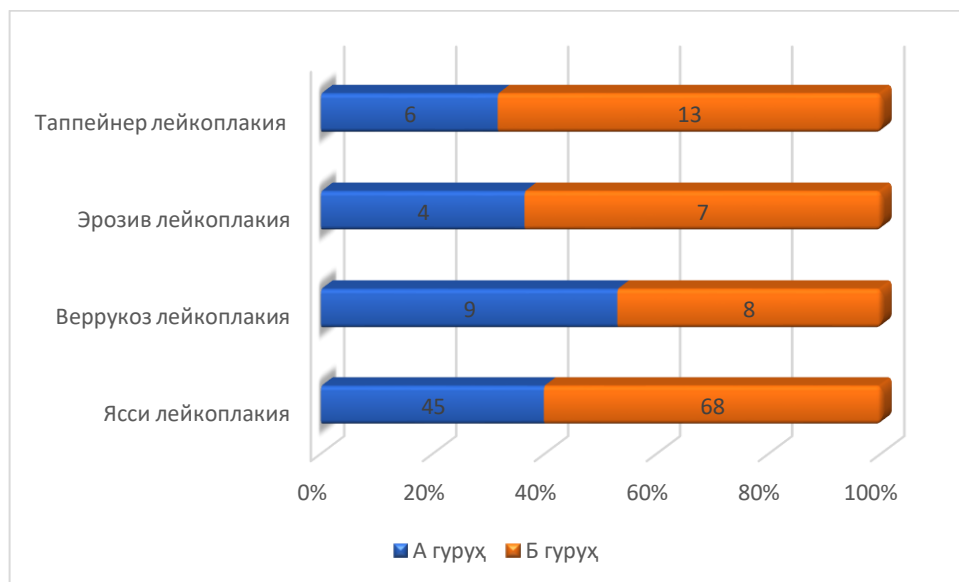
Тадқиқот давомида чекувчиларда лейкоплакия билан оғриган беморда лейкоплакиянинг хилма-хиллигини ҳам ўрганилган. Бунда беморларимизни шу аснода бўлиб чиқилган (2.4-жадвал). Беморларнинг 90% да аниқланган турли хил экзоген омиллар (иссиқ тамаки тутуни) ва бу таъсир биринчи навбатда, ошқозон-ичак патологияси таъсири фониди ривожланадиган турли хил ташқи огоҳлантиришларга шиллиқ қаватнинг реакциясидир. Иссиқ тамаки тутуни А витаминининг етишмаслиги ва метабализмининг бузилиши, шунингдек, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг турли шикастланишига олиб келувчи омил бўлган.

2.4-жадвал

Чекувчиларда лейкоплакиянинг хилма-хиллиги.

Асосий касалликнинг бўлиниши	Тадқиқот ғарӯҳлари			
	А ғарӯҳ		Б ғарӯҳ	
	Бемор сони	%	Бола сони	%
Ясси лейкоплакия	45	28,15	68	42,6
Веррукоз лейкоплакия	9	5,6	8	5,0

Эрозив лейкоплакия	4	2,5	7	4,3
Таппейнер лейкоплакия	6	3,75	13	8,1
Жами	64	40	96	60



2.4-расм. Тадқиқотдаги беморларда лейкоплакиянинг бўлиниши

2.4-расмдан кўриниб турибдики чекувчиларда ясси лейкоплакияси 70,75% ни ташкил қилган.

Тадқиқот давомида тамаки чекувчи биз беморларимиз фойдаланиладиган тамаки турларини ҳам ўрганилган (2.5-жадвал).

2.5-жадвал

Тадқиқотдаги чекувчилар фойдаланадиган тамаки турлари

Тамаки турлари	Тадқиқот гуруҳлари			
	А гуруҳ		Б гуруҳ	
	Бемор сони	%	Бола сони	%
Филтрли	13	8,25	12	7,8

Фильтрсиз	9	5,6	13	8,1
Трубкали	4	2,5	7	4,3
Кальян	6	3,75	14	8,75
Плитка	12	7,5	19	11,8
Электр	8	5,0	15	9,3
Тутунсиз	9	5,6	11	6,8
Сигара	3	1,8	5	3,1
Жами	64	40	96	60

Тадқиқотга киритиш мезонлари:

1. Беморларнинг тадқиқотда иштирок этишга хабардор ёзма розилиги;
2. 18 ёшдан кичик ва 70 ёшдан ошмаган беморлар иштироки;
3. Шифокор-стоматологнинг тавсияларни бажаришга тайёрлик;

Тадқиқотга киритмаслик мезонлари:

1. Мос келмайдиган ёш гуруҳи;
2. Жарроҳлик амалиёти;
3. Ёндош патология мавжудлиги: иммун танқислиги ҳолати, аутоиммун ва онкологик касалликлар;

2.4-жадвал

Чекувчи бемор эркакларнинг тадқиқот давомида амалга оширилган текшириш усуллари.

Тадқиқот давомида амалга оширилган текшириш усуллари	Тадқиқот гуруҳлари	Назорат гуруҳлари
1. Клиник-стоматологик текширув	160	30

- КПУ - OHI-S (Oral Hygiene Indices-Simplified) - Тишининг РLI индекси - РМА - Russel (PI) бўйича ПИ пародонтал индекс - Пародонтал чўнтакларнинг чуқурлиги - Пародонтитнинг оғирлик даражаси		
2. Лаборатор текширув -умумий қон таҳлили - сўлак ажралиш тезлиги (сиалометрия) -сўлак беги (СБ) нинг функционал фаоллиги -Сўлакдаги кислота-ишқор мувозанати -ОБШҚ ва СБ гемодинамикасини баҳолаш (қовушқоқлигини)	160	30
3. Цитологик текширув	160	30
4. Статистик қайта ишлаш усуллари.	160	30

Тадқиқотдан чиқариш мезонлари:

1. Исталган босқичда тадқиқотда иштирок этишдан ихтиёрий бош тортиш;
2. Тадқиқот даврида соматик касалликларининг аниқланиши;
3. Шифокорнинг тавсиялари ҳамда диспансер кузатуви босқичларини бузиш.

Тадқиқот ишининг дизайни

Илмий-клиник иш, ихтиёрий иштирокчиларда олиб борилган обсервацияли, назорат қилинадиган, рандомлашмаган, проспектив, когорт тадқиқот дизайнига мувофиқ бажарилган.

Чекувчи бемор эркакларнинг динамик кузатуви махсус ишлаб чиқилган тадқиқот харитасига белгиланган (2.4-жадвал).

Чекувчи бемор эркакларнинг тадқиқот давомида амалга оширилган текшириш усуллари.

Чекувчи бемор эркакларнинг умумий клиник-стоматологик текшируви.

Чекувчи беморлар соматик ҳолатни баҳолаш учун тадқиқот гуруҳларида асосий касалликнинг хусусиятлари таҳлил қилинган. Тадқиқотдаги бемор эркакларни умумий клиник текшириш стационар ва амбулатория шароитида амалга оширилган. Беморлар шикоятлари РИ наркология ИАТМ Бухоро филиали асосий тамойилларига мувофиқ, касаллик анамнези, касалликнинг кечишининг клиник кўриниши, лаборатория натижалари ва ускунавий тадқиқотлар натижасида амалга оширилган. Касаллик тарихини олиш пайтида чекиш давомийлиги ва турли хил вариантлари кўрсатилган. Махсус эътибор чекиш давомийлигининг субъектив белгиларига қаратилган. Тадқиқот давомида айниқса, оғиз бўшлиғидаги касалликларнинг кечишининг мавсумийлиги, даволашнинг самарадорлиги ва касаллик профилактикаси кўрилган. Тадқиқот гуруҳларида ОБШҚ касалликлари кўринишларининг частотаси ва бирга келадиган соматик касалликларнинг тарқалиши ўрганилган.

Чекувчи бемор эркакларнинг оғиз бўшлиғини клиник текшириш

Чекувчи бемор эркакларнинг шикоятларини аниқлаш, анамнез тўплаш, визуал кўрик ва КПУ, ГИ, РМА, оғиз бўшлиғининг профессионал ва

индивидуал гигиенаси – оғиз бўшлиғи аъзоларининг ҳолатини кўриқдан ўтказишни ўз ичига олган. Беморлар стоматологик хонада стоматологик ускуналарнинг стандарт тўплами ёрдамида текширилган. Беморларни текшириш вақтида умумий қабул қилинган кетма-кетликка риоя қилинган: ташқи кўриқ, жағ-юз соҳасининг функцияларини ўрганиш, лаблар ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кўриги, пародонт тўқималарининг ҳолатини ўрганиш.

Чекувчи бемор эркакларда тишларнинг қаттиқ тўқималарининг ҳолатини аниқлаш

Чекувчи бемор эркакларда текшириш натижалари ва ҳар бир беморнинг тиш формуласи асосида ушбу гуруҳдаги беморларда тишларнинг кариес интенсивлиги аниқланган.

Тиш кариесининг тарқалиши, тиш кариесининг камида битта белгиларига эга бўлган беморларнинг сони билан тавсифланган, текширилганларнинг умумий сонига, фоизига боғлиқ ҳолатда ўрганилган.

Текширилаётган гуруҳда яъни чекувчи бемор эркакларда тиш кариесининг тарқалишини баҳолаш ёки ушбу кўрсаткич қийматини солиштириш учун ЖССТ баҳолаш мезонлари қўлланилган, унга кўра 18-40 ёшли беморларда кариес тарқалиши қуйидагича бўлинган: 0 дан 30% гача - паст, 31 дан 80% гача - ўртача, 81 дан 100% гача – юқори.

Жисмоний ёки ўрта ёшли одамда кариес жараёнининг оғирлиги кариес интенсивлиги тушунчаси (**КПУ индекси**) билан белгиланган, бу кариоз бўшлиғининг клиник белгилари йиғиндиси сифатида ҳисобланган (кариес - К, пломба – П, олиб ташланган тишлар - У).

Интенсивлик деганда бир кишида (индекс КПУ/кп) зарарланган тишларнинг ўртача сони кўринишида ифодаланган, тишларнинг кариес билан шикастланиш даражаси тушунилган (кариес – К.к; пломбаланган – П.п; олинган (О) ёки олиниши лозим бўлган – О.о;) Доимий тишловда КПУз

(тишлар) индекси ҳисобланган. Текширилган чекувчи беморларнинг барча гуруҳлари учун КПУ/кп ўтказилган кўриклар асосида КПУ/кп нинг ташкилий элементлари бўйича унинг кўрсаткичларини баҳолаш усулидан фойдаланилган. КПУ/кп индексининг ташкилий элементларини ўрганиш тишларнинг ҳақиқий ҳолати ва стоматологик ёрдамни ташкиллаштириш даражаси нўқрисида аниқ ва ахборотли маълумотлар берган. Кариес интенсивлигининг ўсиши маълум кузатилган муддат ичида (1 йил ичида) кўриктан ўтказилган бир кишининг тишларида кариес билан янги зарарланишлар ҳосил бўлиши интенсивлиги бўйича баҳоланган. Бу кўрсаткич абсолют катталикларда ҳисобланган ва “Чекувчи бемор эркакларнинг индивидуал стоматологик текшириш картаси” га киритилган. Кариес интенсивлигининг характеристикаси нафақат кариоз тишларнинг сони, балки кариес билан зарарланган юзаларнинг сони асосида нўлиқ аниқланар экан, биз барча текширилувчиларда динамикада КПУп (юзалар) индекси ўрганилган. Бу кўрсаткич бўйича кариес интенсивлигининг ўсиши ҳар йили аниқланган.

Чекувчи бемор эркакларда гигиеник индексларни аниқлаш.

Чекувчи бемор эркаклар оғиз бўшлиғи гигиенасини баҳолашнинг энг оддий мезони тиш қараши билан қопланган тишлар юзасини рақамларда ҳисоблаш ҳисобланган. Бунинг учун биз Грин-Вермилон усулидан фойдаланилган. G.Green ва Wermillon I.R. (1964) оғиз бўшлиғининг гигиенасини **OHI-S (Oral Hygiene Indices-Simplified)** соддалаштирилган индексини таклиф қилинган. OHI-S ни аниқлаш учун қуйидаги тишларнинг юзалари ўрганилган: юз ва тил юзалари 5|5 6|6 ва лаб юзаси 1|1. Барча юзаларда олдин тиш қараши аниқланган. Тишларнинг юзасида қараш миқдори қуйидаги тарзда аниқланади: йодга эга аралашма билан олтита доимий тиш юзаси бўялади – юқори марказий кесувчи тишларнинг лаб юзаси, юқоридан биринчи доимий катта моляр тишларнинг вестибуляр юзаси, пастки биринчи доимий катта моляр тишларнинг тил юзаси.

Чекувчи бемор эркаклар тиш карашини аниқлашнинг қуйидаги тизимидан фойдаланилган: 0 – тиш карашини йўқ (бўялмайди); 1 – тиш карашини тиш юзасининг 1/3 дан кам қисмини қоплайди; 2 – тиш карашини тиш юзасининг 1/3 дан ортиқ, лекин 2/3 дан кам қисмини қоплайди; 3 – тиш карашини тиш юзасининг 2/3 дан ортиқ қисмини қоплайди. Ҳар бир тишда баллар миқдори умумий суммага қўшилади ва олтига бўлинади (тишлар сони). Тишларнинг юзаларида аниқланган караш миқдори бўйича оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг уч даражасини ажратиш мумкин: яхши, қониқарли ва ёмон. Бўялган караш алоҳида тишларнинг бўйин қисмида аниқланадиган ҳолатни яхши деб баҳолаш мумкин (0-1 балл). Қониқарли ҳолат – караш тиш тожининг 1/3 қисмигача қоплайди ва алоҳида тишларнинг 1/3 қисмидан биров ортиқ қисмини (1-2 балл). Ёмон – караш тожнинг деярли бутун юзасини қоплайди, яъни барча текширилаётган тишларда 2/3 дан ортиқ қисми (2-3 балл). Бу индекс аралаш тишлов даврида болаларнинг оғиз бўшлиғида гигиена ҳолати ҳақида хулосага келиш имконини беради.

Чекувчи бемор эркаклар **PLI (Sylnex, Loe H., 1964)** караш индекси тадқиқотчининг хоҳишига қараб барча тишлар ёки уларнинг бир нечасини текшириш имконини берган. Бўямасдан, визуал ёки зонд ёрдамида тишнинг тўрт юзасида (вестибуляр, орал, дистал ва медиал) тишнинг юмшоқ карашлари ўрганилган. Тиш юзасида караш миқдори қуйидаги шкала бўйича баҳоланилган:

0 балл – милк ости соҳасида караш йўқ;

1 балл – милк усти соҳасида ингичка караш қатлами, фақат зонд билан аниқланади;

2 балл – караш милк эгати ва бўйин олди соҳада кўринади;

3 балл – караш тиш юзасининг катта қисми ва тишлар орасида жуда кўп.

Тишнинг PLI индекси қуйидаги формула билан ҳисобланади:

$$PLI = \frac{\sum \text{тўрт юза баллари}}{4}$$

Оғиз бўшлиғининг PLI индекси текширилган барча тишларнинг PLI индексида ўртача катталиқ сифатида аниқланди.

Чекувчи бемор эркакларда тадқиқот давомида биз пародонт тўқималарининг ҳолатини баҳолаш учун бизнинг ишимизда Парма (1960) модификациясида умумий машҳур пародонтал индексдан **(РМА)** фойдаланилган. Милк ҳолати ҳар бир тишда Шиллер-Писарева аралашмаси билан бўялгандан сўнг баҳоланган. Олдиндан пахта болишлари ёрдамида тишни сўлакдан ажратиб, қурилган. Милкнинг яллиғланган қисмлари гликоген билан жигар рангга бўялган, у тўқималарда анаэроб алмашинув жараёни устунлиги туфайли тўқималарда ҳосил бўлган. Тадқиқот ўтказилганидан сўнг баҳолаш мезонларидан фойдаланиб индексни ҳисобланган.

0 балл – яллиғланиш йўқ;

1 балл – тишлараро сўрғичнинг яллиғланиши;

2 балл – маргинал милк яллиғланиши;

3 балл – алвеоляр милк яллиғланиши.

РМА индекс қуйидаги формула бўйича ҳисобланди:

$$\text{РМА(индекс)} = \frac{\text{ҳар бир тиш олдида кўрсаткичлар йиғиндиси} \times 100\%}{3 \times \text{тишларнинг сони}}$$

Индексни баҳолаш мезонлари қуйидагилар: 30% дан кам – гингивитнинг енгил шакли; 31-60% - ўрта оғирлик даражаси; 61% ва ундан юқори – оғир даража.

Тадқиқотимиз давомида биз чекувчи бемор эркаклар **Руссел бўйича модификацияланган пародонтал индекс** – пародонтологик индекси **(PI)** аниқлаш ушбу касаллик ривожланишининг ҳар бир босқичида пародонтда патологик жараёни баҳолаш, шунингдек ҳам даволаш чораларини кўриш вақтида, ҳам пародонтологик беморни диспансер кузатиш пайтида яллиғланиш жараёни ривожланишини тўғри тушунтириш имконини берган.

Ушбу индексдан тепа ва пастки жағларда биринчи молярлар ва кесувчи тишлар соҳасида 6 секстантларда, шунингдек барча мавжуд тишларда фойдаланиш мумкин бўлган. Олинган баллар қўшилади ва текширув олиб борилган соҳалардаги тишлар сонига бўлинган.

Чекувчи бемор эркакларда тадқиқотимиз давомида биз яна бир текшириш усулини **Пародонтал чўнтакларнинг чуқурлиги** даражаланган пародонтал най ёрдамида ўрганилган, ҳар бир ўрганилаётган тиш атрофида 6 нуқтада ўлчовлар амалга оширилган (вестибуляр юзада уч нуқтада ва орал юзада – уч нуқтада).

Тадқиқотимиз давомида чекувчи бемор эркаклар **Пародонтитнинг оғирлик даражаси** ўрганилган. Шундай қилиб, енгил даражасида ПЧ 3 мм гача бўлди, рентгенологик сурат эса тишлар орасида деворчаларнинг бошланғич деструкция белгиларини тасдиқлаган. Пародонтнинг нинг ўрта даражасида пародонтал чўнтакларнинг чуқурлиги 3 дан 6 мм гача ўзгарган. Кортикал пластинка ва тишлар орасидаги тўсиқлари суяк тўқимасининг деструкцияси рентгенологик тадқиқотда илдиз узунлигининг V қисмигача ташкил этган. Пародонтнинг оғир даражаси 6 мм дан катта пародонтал чўнтаклар мавжудлиги, тишларнинг 2-3 даражада патологик қўзғалувчанлиги, илдиз узунлигининг V дан ортиқ қисмида кортикал пластинка ҳамда суяк тўқимасининг деструкцияси билан тавсифланган.

Чекувчи бемор эркакларда лаборатор текширувлар

Чекувчи бемор эркакларда тадқиқот давомида қон таҳлиллари бир вақтнинг ўзида бир хил шароитларда, овқатдан олдин ўтказилган. Тадқиқот учун қон маълум бир тартибда олинган: ЭЧТ, гемоглобинни аниқлаш, кейин - лейкоцитлар ва эритроцитларни ҳисоблаш кирган.

Тадқиқот давомида РИ наркология ИАТМ Бухоро филиалида беморларимизнинг қонини биокимёвий текшириш қуйидаги кўрсаткичларни ўрганишни ўз ичига олган: умумий протеин, албумин, умумий билирубин,

трансаминазалар (АЛТ ва АСТ), гидроксид фосфатаза, глюкоза, антистрептолизин-О, калий магний, натрий, калций. «Konelab 30i» автоанализаторида амалга оширилган (фирмы Thermoelectron, Швейцария).

Чекувчи бемор эркакларда сўлак ажралиш тезлиги

Сўлак ажралиш тезлиги (Рединова Т.Л., Поздеев А.Р., 1994) Тадқиқот ўтказиш учун градацияланган пробирка ва секундомер керак. Беморга бошни пастга эгиш, оғизни бироз очиш ва сўлакни ютмаслик таклиф қилинган, унга эса пастки лабга қўйилган пробиркага эркин оқиш имкони берилган. Сўлак йиғишни бошлаш ва якунлаш вақти белгиланган (одатда 5- 15 дақиқа). Саливация тезлиги қуйидаги формула бўйича ҳисобланган:

$$C_c = V t$$

Бу ерда:

C_c – сўлак ажралиш тезлиги;

V – ажраладиган сўлак ҳажми (мл да);

t – сўлакни тўплаш вақти (дақиқаларда).

Қўзғатилмаган саливациянинг

меъёрий тезлиги $C_c = 0,31-0,6$ мл/дақ ҳисобланади,

$C_c = 0,03-0,3$ мл/дақ да гипосекреция,

$C_c = 0,61-2,40$ мл/ дақ да гиперсекреция ташхиси қўйилади.

Чекувчи бемор эркакларда кичик сўлак беzi (КСБ) нинг функционал фаоллиги

КСБ нинг функционал фаоллиги Ромачева И.Ф. ва бошқалар томонидан таклиф қилинган усул бўйича, яъни оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг 2 см² бирлик майдонига ишлайдиган КСБ нинг сонлари билан аниқланган. Тадқиқот давомида назорат гуруҳидаги чекмайдиганларда оч қоринга, тамаки чекувчиларда эса чекишдан олдин ва 10 дақиқадан кейин ўтказилган. Шиллиқ қават метилен кўкнинг 1% ли сувли эритмаси билан бўялган. Амалдаги КСБ лар сони 2,0 x 2,0 см ўлчамдаги, пастки лабнинг шиллиқ қавати юзасида

қўйилган тирқиш чегараларида ҳисобланган. Одатда, бу миқдор 21 ± 1 донага тўғри келган.

Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғидаги кислота-ишқор мувозанатини баҳолаш

Оғиз бўшлиғидаги кислота-ишқор мувозанатининг ҳолати рН индекси билан баҳоланган. Оғиз бўшлиғи суюқлигининг рН даражаси стандарт потенциометрик микрометод ёрдамида ўрганилган, бу рН ни оз миқдордаги эритмада баҳолаш имконини берган. Натижаларни ўлчаш учун кўрсаткичли 121 рН метр-милливольтметр модели ишлатилган. Ўлчов электродлари сифатида стандарт ЭСЛ-43-07 ва ЭСЛ-45-07 шиша рН -сезгир электродлари ишлатилган. ЭВЛ-1-Мз шиша кумуш хлорид электродлари мос ёзувлар электродлари сифатида ишлатилган. рН ни аниқлаш махсус лаборатория ойнасидан тайёрланган 1,5 мл ҳажмли микрокуветкаларда ўтказилди. Электролитик кўприк сифатида калий хлориднинг тўйинган эритмаси ишлатилган. рН ўлчагични калибрлаш стандарт титрлардан тайёрланган стандарт буфер эритмалари ёрдамида амалга оширилган. Оғиз бўшлиғи суюқлигининг рН қийматининг функционал ўлчовларининг ишончилиги учун биз Румянцев В.А. томонидан таклиф қилинган шартларга тадқиқот давомида риоя қилишга ҳаракат қилинган.

Чекувчи бемор эркакларда Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва сўлак беги гемодинамикасини баҳолаш

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва сўлак беги гемодинамикаси фотоплетизмограф (ФПГ) ёрдамида ўрганилган. Фотодетектор сифатида фотодиод ФД-3 фойдаланилган. Калибрлаш 500 мВ стандарт калибрлаш сигнали ёрдамида амалга оширилган. Сенсор пастки лабнинг шиллиқ қаватига ўрнатилган. ФПГ билан синхрон равишда иккинчи стандарт кўрғошинда ЭКГ қайд этилган. ФПГларни таҳлил қилишда сифат ва миқдорий кўрсаткичлар ҳисобга олинган. Сифат характеристикаси фотоплетизмографик эгри чизик

шаклини тавсифлашга асосланган. Миқдорий таҳлил, асосий миқдорий индексларни ҳисоблашни назарда тутган:

ФПИ- фотоплетизмограф индекси,

ЭИ- эластиклик индекси,

ПҚИ- периферик қаршилик индекси,

ҚТТИ-қон томир тонуси индекси.

Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида цитологик тадқиқот усуллари

Тадқиқот давомида биз цитологик тадқиқотларни ўтказиш учун фронтал ва чайнаш тишлари соҳасида милкнинг шиллиқ қаватидан излар олинган (ҳар бир бемордан 6 тадан из). Бунинг учун куруқ ёғсизлантирилган стерил предмет шишаси ўрганиладиган қисмга бир неча бор қўйилган. Агар шикастланган қисмга қўйиш қийин бўлса, канцелярия ўчирғичидан фойдаланилган. Ўчирғич узун ингичка таёқчаларга бўлиб кесилган (ишчи майдони 3х3 мм) стерилланган, қуритилган, ўрганилаётган қисмга қўйилган, кейин эса предмет шишага ўтказилган.

Ҳар бир предмет шишасида 5-10 та из ҳосил қилинган. Препарат метил спиртда 15-20 дақиқа қолдирилган, х400 обектив, 42 шунингдек х100 иммерсион обективдан фойдаланиб микроскоб остига олинган. Соғлом шиллиқ қават изларида фақат дифференциаллашувнинг кечки босқич хужайралари аниқланган. ОБШҚ зарарланганда изларнинг цитограммаларини баҳолаш учун хужайраларни дифференциялаш индексининг қўлланилиши касаллик динамикасида амалий кузатиш учун бу кўрсаткичнинг аёнлиги ва қулайлигини кўрсатган. Из препаратлари бўйича шунингдек микрофлора характери ҳақида ҳам маълум хулосаларга келиш мумкин бўлган. Пародонтнинг юмшоқ тўқималарида патологик ўзгаришлар бўлмаганида милк изларини ўрганиш натижасида олинадиган цитологик сурат милк эгати

транsudати ёки пародонтит бўлганида экссудат тўпланган кўп функционал ўзгаришлар билан характерланган.

Ўрганилаётган гуруҳларда чекувчиларни даволаш схемаси

Чекувчиларда ОБШҚда ясси лейкоплакия мавжуд беморлар маҳаллий ва умумий даволанган.

Ясси лейкоплакияга эга асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳидаги барча беморлар кортикостероидлар, витаминлар, яллиғланишга қарши препаратлар, ретинол ацетатдан (антиоксидант), иммуномодуляторлар (иммудон) ташкил топган умумий қабул қилинган умумий этиопатогенетик даволанишган:

- қуйидаги схемада Преднизолон: икки кунда бир нонуштадан кейин 20 мг дозада (1-ҳафта), (2-ҳафта) 15 мг дозада, (3-ҳафта) 10 мг дозада, (4-ҳафта) 5 мг дозада ичишга таблетка кўринишида;

- кунига 2 маҳал 0,05 г таблеткадан Никотин кислота;
- Амоксиклав (антибактерал терапия) – кунига 2 маҳал 1 дражедан;
- Витамон А мойли кунига 3 маҳал 10 томчидан.

Маҳаллий даволашда:

1. 7-10 кун давомида эрозия ва яраларни оғриксизлантириш учун аппликациялар кўринишида Лидокаин;

2. 7-10 кун давомида иккиламчи инфекцияланишнинг олдини олиш учун кунига 4-5 маҳал чайиш кўринишида дистиллирланган сув билан 1:1 нисбатда 0,05% хлоргексидин биглюконат аралашмаси;

3. 7-10 кун давомида аппликация кўринишида Анор данаги мойидан фойдаланилган.

Барча беморларга тўлақонли юмшоқ парҳез тайинланган, аччиқ, шўр, қовурилган таомлар, шунингдек (қулупнай, ананас, клюква, қорағат) каби мевалар, сабзавотлар (помидорлар), яъни органик кислоталарга бой озиқ-овқат маҳсулотлари, тамаки маҳсулотлар ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ман этилган.

**Чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморларни комплекс
даволаш схемаси**

Гуруҳлар	Маҳаллий даволаш	Умумий даволаш
Таққослаш гуруҳи -45 киши	Аппликацияли оғриксизлантириш лидокаиннинг 2% аралашмаси билан; антисептик қайта ишлаш хлоргексидиннинг 0,05% аралашмаси билан; солкосерил мойи билан аппликация	Қуйидаги схемада Преднизолон; Никотин кислота кунига 2 маҳал 0,05 г таблеткаларда; Амоксиклав – кунига 2 маҳал 1 дражедан; Витамин А мойли кунига 3 маҳал 10 томчидан
Асосий гуруҳ – 68 киши	Аппликацияли оғриксизлантириш лидокаиннинг 2% аралашмаси билан; анор данаги мойи билан аппликация	Қуйидаги схемада Преднизолон; Никотин кислота кунига 2 маҳал 0,05 г таблеткаларда; Амоксиклав – кунига 2 маҳал 1 дражедан; Витамин А мойли кунига 3 маҳал 10 томчидан

Ремиссия даврида оғиз бўшлиғининг санацияси, кариес ва унинг асоратларининг даволаниши, тишларнинг ўткир қирраларини силлиқлаш, сунъий қоплама нуқсонлари, сурункали инфекция ўчоқларининг бартараф этилиши, ОИТ аъзолари, лор – аъзолардаги патологияларнинг даволаниши амалга оширилган. Оғиз бўшлиғи санация қилинган жараёнда тиш ажралмалари ултратовушли скалер билан олиб ташланган, тишларнинг ўткир четлари силлиқланган, сифатсиз пломбалар, тиш протезлари алмаштирилган, оғиз бўшлиғида турли жинсли металллар мавжудлиги туфайли галванизм ҳодисалари бартараф қилинган.

Асосий гуруҳда ясси лейкоплакияга эга беморларни даволаш

Тадқиқот давомида асосий гуруҳ беморларини А ва Б гуруҳдан бир хил нисбатда ажратилган. Шунга асосан 68 нафар беморни асосий гуруҳга олинган. Асосий гуруҳ беморларини даволашда биз умумий ва маҳаллий даволаш принципига асосан олиб борилган. Умумий даволаш усули 2.5-жадвалда ёритилган.

Маҳаллий даволашда биз тадқиқот давомида анор данагининг мойидан фойдаланилган.

«Анор данаги ёғи» биологик фаол қўшимчаси таркиби Флавон-3-оллар/Флавоноидлар ва уларнинг гликозидлари: катехин, эпикатехин, эпигаллокатехин-3-галлат, кверцетин, каемпферол, лутеолин, рутин, кемпферол-3-Огликозид, кемпферол-3-О-рамногликозид, нарингин биологик фаол бирикмалари экстрактидан иборат бўлиб, антимикроб, иммуностимулловчи, антиоксидант ва кардиопротектор хусусиятларга эга (Ўзбекистон Инновацион ривожланиш вазирлиги ва «Анор ёғи Сирдарё» МЧЖ маҳсулоти (Компания Ўзбекистоннинг Сирдарё вилояти Сирдарё туманидаги махсус инновацион зонада фаолият юритади).

Маҳаллий даволашда асосий гуруҳда қуйидагилардан фойдаланилган:

1. 7-10 кун давомида эрозия ва яраларни оғриқсизлантириш учун аппликациялар кўринишида Лидокаин;
2. 7-10 кун давомида, кунига 1-2 маҳал, 5 дақиқа давомида 3 – 5 мг/л аппликациялар кўринишида анор данаги мойи.

Кўп сонли дори-дармон воситаларига эҳтимоли бўлган токсик-аллергия реакциялар ривожланишининг олдини олиш мақсадида асосий гуруҳда маҳаллий даволашда дори-дармонсиз усул – анор данаги мойи кўринишида терапиясини қўллашга қарор қилинган. Аммо, шу билан бирга, биз бактериялар, замбуруғлар ва вирусларга озоннинг бузувчи таъсир қилувчи антимикроб хоссалари туфайли хлоргексидин антисептигидан фойдаланмаган.

Таққослаш гуруҳида лейкоплакия зарарланишига эга беморларни даволаш

Таққослаш гуруҳидаги ясси лейкоплакияга эга 45 нафар беморда аввал таърифланган усулда ўтказилган умумий даволанган (2.5-жадвал).

Таққослаш гуруҳида маҳаллий даволашда қуйидагилардан фойдаланилган:

1. 7-10 кун давомида эрозия ва яраларни оғриқсизлантириш учун аппликациялар кўринишида Лидокаин;

2. 7-10 кун давомида иккиламчи инфекцияланишнинг олдини олиш учун кунига 4-5 маҳал чайиш кўринишида дистиллирланган сув билан 1:1 нисбатда Хлоргексидин биглюконатнинг 0,05% аралашмаси;

3. 7-10 кун давомида, кунига 1-2 маҳал, 5 дақиқа давомида солкосерил мойи.

Чекувчиларнинг даволаш самарадорлигини клиник баҳолаш

Тадқиқот давомида ясси лейкоплакия эга барча беморларда даволаш ва ремиссия давомийлиги ҳисобга олинган. Биз ўтказган даволашнинг самарадорлигини баҳолаш қуйидаги кўрсаткичлар бўйича ўтказилган:

Ижобий (жуда яхшиланиш) – эрозив-ярали шаклдан оддий, яъни типик шаклга ўтиш билан тавсифланган;

Қониқарли (яхшиланиш) – яллиғланиш жараёнининг камайиши ва шикастланиш юзасининг $\frac{1}{2}$ дан $\frac{3}{4}$ гача қисқариши;

Салбий (ўзгаришларсиз) – яллиғланиш ҳодисаларининг сақланиши, шикастланиш юзасининг камайиши йўқ.

Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғидаги тадқиқотнинг статистик қайта ишлаш усуллари.

Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғида тадқиқот материаллари параметрик ва нопараметрик таҳлил усулларида фойдаланиб статистик қайта

ишланган. Дастлабки маълумотларнинг тўпланиши, созланиши, тизимлаштирилиши ва олинган натижаларнинг визуализацияси Microsoft Office Excel 2010 электрон жадвалларида амалга оширилган. Статистик таҳлил IBM SPSS Statistics v.23 (ишлаб чиқувчи - IBM Corporation) дастуридан фойдаланиб ўтказилган. Миқдорли кўрсаткичларнинг меъёрий тақсимланишга мослиги баҳоланган, бунинг учун Колмогорова-Смирнова мезонларидан, шунингдек асимметрия ва эксцесса кўрсаткичларидан фойдаланилган. Меъёрий тақсимланган миқдор кўрсаткичларини таърифлаш ҳолатида олинган маълумотлар вариант қаторларига бирлаштирилган, уларда ўрта арифметик қиймат (M) ва стандарт четлашувлар (σ), ўртача хатолик катталиги (m), ишонч интервалининг чегаралари 95% (95% ДИ) ҳисобланган.

Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғида номинал маълумотлар мутлоқ қийматлар ва фоиз ҳиссалари кўрсатилган ҳолда таърифланган. Миқдор маълумотларининг нормал тақсимланган бирлигида ўртача катталиклар таққосланганда т-мезон ҳисобланган. Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғида олинган Студентнинг т-мезон қийматлари кескин қийматлар билан таққослаш йўли билан баҳоланган. Кўрсаткичларнинг фарқи қиймат $P < 0,05$ даражада бўлганида статистик аҳамиятли деб ҳисобланган. Шундай қилиб чекувчи бемор эркакларда номинал маълумотларнинг таққосланиши дастлабки асл миқдор ёки ҳар бир тоифага тушадиган танловнинг сифат характеристикалари ва нол гипотезаси адолатли бўлганида ўрганиладиган гуруҳларда кутиш мумкин бўлган назарий миқдор ўртасидаги фарқ аҳамиятини баҳолаш имконини берувчи χ^2 Пирсон мезони ёрдамида ўтказилган.

III БОБ. ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

2020-2022-йилларда Республика ихтисослаштирилган наркология илмий амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали (РИ наркология ИАТМ Бухоро филиали) да ясси лейкоплакиянинг учраш частотасининг ретроспектив таҳлили

Тадқиқот давомида чекувчиларда оғиз бўшлиғини шиллик қаватида учрайдиган барча касалликлар ичида ясси лейкоплакиянинг учраш частотаси 113 нафар (25,6%) кишини ташкил қилган (442 нафар бемордан). Шундай қилиб, 2020-йилдан 2022-йилгача бўлган даврда РИ наркология ИАТМ Бухоро филиалининг поликлиникасида терапевт стоматолог қабулига ОБШҚ да ясси лейкоплакияга эга 113 нафар бемор мурожаат қилган, чекувчи беморлар йиллар бўйича мос равишда тақсимланган: 2020-йилда 41 нафар (9,69%), 2021-йилда – 32 нафар (16,32%), 2022-йилда – 40 нафар (17,85%), (Хи-квадрат=31,0; $p = 0,000$,) (3.1-жадвал).

3.1-жадвал

РИ наркология ИАТМ Бухоро филиалининг поликлиникасида терапевт стоматолог қабулига 2020-2022 йилларда мурожаат қилган чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморлар сони

Йиллар	Ясси лейкоплакияга эга беморлар сони		
	абс	$M \pm m, \%$	P
2020	41	$33,67 \pm 3,38$	Хи-квадрат = 31,0; $p = 0,000$
2021	32	$17,86 \pm 2,74$	
2022	40	$22,45 \pm 2,98$	

2020-2022 йилларда чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморларнинг ретроспектив тадқиқоти шуни кўрсатдики, ушбу касалликка эга беморларнинг мурожаатлари сони йил сайин ўсиб бормокда. Йиллар бўйича беморлар ушбу касаллик билан мурожаатлар сони мос равишда бўлган.

Бухоро шаҳар ва туманлар бўйича чекувчилар орасида ясси лейкоплакияга эга беморларнинг мурожаатларини ретроспектив таҳлили маслаҳат-даволаниш учун кўпроқ мурожаат қилишини кўрсатган. Ясси лейкоплакиянинг клиник кечишида беморларда оғиз шиллиқ қавати тортилишга шикоят 113 нафар чекувчи бемордан 24 нафарида (21,2%) қайд этилган, доимий оғриқлар 20 нафар (17,7%) беморда, ачишиш 19 нафар (16,8%) беморда ва ноқулайликка 25 нафар (22,12%) бемор шикоят қилган. Беморларда, айниқса ясси лейкоплакияга эга беморларда кўп учрайдиган белги таъсирчанликнинг камайиши бўлган – 13 нафар (11,5%) беморда, фақат 12 нафар (10,68%) беморда қичишга шикоятлар аниқланган (3.2-жадвал).

3.2- жадвал

Ясси лейкоплакияга эга беморларнинг шикоятлари

Шикоятлар	Ясси лейкоплакияга эга беморлар		χ^2	P
	абс	%		
Тортилиш	24	21,2	8,16	0,086
Доимий оғриқлар	20	17,7	12,66	0,013
Ачишиш	19	16,8	3,43	0,488
Ноқулайлик	25	22,12	4,67	0,323
Таъсирчанликнинг бузилиши	13	11,5	4,85	0,303
Қичишиш	12	10,68	18,75	0,001
Жами:	113	100		

Ясси лейкоплакияга эга 113 нафар бемордан 29 нафарида (25,6%) касалликнинг давомийлиги 1-3 йилни ташкил қилган, 30 нафар (26,5%), кўпроқ одатий шаклга эга беморларда касалликнинг давомийлиги 3-5 йилга тенг бўлган. 29 нафар (25,6%) беморлар 5-10 йил касаллик давомийлигига эга бўлган. Ясси лейкоплакиянинг 10-15 йилдан ортиқ давом этиши тамаки истеъмолининг кўп йиллар давом этиши билан боғлиқ бўлган, бу чекувчи

беморларнинг умумий сонидан 25 нафар (22,3%) беморда қайд этилган ($\chi^2 = 12,621$; $p = 0,397$) (3.3- жадвал).

3.3- жадвал

Чекувчи беморларнинг ясси лейкоплакия билан касалланиш давомийлиги бўйича тақсимланиши

Касалликнинг давомийлиги (йиллар)	Ясси лейкоплакияга эга беморлар		P
	абс	%	
1-3 й	29	25,6	$\chi^2 = 12,621$; $p = 0,397$
3-5 й	30	26,5	
5-10 й	29	25,6	
10-15 й	25	22,3	
Жами:	113	100	

Ясси лейкоплакиянинг одатий шаклида шикастланиш элементи ўзаро Уикхем тўри деб аталувчи тўр билан боғланувчи, оқ рангли майда папулалар ҳисобланган. Беморларнинг шикоятлари одатда, айниқса овқатланиш вақтида тортилиш ҳисси, кам даражада оғриқ ҳисларидан иборат бўлган.

Ясси лейкоплакиянинг гиперкератотик шакли бошқа шакллари билан одатий папулалар фонида аниқ чегараларга эга гиперкератознинг катта ўчоқлари кузатилиши билан фарқ қилган. Энг кўп учрайдиган жойлашуви – тилнинг дорсал юзаси.

Ясси лейкоплакиянинг экссудатив-гиперемик шакли лихеноид ҳосилалар билан ифодаланган яллиғланиш билан тавсифланган. Беморлар овқатланиш вақтида оғриқ, қичишиш ва ачишишга шикоят қилишган. Буллез шаклида кичик ўлчамли пуфаклар кузатилган, улар очилиши эрозив юзаларнинг тез ҳосил бўлишига олиб келган. Беморлар кучли оғриқ пайдо бўлиши ва ачишишга шикоят қилишган.

Ясси лейкоплакиянинг эрозив-ярали шакли оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг қизариши билан намоён бўлган, караш билан қопланган кескин

оғриқли эрозия ва яралар кузатилган, беморлар оғриқлар туфайли овқатланишга қийналишган уйқу ва иштаҳанинг бузилиши кузатилган. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида шикастланиш соҳалари ноаниқ шаклда ва полигонал кўринишга эга бўлган.

Тадқиқот давомида ясси лейкоплакиянинг шикастланиш элементларининг жойлашуви кўпроқ лунжнинг шиллиқ қаватида – 29 нафар (25,68%) беморда кузатилган, 24 нафар (21,2%) беморда – ретромолляр соҳанинг шиллиқ қаватида, 22 нафар (19,5%) беморда тилнинг шиллиқ қавати шикастланган, 25 нафар (22,12%) беморда – тил ости соҳасининг шиллиқ қавати, 13 нафар (11,5%) беморда милкнинг шиллиқ қаватида кузатилган (3.4-жадвал).

3.4- жадвал

Чекувчи беморларнинг ясси лейкоплакия билан шикастланиш элементларининг жойлашуви

Шикоятлар	Ясси лейкоплакияга эга беморлар		χ^2	Р
	абс	%		
Лунж ШҚ	29	25,68	3,89	0,42
Ретромол. соҳа ШҚ	24	21,2	10,49	0,03
Тил ШҚ	22	19,5	0,23	0,99
Тил ости соҳа ШҚ	25	22,12	2,13	0,71
Милк ШҚ	13	11,5	0,10	0,91
Жами:	113	100		

Чекувчиларда ОБШҚ да ясси лейкоплакиянинг ривожланиш ва оғирлашиш хавфини анамнестик омилларининг ўтказилган таҳлили шуни кўрсатдики, бош сабаблардан бири сифатида беморлар омиллар комплексини кайд этишади: метеобоғлиқлик, мавсумий десинхроноз – алоҳида биоритмларни параметрларининг бузилиши, организмнинг турли биоритмлари ҳамда тамаки тутунининг циклик омиллари ўртасидаги фазали

ўзаро муносабатларнинг нотурғунлиги. 22% (n=43) беморлар ушбу сабабни кўрсатишган, бу мамлакатимиз олимлари ўтказган тадқиқот натижалари билан мос келган (Нодира опа., ҳаммуал. Экологик турғунлик, стоматология ва инсон саломатлиги. – Тошкент, 2014. – С.223-225). Бу ҳолат тамаки тутуни натижасида ОБШҚ да рН мувозанатининг бузилиши ясси лейкоплакиянинг оғир шакллариининг ривожланишига олиб келишини тасдиқланган. ОБШҚ ясси лейкоплакияга эга беморларда текширув вақтида қандли диабет $14,80 \pm 2,54\%$, қалқонсимон без касалликлари $6,12 \pm 1,71\%$; юрак-томир патологияси (атеросклероз $4,08 \pm 1,41\%$ ҳолатда, гипертоник касаллиги - $6,63 \pm 1,78\%$), ошқозон-ичак трактининг касалликлари (сурункали гастрит (А, Б) - $15,82 \pm 2,61$; сурункали холецистит $8,67 \pm 2,01$; сурункали гепатит (А, Б, С) - $11,22 \pm 2,25$; сурункали панкретит $6,12 \pm 1,71$ каби ёндош касалликлар мавжуд бўлган. Пешоб ажратиш тизимининг касалликлари $11,73 \pm 2,30\%$ ҳолатда аниқланган (Хи-квадрат = 31,071; $p = 0,000$) (3.5-жадвал).

3.5- жадвал

Ясси лейкоплакияга эга беморларнинг ёндош касалликлари

№	Соматик касалликлар	Беморларнинг сони		
		абс	М±m,%	Р
1	Сурункали гастрит (А,Б)	31	$15,82 \pm 2,61$	Хи-квадрат = 31,071; $p = 0,000$
2	Сурункали холецистит	17	$8,67 \pm 2,01$	
3	Сурункали гепатит (А,В,С)	22	$11,22 \pm 2,25$	
4	Сурункали панкретит	12	$6,12 \pm 1,71$	
5	Сурункали пиелонефрит	23	$11,73 \pm 2,30$	
6	Қандли диабет	29	$14,80 \pm 2,54$	
7	Сурункали энтероколит	15	$7,65 \pm 1,90$	
8	Атеросклероз	8	$4,08 \pm 1,41$	
9	Гипертоник касаллик	13	$6,63 \pm 1,78$	
10	Қалқонсимон без касалликлари	12	$6,12 \pm 1,71$	
11	ИБС	14	$7,14 \pm 1,84$	

Ретроспектив таҳлил натижалари бўйича беморларни ясси лейкоплакия билан анъанавий маҳаллий даволаш схемасининг натижавийлигини таҳлили 48,7% ҳолатда яхшиланиш кузатилишини намоён қилган. Таблетка кўринишидаги преднизолон: икки кунда бир нонуштадан кейин ичга 1-ҳафта 20 мг дозада, 2-ҳафта 15 мг дозада, 3-ҳафта 10 мг дозада, 4-ҳафта 5 мг дозада схемаси бўйича қўлланган; таблетка кўринишидаги никотин кислота кунига 2 маҳал 0,05 г дозада; витамин А (мой) кунига 3 маҳал 10 томчидан.

Тадқиқот давомида чекувчиларда 9% ҳолатда ясси лейкоплакиянинг пасайиши ҳолати қайд этилган. Беморларда 42,3% ҳолатда анъанавий терапияга резистентлик кузатилган, у йилига 2 дан 5 мартагача тез-тез кучайиши ва нотурғун характерга эга ремиссия билан намоён бўлган.

Шундай қилиб, ретроспектив таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, тамаки маҳсулоти қабул қилувчилар яъни чекувчиларда оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватидаги бошқа касалликлар орасида ОБШҚ ясси лейкоплакиянинг частотаси 44,3% (442 нафар бемордан) ташкил қилишини кўрсатган. Ясси лейкоплакиянинг ёндош касалликлари $14,80 \pm 2,54\%$ ҳолатда қандли диабет, $6,12 \pm 1,71\%$ ҳолатда қалқонсимон без касалликлари; юрак-томир патологияси ($4,08 \pm 1,41\%$ ҳолатда атеросклероз, $6,63 \pm 1,78\%$ ҳолатда гипертоник касаллик), ошқозон-ичак трактининг касалликлари ($15,82 \pm 2,61$ ҳолатда сурункали гастрит (А, Б); $8,67 \pm 2,01$ ҳолатда сурункали холецистит; $11,22 \pm 2,25$ ҳолатда сурункали гепатит (А, Б, С); $6,12 \pm 1,71$ ҳолатда сурункали панкреатит) бўлган. Пешоб ажратиш тизимининг касалликлари $11,73 \pm 2,30\%$ ҳолатда аниқланган. Шу билан бирга ясси лейкоплакиянинг учраш частотаси $33,67 \pm 3,38\%$ (66) беморларда учраб, 51-60 ёш ва ундан катта ёшли инсонларда 68,8% (135) ортиб борган. Морфологик элементларнинг энг кўп учраган жойлашуви, 95 нафар (48,5%) беморларда лунж ШҚ, ретромояр соҳада – 30,1% (59). Анъанавий маҳаллий даволашнинг кам самарадорлиги, ясси лейкоплакияга

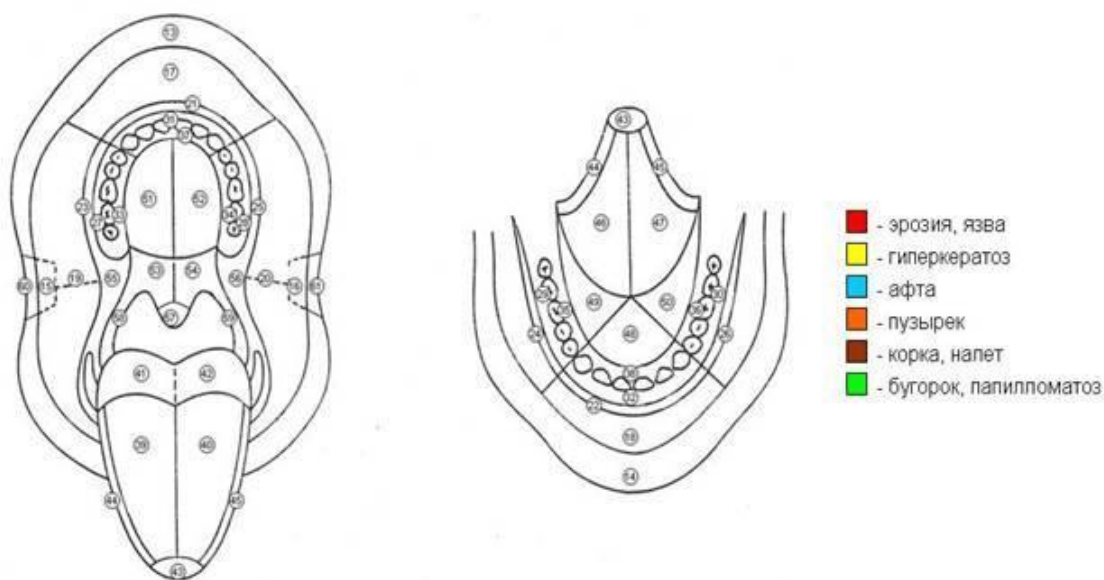
эга беморларни даволашга юқори бардошлилиги патогенетик даволашнинг янги усуллари ва воситаларини қидириб топишга ундайди.

Тадқиқот давомида чекувчи беморларда кучли оғриқлар туфайли овқатланишга қийналишган, уларда иштаҳа ва уйку бузилган. Беморларнинг умумий ҳолати одатда бузилган, ҳолсизлик, сифатсиз ўрнатилган тиш протезларининг оқибатида тишларга чайнаш юкланишининг камайиши кузатилган. Стоматологик ҳолатнинг ёмонлашуви, кариес интенсивлигининг ортиши, иккиламчи адентия қайд этилган. Баъзан олиб қўйиладиган пластинкали тиш протезлари, айниқса уларнинг ўткир қирралари оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватига жароҳатловчи таъсир кўрсатган.

ОБШҚ ясси лейкоплакия ташхиси билан кўрикдан ўтказилганида одатда, фибриноз караш билан қопланган эрозив-яралли ўчоқнинг ҳолати, шикастланиш жойининг ранги, ўлчамларига эътибор қаратилган. Соматик патология мавжудлиги, организм реактивлигининг пасайиши, қўшилган иккиламчи инфекциялар, оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг ёмонлашуви, маҳаллий жароҳатловчи омилларнинг таъсири ОБШҚ да яллиғланишининг кучайишига олиб келган.

Биз яллиғланиш юзаси ва эрозив юза диаметрини чизғич ва циркул ёрдамида $S=(\pi \times d_1 \times d_2)/4 \text{ см}^2$ да формуласи билан ўлчанган, бу ерда: d_1 – энг кичик диаметр; d_2 – энг катта диаметр, π – 3,14 га тенг константа (3.1-расм).

Клиникадан олинган барча маълумотлар тадқиқот картасига киритилган, унга О.С. Гилева билан ҳаммуал. (2008-йил) модификациясида БСТ тавсия қилган схема-топограммалар киритилган. Мазкур схемага мувофиқ оғиз бўшлиғи шиллиғида ясси лейкоплакия билан шикастланиш ўчоғининг энг кўп тарқалган жойлашуви аниқланган. Морфологик элементлар ОБШҚ нинг турли соҳаларида кузатилган.

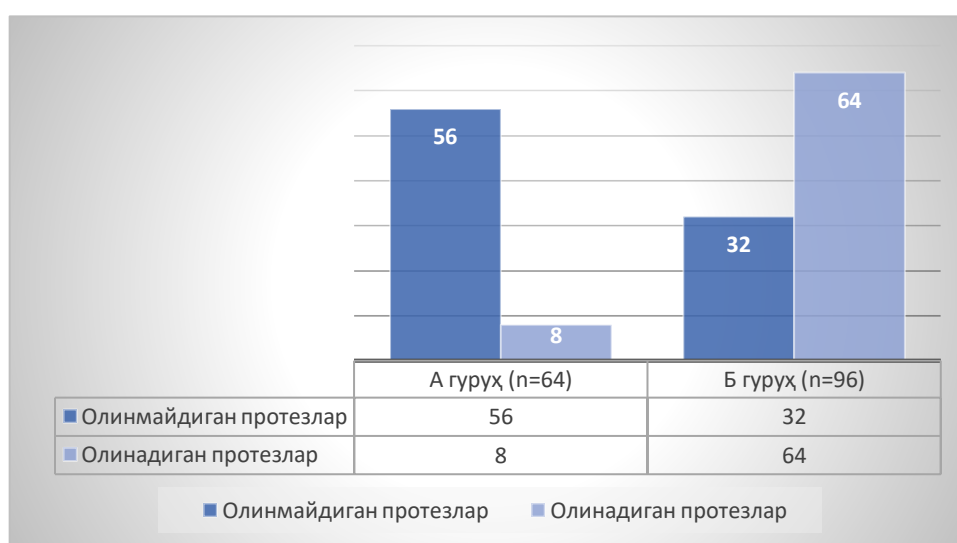


3.1- расм. Ясси лейкоплакиясида шикастланиш элементларининг жойлашуви бўйича ОБШҚ схема-топограммаси

Клиник маълумотлар тадқиқот картасига киритилган, унга О.С. Гилева билан ҳаммуал. (2008-йил) модификациясида БСТ тавсия қилган схема-топограммалар киритилган. Мазкур схемага мувофиқ оғиз бўшлиғи шиллик қаватида ясси лейкоплакия элементлари билан шикастланиш ўчоғининг энг кўп тарқалган жойлашуви аниқланган. Морфологик элементлар ОБШҚ нинг турли соҳаларида кузатилган.

Текшириш натижалари давомида стоматологик касалликлардан гиперстезия, патологик едирилиш, понасимон нуқсон ҳар иккала гуруҳда ҳам етакчилик қилган. 10 йилдан ортиқ чекиш тажрибасига эга бўлганлар чекувчиларда бу кўрсаткичлар 10 йил чекиш тажрибасига эга бўлганлар чекувчиларга нисбатан 1,5 марта ошганини кўрилган. Бунда патологик едирилиш 26 нафар беморда, понасимон нуқсон 32 нафар беморда ва гиперстезия 13 нафар беморда кузатилган. Чекувчиларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари характерли аҳамиятга эга ҳисобланган. Тадқиқотдаги ҳар бир чекувчидаги жиддий муаммолар ҳисобга олинган ва тадқиқотимизнинг асосий нуқтаи назари ҳисобланган.

Назорат гуруҳидаги чекувчилардаги стоматологик касалликларни текшириш шуни кўрсатдики, кариес касаллиги ва пульпит касаллиги тадқиқот гуруҳлари билан таққослаганда катта миқдорни кўрсатган. Аммо тишларнинг нокариоз касалликларидан эмал эрозияси, понасимон нуқсон, патологик едирилиш ва гиперстезия кўрсаткичлари барча тадқиқот гуруҳларига нисбатан назорат гуруҳида 2.5 мартага кам учраши аниқланган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари назорат гуруҳидаги иштирокчиларда деярли кўринмаган.

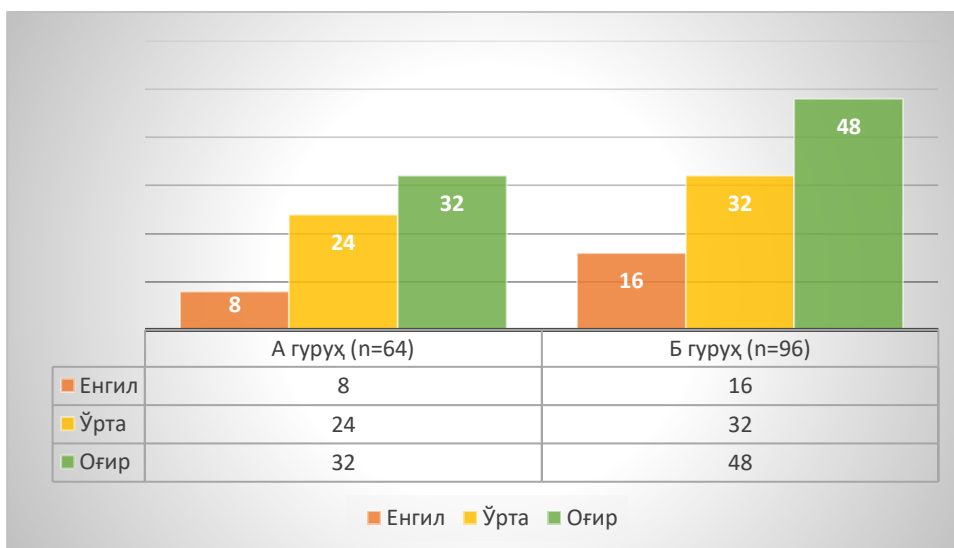


3.2-расм. Тадқиқот гуруҳидаги чекувчилардаги ортопедик мосламалар нисбати

Тадқиқот давомида беморларимизда ортопедик мосламалар нисбатан кўплиги кўрилган ва ўрганилган. 10 йилдан ортиқ чекиш тажрибасига эга бўлган чекувчиларда ортопедик мосламалар 10 йил чекиш тажрибасига эга бўлганлар чекувчиларга нисбатан 2 марта ошгани кўрилган. Бундан кўриниб турибдики йилдан- йилга тамаки маҳсулотларидан фойдаланиш ортопедик мосламаларга нисбатан эҳтиёжни оширилиши исботланган.

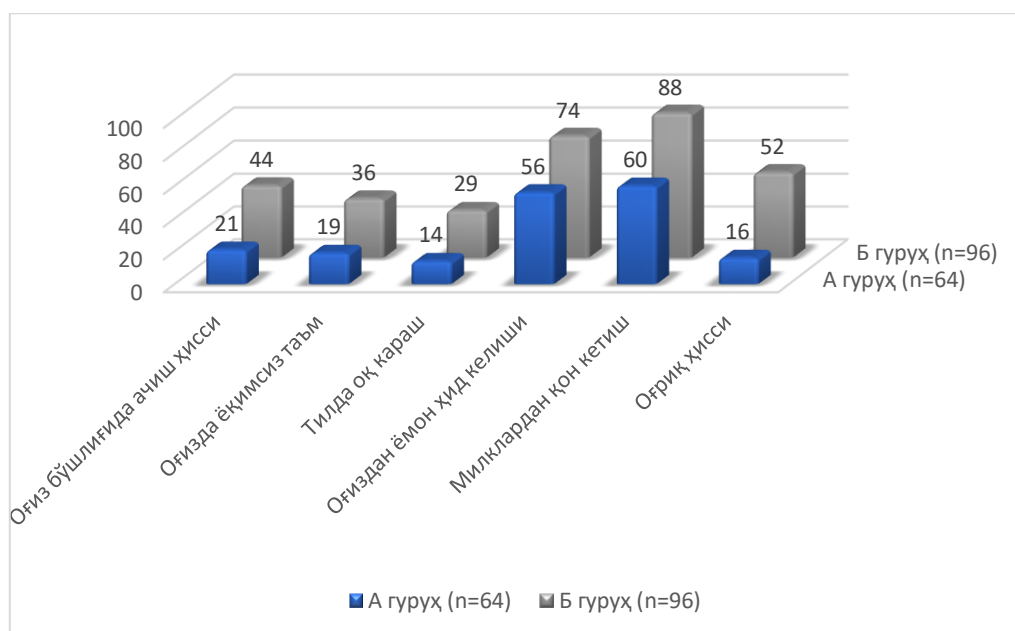
Тадқиқот давомида олиб борилган текшириш натижалари бўйича барча тадқиқот гуруҳларидаги чекувчиларда пародонт касалликлари жуда кенг тарқалган ва биз уни ЖССТ нинг 2018 йилдаги пародонт касалликлари

таснифидан фойдаланган (Jebsen, Caton и соавт., 2018; Albandar и соавт., 2018) (3.6- расм).



3.3-расм. Чекувчиларда пародонт тўқимасининг зарарланиши оғирлик даражасига қараб тақсимланиши

Тадқиқот давомида чекувчиларни шикоятлари тингланган ва объектив текширув ўтказилган. Чекувчиларда милкларда оғриқ, милкдан қон кетиши, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши нисбатан кўпроқ учраган. Милкдан қон кетиши (25,7%) ва оғиз бўшлиғининг қуришига (17,1%) 2,7 марта кам шикоят қилишган (мос равишда 60%; 40%) (3.6-расм). Тадқиқотдаги асосий фондаги беморларда 57,1% да оғиздан ёқимсиз ҳидга шикоят қилишди назорат гуруҳидаги иштирокчиларда (4,7%) 10 марта кўп учраган. Чекувчилар тилда оқ қараш 3 марта кўп қайд этилган (мос равишда 28,1%, 4,3%). Оғиз бўшлиғида ачиш ҳисси асосий касаллик фониди 15,7% беморларда ва назорат гуруҳидаги беморларда 1,5% қайд этилган. “Чекишга қаршимиз” шиори остида семинарлар ташкил қилиниб, унда тадқиқот давомидаги текширилувчи беморлар клубга олингандан сўнг ўзларининг яшаш тарзлари ҳамда улардан анкета сўровномалари олинган (2-иловада кўрсатилган). Анкеталаш жараёнида турли хилдаги шикоятлар келтирилган, умулаштирилган.



3.4-расм. Чекувчиларда анкеталаш натижалари

Чекувчиларда оғиз бўшлиғи кўрик натижасида эрозия каби тишнинг нокариоз шикастланишлари қайд этилган, улар А гуруҳда 82,8% беморда аниқланган. Понасимон нуқсонлар Б гуруҳда 33,3% беморда кузатилган (3.5-расм). Тишларнинг патологик емирилиши А гуруҳда 28,1%, Б гуруҳда 27,0% беморда аниқланган, бироқ гуруҳлар ўртасида ишончли фарқ кузатилмаган ($p < 0,02$).

Тадқиқот давомида чекувчиларда тишларнинг кариес билан шикастланиш интенсивлиги ўрганилганида, А гуруҳда КПУ индексининг ўртача қиймати (кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси), А гуруҳда КПУ индекси – $4.86 \pm 0,05$ (кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси), Б гуруҳда КПУ индекси – $5.45 \pm 0,05$ (кариес интенсивлигининг юқори даражаси) бўлганлиги аниқланди. А ва Б гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқ аниқланган ($p < 0,02$). Назорат гуруҳидаги беморларда КПУ индекси - $2.85 \pm 0,05$ ни ташкил қилган ($p < 0,05$). Чекувчи беморларни текшириш давомида олинган, иккала гуруҳ ўртасида тишларда кариес интенсивлигининг индекси КПУ ни таққослаш маълумотлари 3.6 -жадвалда келтирилган.

3.6 - жадвал

Чекувчилар ўртасида КПУ индексини ўрганиш натижалари

КПУ	А гуруҳ (n=64)	Б гуруҳ (n=96)	Назорат гуруҳи (n=30)
Кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси	4.86±0,05*	5.45±0,05*	2.85±0,05* *

Изоҳ: Гуруҳлар ўртасида фарқлар ишончлилиги ($p > 0,02$), назорат гуруҳи ўртасидаги фарқ ишончлилиги ($p > 0,05$)

Чекувчиларда стоматологик ҳолатини ўрганиш жараёнларида оғиз бўшлиғининг гигиена даражаси муҳим аҳамиятга эга шунинг учун бу кўрсаткич ўрганилганида, тиш қараши ҳамда тиш тошининг миқдорини ҳисобга олувчи, ОНІ-S гигиена индекси А гуруҳда 3,01±1,1 ни ва Б гуруҳда 2,94±1,4 ни ташкил этган.

3.7- жадвал

Чекувчилар ўртасида ОНІ-S индексини ўрганиш натижалари

ОНІ-S гигиена индекси	А гуруҳ (n=64)		Б гуруҳ (n=96)		Назорат гуруҳи (n=30)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Яхши (0,6)	2	3,1	-	-	5	16,6
Қониқарли (0,7-1,6)	18	28,1	17	17,7	14	42,4
Қониқарсиз (1,7-2,5)	19	29,7	36	37,5	7	23,3
Ёмон (2,6<)	25	39,0	43	44,7	4	13,3

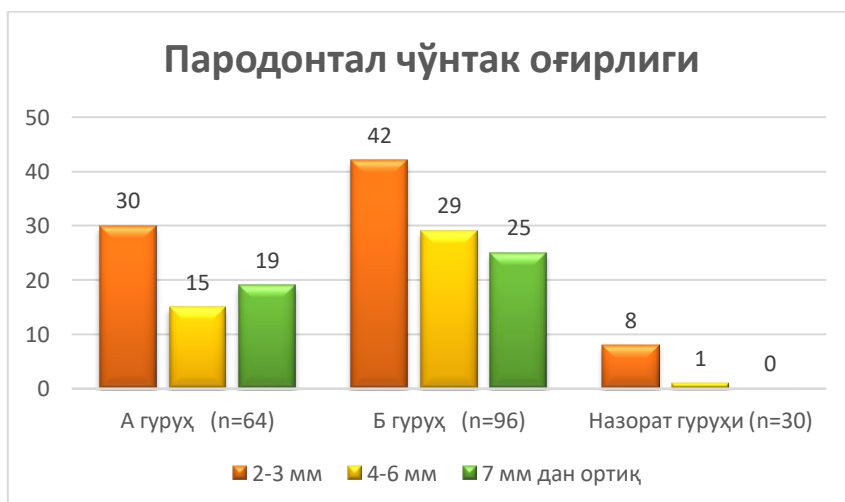
Изоҳ: Гуруҳлар ўртасида фарқлар ишончлилиги ($p > 0,02$), назорат гуруҳи ўртасидаги фарқ ишончлилиги ($p > 0,05$)

А ва Б гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқ аниқланган ($p<0,02$). Назорат гуруҳидаги беморларда ОНІ-S гигиена индекси - $1.25\pm1,5$ ни ташкил қилган ($p<0,05$). Тадқиқотдаги беморларни текшириш давомида олинган, ҳар иккала гуруҳ ўртасида ОНІ-S гигиена индексини таққослаш маълумотлари 3.7 -жадвалда келтирилган. Чекувчиларда тадқиқот давомида ёмон даражали оғирликда пародонтит аниқланган беморларнинг оғиз бўшлиғида профессионал гигиена олиб борилишидан олдин улар билан бу босқич ҳақида тушунтириш олиб борилган.

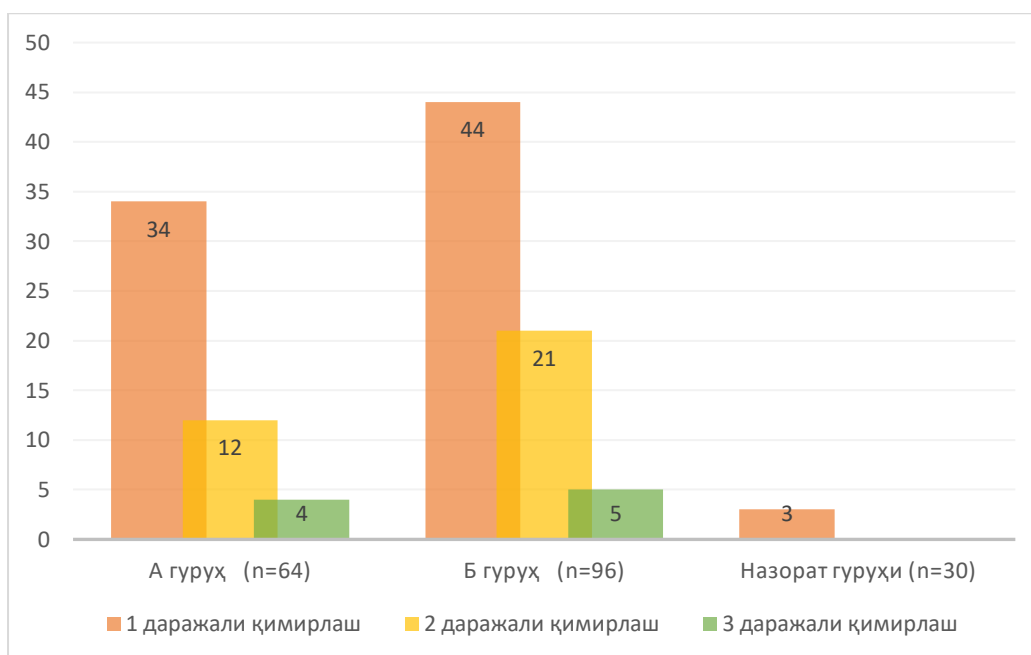
3.5-расм. Чекувчиларда РІ пародонтал индексни ўрганиш натижалари



А - расм. Чекувчилар милкнинг яллиғланиш даражаси борлиги (беморлар сонига нисбатан олинган).



Б - расм. Чекувчилар пародонтал чўнтак оғирлиги даражаси (беморлар сонига нисбатан олинган).



В - расм. Чекувчиларда тишнинг қимирлаш даражаси (беморлар сонига нисбатан олинган).

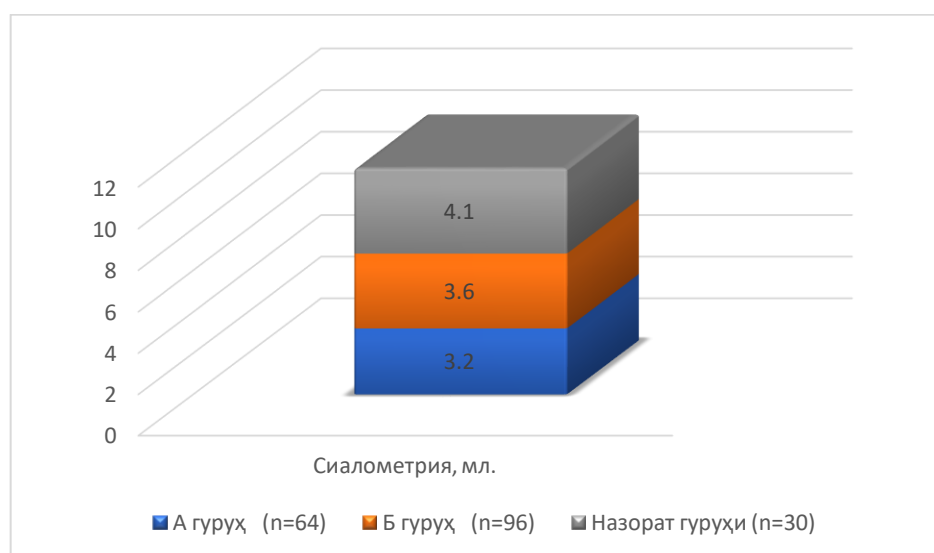
Чекувчиларда пародонт касаллигининг оғирлигини аниқлаш учун PI пародонтал индексдан фойдаланилган, у ушбу индекснинг қиймати А гуруҳ беморларда $5,51 \pm 2,29$ ни ташкил этишини кўрсатган, бу Б гуруҳдаги беморларда пародонт патологиясининг оғир даражасига мос келган ва бу А гуруҳдаги беморларга қараганда 2 марта, назорат гуруҳига қараганда 10 мартадан кўп. Беморларни текшириш давомида олинган, уч гуруҳ ўртасида PI пародонтал индекснинг маълумотлари 3.6-расмда келтирилган.

Папилла-маргинал алвеоляр индекс (РМА) кўрсаткичлари иккала тадқиқот гуруҳларида юқори кўрсаткичга эга булган (98%). А гуруҳ ва Б гуруҳларда оғир даражали гингивитнинг мос равишда 34 (77,3 %) ва 24 (58,5 %) нафар беморларда учраши уларда касалликнинг гингивитнинг оғир даражаси ва пародонтит аллақачон ривожланганидан дарак берган (3.8 - жадвал).

Чекувчиларда РМА индекси натижалари таҳлили

РМА индекси	А гуруҳ (n=64)		Б гуруҳ (n=96)		Назорат гуруҳи (n=30)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Енгил (25-30%)	1 2	18,7	17	17,7	19	63,3
Ўрта (31-59%)	3 3	51,5	43	44,8	9	30,0
Оғир (60-<%)	1 9	29,7	36	37,5	2	6,7

Изоҳ: Гуруҳлар ўртасида фарқлар ишончлилиги ($p > 0,02$), назорат гуруҳи ўртасидаги фарқ ишончлилиги ($p > 0,05$)

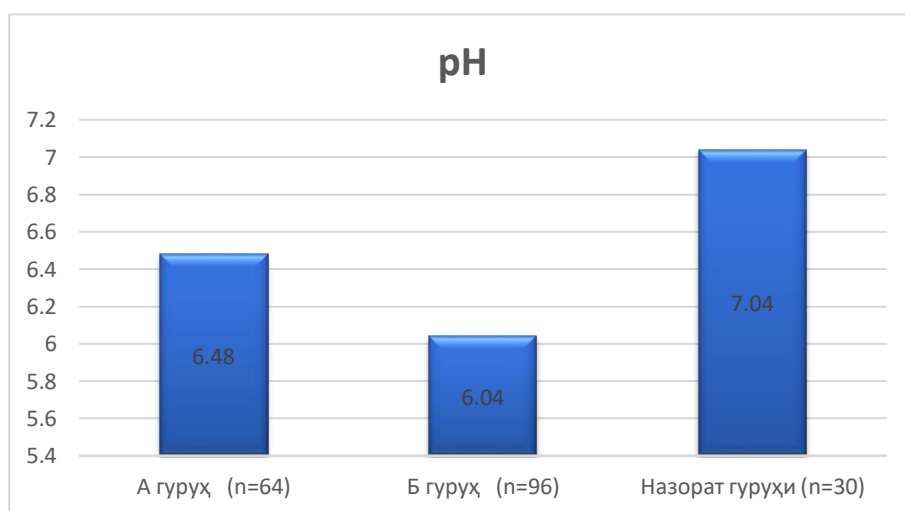


3.6-расм. Чекувчилардаги Рединова Т.Л. ва Поздеев А.Р усули билан сиялометрияни ўрганиш натижалари

Сўлак ажралиш тезлиги (Рединова Т.Л., Поздеев А.Р., 1994) Тадқиқот ўтказиш учун градацияланган пробирка ва секундомер керак бўлган. Беморга бошни пастга эгиш, оғизни бироз очиш ва сўлакни ютмаслик таклиф қилинган, унга эса пастки лабга қўйилган пробиркага эркин оқиш имкони берилган. Сўлак йиғишни бошлаш ва якунлаш вақти белгиланган (одатда 5-15 дақиқа). Энг катта гипосаливация Б гуруҳ чекувчиларнинг оғиз бўшлиғида аниқланган ва ушбу гуруҳ учун ўртача кўрсаткич $3,0 \pm 0,28$ мл ни

ташкил этган. А ва Б гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқ аниқланган ($p < 0,02$). Назорат гуруҳи беморларида эса кўрсаткичлар меъёрга яқинлашган ($p < 0,05$). Беморларни текшириш давомида олинган, иккала гуруҳ ўртасида сиалометрия маълумотлари 3.6-расмда келтирилган.

Таққикот давомида А гуруҳ беморларининг аралаш сўлагиди рН ўрганилганида ўртача қиймат $6,04 \pm 0,35$ га етган, А гуруҳ беморларда рН $6,48 \pm 0,33$, Б гуруҳ беморларда эса ўртача қиймат рН $6,04 \pm 0,36$ га тенг бўлган. А ва Б гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқ аниқланган ($p < 0,02$). Назорат гуруҳи беморларида эса ушбу кўрсаткач меъёрга $7,04 \pm 0,35$ га етган ($p < 0,05$). Беморларни ўрганиш давомида олинган, тўртала гуруҳ ўртасида аралаш сўлакда рН ни таққослаш маълумотлари 3.10 - расмда келтирилган.



3.7-расм. Чекувчилардаги аралаш сўлакда рН ни ўрганиш натижалари

3.9-жадвал

Чекувчиларда оғиз суюқлиги қовушқоқлигининг кўрсаткичлари

Кўрсаткич	А гуруҳ (n=64)	Б гуруҳ (n=96)	Назорат гуруҳи (n=30)
Қовуш-қоқлик (1,0-3,9 ас.бир.)	$4,25 \pm 0,12^*$	$4,3 \pm 0,02^{**}$	$3,9 \pm 0,02$

Изоҳ: Гуруҳлар ўртасида фарқлар ишончилиги ($p > 0,02$), назорат гуруҳи ўртасидаги фарқишончилиги ($p > 0,05$)

Таққикот давомида чекувчиларда А гуруҳ беморларининг оғиз суюқлиги ковушқоқлигининг ўрганилганида, А гуруҳ беморларда $4,25 \pm 0,12$ ни, Б гуруҳ беморларда эса ўртача қиймат $4,3 \pm 0,02$ га тенг бўлган. А ва Б гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқ аниқланган ($p < 0,02$). Назорат гуруҳи беморларида эса ушбу кўрсаткич меъёрга $3,9 \pm 0,02$ га етган ($p < 0,05$). Беморларни ўрганиш давомида олинган, А ва Б гуруҳ ўртасида оғиз суюқлиги ковушқоқлигининг маълумотлари 3.10- жадвалда келтирилган.

3.10 – жадвал

Чекувчиларда қоннинг биокимёвий таҳлили натижалари.

Биокимёвий қон текшируви	Ўлчов бирлиги	Меъёр	А гуруҳ (n=64)	Б гуруҳ (n=96)
Умумий билирубин	мкмоль /л	1,1 -18,8	12,11	4,65
Бевосита билирубин	мкмоль /л	4,3 гача	2,0	3,4
АЛТ	МЕ/л	32гача	14	10
АСТ	МЕ/л	31гача	24	16
Умумий оксил	г/л	66 - 87	84	73
Албумин	г /л	38-51	41,1	39,4
Глюкоза	ммоль /л	4,2 - 6,4	4,8	5,8
Мочевина	ммоль /л	1,7 - 8,3	9,9	10,9
Креатинин	мкмоль /л	44 - 97	58	84
Умумий холестирин	ммоль /л	5,7 гача	4,0	5,3
Ишқорий фосфотаза	МЕ/л	64-306	52	162
а –Амилаза	ммоль /л	0-200	49,56	125,6
Сийдик кислотаси	Мг/дл	3.6-8.2	5,2	8,2
Кальций	ммоль /л	2.0-2.6	1,06	1,2
Магний	ммоль /л	0.8-1.0	0,96	1,0

Изох: Гуруҳлар ўртасида фарқлар ишончлилиги ($p > 0,02$)

Натижалардан кўриниб турибдики, биокимёвий қон тестининг кўрсаткичлари асосий органлар ва тизимларнинг функционал ҳолатини акс эттирган (3.10-жадвал). Тадқиқот давомида чекувчиларнинг периферик қонини биокимёвий ўрганишнинг мочевинанинг ўртача кўрсаткичларини назорат гуруҳининг бир хил кўрсаткичлари билан солиштирганда, мочевинанинг сезиларли даражада кўпайганини кўрсатган ва бу бизга оғиз бўшлиғининг стоматологик ҳолатини патогенетик даво сифатида витаминларни буюришга ундаган. Чекувчиларда мочевина 9,9 -дан 10,9 ммоль /л гача, ($p < 0,05$) камайиши қайд этилган.

Чекувчиларда пародонт тўқималари ҳолатининг цитологик ўзгариш динамикаси

Тадқиқот давомида, бемор чекувчиларнинг пародонт тўқималари ҳолатининг ифодаланган клиник яхшиланишлари цитологик тадқиқотлар билан ҳам очиқ тасдиқланган. 3.7-жадвалда чекувчиларнинг тадқиқотдаги А гуруҳ ва Б гуруҳида цитологик кўрсаткичларнинг яхшиланиши аён тарзда кўрсатилган. Чекувчиларда пародонт юмшоқ тўқималарининг клиник яхшиланиши цитологик тадқиқотлар билан ҳам тасдиқланган. Беморларда А ва Б гуруҳида эпителиал ҳужайраларнинг миқдори ўтказилган яллиғланишдан сўнг ошган, кўрсаткичларнинг физиологик қийматига нисбатан ортган. Дағал ядросиз ҳужайралар пасайган. Цитопатология аломатлари бўлган ҳужайраларни ўрганишда ҳам етарлича аҳамиятли ва ишончли ортиши кузатилган. Шу тариқа, агар вакуолизирланган цитоплазмали ҳужайралар қиймати ишонарли кўтарилиш даражасига етган.

Микроорганизмлар билан контаминирланган ҳужайралар ҳам шундай пасайиш характериға эга бўлган. Навбатдаги ўрганилган кўрсаткичлар, базофил кўшимчалар ва фагирланган ҳужайралар ишончли даражада ошган, лекин физиологик қийматларға етмаган, бироқ бу кўрсаткичларға яқин келган

(3.11-жадвал). Чекувчиларда барча турдаги боғловчи тўқима хужайраларининг миқдори патологик қиймат кўрсаткичларига, ишончли ошган. Шундай қилиб, ПМЯХ кузатувнинг бу кўрсаткичлар дастлабки маълумотлардан ишончли паст ва физиологик меъёрга яқин келмаган. Шикастланмаган моноцитлар ижобий ўзгаришининг динамикаси мазкур кўрсаткичлар физиологик меъёрга яқинлашиши (айниқса Б гуруҳда) дастлабки маълумотлардан пастда, ижобий даражада сақланишини кўрсатган. Б гуруҳда ушбу кўрсаткич даволашдан сўнг физиологик кўрсаткичларга етган ва кузатувнинг якунигача шу даражада қолган. Шунини айтиб ўтиш керакки, Б гуруҳда ўрганилаётган барча цитологик кўрсаткичлар бўйича милк хужайра таркибининг қайта тикланиши ҳам кузатувнинг узок муддатларида ифодаланган.

3.11- жадвал

Чекувчиларнинг тадқиқот гуруҳларида пародонт юмшок тўқималари суртмаларининг цитологик кўрсаткичлари динамикаси

Цитологик тадқиқотлар, хужайра элементлари	Тадқиқот гуруҳлари	
	А гуруҳ (n=64)	Б гуруҳ (n=96)
I. Эпителиал хужайралар	71,43±2,43	71,88±2,30
1.Базал	-	-
2.Ядрога эга	38,17±1,53	34,21±1,65
3.Дағал ядросиз хужайралар	33,26±1,70	35,17±1,61

II. Цитопатология аломатлари билан	1,46±0,04	1,53±0,53
1. Вакуолизирланган цитоплазма	0,35±0,01	0,41±0,02
2. Деформацияланган ядро	0,49±0,03	0,48±0,01
3. Базофил қўшимчалар	0,09±0,01	0,07±0,003
4. Контаминирланган	0,38±0,02	0,39±0,01
5. Фагирловчи	0,15±0,004	0,18±0,01
III. Боғловчи тўқима хужайралар	43,56±1,69	43,84±1,61
1. ПМЯХ	37,4±1,63	37,91±1,60
2. Шикастланмаган моноцитлар	2,87±0,15	2,95±0,13
3. Очиқ ядроли моноцитлар	3,29±0,19	2,98±0,13

Изох:Гуруҳлар ўртасида фарқлар ишончлилиги ($p > 0,02$)

IV БОБ. ТАМАКИ ЧЕКУВЧИЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШДА ЎТКАЗИЛГАН ДАВО-ПРОФИЛАКТИКА НАТИЖАЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ

Асосий гуруҳда ясси лейкоплакияга эга беморларда анор данаги мойидан фойдаланишнинг клиник натижалари

Даволашдан олдин асосий гуруҳдаги ОБШҚ да ясси лейкоплакияга эга беморлар овқат қабул қилиш ва сўзлашув вақтида кучли оғриқ ҳис қилишган, оғиз бўшлиғида шиш ва гиперемия кузатилган. Ўлчовлар ўтказилганидан сўнг шикастланиш соҳаси диаметрининг дастлабки кўрсаткичлари аниқланган, у $1,51 \pm 0,07$ см ни ташкил этган, шикастланиш юзаси $15,40 \pm 0,41$ мм² ни ташкил қилган (3.6-жадвал).

Даволаш бошланганидан 3 кун ўтиб асосий гуруҳда ОБШҚ да ясси лейкоплакияга эга беморларда овқат қабул қилиш оғриқсиз кечган, сўзлашув вақтида сезилмас оғриққа шикоят қилишган. Шикастланиш соҳаси ўчоқларнинг диаметри $0,88 \pm 0,04$ см ни ташкил қилган (дастлабки қиймат $1,51 \pm 0,07$; $P < 0,001$), 1,70 марта пасайиш, шикастланиш юзаси $13,60 \pm 0,31$ м² га тенг бўлган (дастлабки қиймат $15,40 \pm 0,41$; $P < 0,001$) даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан пасайиш 1,13 марта кузатилган (4.1-жадвал).

4.1- жадвал

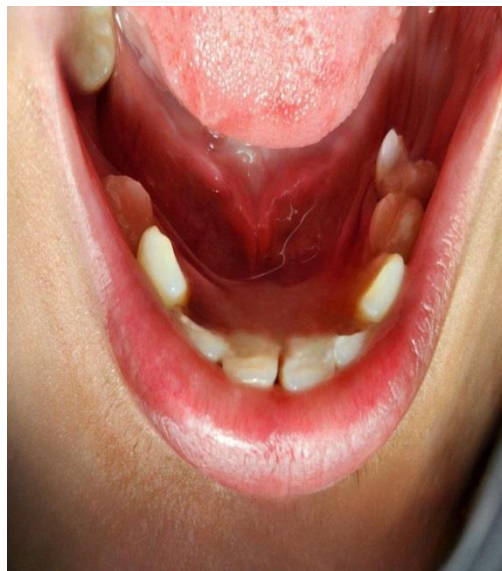
Кузатув муддатлари бўйича ясси лейкоплакиянинг соҳалари шикастланишларнинг диаметр ва юзасида ўзгаришлар динамикаси

Кузатув муддатлари	Караш юза диаметри (см)		Шикастланиш юзаси (мм ²)	
	Асос. гур. n=32	Тақ. гур., n=30	Асос. гур., n=32	Тақ. гур., n=30
Дастлаб	$1,51 \pm 0,07$	$1,60 \pm 0,02$	$15,40 \pm 0,41$	$15,60 \pm 0,56$
3-кун	$0,88 \pm 0,04^x$	$0,90 \pm 0,02^x$	$13,60 \pm 0,31^{*x}$	$14,80 \pm 0,26$
7-кун	$0,75 \pm 0,04^x$	$0,84 \pm 0,03^x$	$12,30 \pm 0,36^{**x}$	$13,70 \pm 0,33^{xx}$
10-кун	$0,47 \pm 0,02^{*x}$	$0,64 \pm 0,03^x$	$9,20 \pm 0,30^{***x}$	$10,20 \pm 0,37^x$
15-кун	$0,36 \pm 0,02^{*x}$	$0,54 \pm 0,03^x$	$6,40 \pm 0,27^{*x}$	$8,70 \pm 0,24^x$
30-кун	$0,21 \pm 0,01^{*x}$	$0,35 \pm 0,02^x$	$1,50 \pm 0,08^{*x}$	$2,90 \pm 0,14^x$

Эслатма: * - таққослаш гуруҳига нисбатан (* - $P < 0,001$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,05$), ^x – дастлабки қийматларга нисбатан фарқлар ишончлилиги кузатилган (^x - $P < 0,001$; ^{xx} - $P < 0,01$; ^{xxx} - $P < 0,05$).



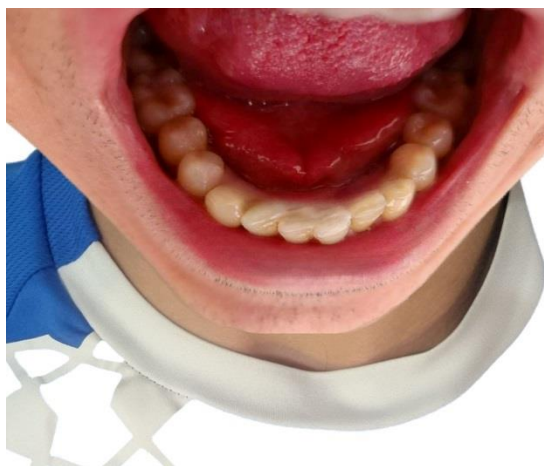
Д. 25 ёш. Санациядан олдин



Д. 25-ёш. Санациядан кейин



Н. 32 ёш. Санациядан олдин



Н. 32-ёш. Санациядан кейин



4.1- расм. Б. 34 ёш. Даволашдан олдин ясси лейкоплакия ҳолати



4.2- расм. Б. 34-ёш. Анор данаги мойи билан даволашдан кейин ясси лейкоплакия ҳолати

Ясси лейкоплакия даволашдан олдин, ясси лейкоплакия Анор данаги мойи билан даволашдан дан кейин.

Даволаш бошланганидан 7 кундан кейин ОБШҚ ясси лейкоплакияга эга беморларда субъектив ҳислар деярли ўзгармаган. Беморлар овқатланиш вақтида сезилмас даражада ачишишни, овқат қабул қилиш қийин эмаслиги, оғриқлар йўқлигини қайд этилган. Объектив кўрикда катта ўзгаришлар аниқланмади, шикастланиш жойида гиперемия ва шиллиқ қават шиши сақланиб қолган. Шикастланишларнинг ўртача диаметри даволашдан олдинги ўхшаш кўрсаткичлар билан таққослаганда $0,75 \pm 0,04$ см. ни ташкил қилган, бу қийматларнинг статистик ишончли фарқини тасдиқлаган ($1,51 \pm 0,07$, $p < 0,001$). Шикастланишлар майдони - $12,30 \pm 0,36$ мм² (дастлабки қиймат $15,40 \pm 0,41$; $P < 0,001$). Шундай қилиб, шикастланиш диаметри ва шикастланиш юзаси мос равишда 1,97 ва 1,24 марта камайиши кузатилган.

9 нафар (28,1%) беморда 30-кузатув кунида оғриқлар бўлмаган. Беморларнинг объектив кўриги вақтида мўътадил гиперемия ва шиш қайд этилган. Қолган 23 нафар (71,8%) беморларда субъектив ҳислар аниқланмаган. Шикастланган юзанинг диаметри $0,47 \pm 0,02$ см доирада қайд этилган, бу кўрсаткич дастлабки қиймат билан таққослаганда 3,19 марта ишончли паст (даволашдан олдин $1,51 \pm 0,07$, $p < 0,001$). Шикастланиш юзаси $9,20 \pm 0,30$ мм² ни ташкил қилган, у дастлабки қиймат билан таққослаганда 1,67 марта камайган (даволашдан олдин $15,40 \pm 0,41$, $p < 0,05$). Қолган беморларнинг оғиз бўшлиғида эрозиялар эпителизацияси кузатилган, уларнинг атрофида Уикхем тўрини ҳосил қилувчи, одатий папулез шикастланиш элементлари қайд этилган.

Даволаш бошланганидан 90 кун ўтиб, беморларда овқатланиш пайтидаги шикоятлар йўқолган. Объектив кўрикда деярли барча беморларда эрозияларнинг тўлиқ эпителизацияси белгиланган. Шикастланиш диаметри ўртача $0,36 \pm 0,02$ см, камайиши 4,17 мартани ($P < 0,001$) ташкил қилган,

шикастланиш юзаси - $6,40 \pm 0,27$ мм², бу даволашдан олдинги қийматга қараганда 2,44 марта кам ($P < 0,001$).

Даволаш бошланганидан 6 ой ўтиб асосий гуруҳнинг барча беморлари овқат қабул қилишда ачишиш, оғриқ ва ноқулайликка, тишни тозалаш вақтида ОБШҚ да оғриққа шикоят қилишмаган. Об'ектив кўрувда оғиз бўшлиғида эрозия ўчоқларининг эпителизациялашаётган жойларида папулез элементлар билан шиллиқ қаватнинг оқ-пушти рангда эканлиги қайд этилган. Соҳа чегаралари норавон, пальпацияда оғриқсиз. Ўчоқнинг диаметри $0,21 \pm 0,01$ см ни, шикастланиш соҳаларининг юзаси $1,50 \pm 0,08$ мм² ни ташкил қилган, пасайиш даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,14 ва 10,26 марта ($p < 0,05$) (3.7-жадвал).

**Тамаки чекувчиларда ОБШҚ да ясси лейкоплакияга эга асосий
гуруҳ беморларида Анор данаги мойининг клиник самарадорлик
динамикаси ва таққослаш гуруҳидаги беморларни анъанавий даволаш
натижалари**

Даволашдан олдин асосий гуруҳда ОБШҚ да мавжуд ясси лейкоплакияга эга беморларда овқат қабул қилиш ва сўзлашув вақтида кучли оғриқ кузатилган, шиллиқ қаватда шиш ва гиперемия қайд этилган. Ўлчовлар ўтказилганидан сўнг лейкоплакиянинг ўчоғи диаметрининг дастлабки кўрсаткичлари аниқланган, у $1,51 \pm 0,07$ см ни ташкил қилган, жароҳатланиш юзаси эса $15,40 \pm 0,41$ мм² га тенг бўлган.

Таққослаш гуруҳидаги барча беморларда даволашдан олдин оғиз бўшлиғида доимий оғриқларга, овқат қабул қилиш имконсизлигига шикоятлар бўлган. Кўрик вақтида лунж ёки тилнинг шиллиқ қаватида гиперемия ва шиш кузатилган. Ясси лейкоплакия юза диаметри ҳамда жароҳатланиш юзасининг кўрсаткичлари мос равишда $1,60 \pm 0,02$ см и $15,60 \pm 0,56$ мм² га тенг бўлган.

Асосий гуруҳда анор данаги мойи билан даволаниш бошланганидан 3 кун ўтиб, клиник кўрсаткичларнинг ижобий динамикаси олинган, асосий гуруҳда ОБШҚ да ясси лейкоплакияга эга беморлар оғриқсиз овқат қабул қилишни бошлаган, фақат сўзлашув вақтида бироз оғриқ, шиш ва гиперемияга шикоятлар сақланиб қолган. Эрозив-ярали ўчоқларининг диаметри $0,88 \pm 0,04$ см ($P < 0,02$) ни ташкил қилган, даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан камайиш 1,70 марта, шикастланиш юзаси $13,60 \pm 0,31$ м² ($P < 0,02$) ни ташкил қилган, пасайиш 1,13 марта.

Оғиз бўшлиғининг гигиена ҳолати ГИ (ОНИ-S) ва РМА индекс кўрсаткичи бу муддатда, айниқса таққослаш гуруҳи билан таққослаганда асосий гуруҳда сезиларли даражада яхшиланган, мазкур кўрсаткичларнинг қиймати мос равишда $21,65\% \pm 2,46$ ($P < 0,02$) - $7,08\% \pm 2,89$ ($P < 0,02$) ва $50\% \pm 22,66$ ($P < 0,02$) - $15,16\% \pm 32,42$ ($P < 0,02$) ни ташкил қилган, бу асосий гуруҳда ОНИ-S ва РМА индексларнинг 1,0 ва 1,8, таққослаш гуруҳида - 1,15 ва 1,17 га камайишини кўрсатган.

4.2-жадвал

Чекувчилардаги асосий касаллик фонини даволашда гуруҳларнинг тақсимоти

ОБШҚ касалликлар и	А гуруҳ (n=64)		Б гуруҳ (n=96)	
	Солкосерил адгезив пастаси	Анор данаги мойи	Солкосерил адгезив пастаси	Анор данаги мойи
Ясси лейкоплакия (n=113)	22	23	23	45

Чекувчилардаги асосий касаллик фонини даволашда гуруҳларнинг тақсимоти асосий ва таққослаш гуруҳига бўлинган. Бунда асосий гуруҳда

анъанавий даво тактикасига қўшимча анор данаги мойини комплекс қўллаш ва таққослаш гуруҳимизда анъанавий даво тактикасини қўлланилган.

Анор данаги мойи билан даволаш бошланганидан 7 кун ўтиб асосий гуруҳ беморларида субектив ҳислар деярли ўзгарган. Беморлар сўзлашув вақтида мўтадил ачишни қайд этишган, бу вақтда овқат қабул қилишда қийинчилик ҳис қилишмаган, оғриқ кузатилмаган. Объектив кўрик вақтида катта ўзгаришлар белгиланган, ОБШҚ да шикастланиш ўчоқларида заиф гиперемия ва сезилмас шиш сақланиб қолган. Оқ караш шикастланишларнинг диаметри даволашдан олдин ўхшаш кўрсаткичлар билан таққослаганда ўртача $7,5 \pm 4 \text{ мм}^2$ ни ташкил қилган, бу қийматларнинг статистик ишончли фарқини яна бир бор исботлаган ($p < 0,02$). Шикастланиш юзаси $12,30 \pm 0,36 \text{ мм}^2$ га тенг бўлган. Шундай қилиб, эпителизация мавжудлиги туфайли ярали шикастланиш диаметри ва шикастланиш юзасининг мос равишда $1,97 \text{ мм}^2$ ва $1,24 \text{ мм}^2$ марта камайиши кузатилган.

Гигиена индекси даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда бирмунча камайган ва $28,67\%$ ($2,24 \pm 0,11$)- $25,08\%$ ($2,33 \pm 0,11$) ($p < 0,02$) га мос бўлган, бу даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда $1,09 \text{ мм}^2$ ва $1,2 \text{ мм}^2$ марта камайишни кўрсатган. Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичи даволашнинг 7-куни мос равишда $46,25\%$ ($22,21 \pm 1,24$) ва $35,83\%$ ($24,52 \pm 0,33$) ($p < 0,02$) га тенг бўлган, бу яллиғланиш жараёнининг даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда $1,86 \text{ мм}^2$ ва $1,55 \text{ мм}^2$ марта камайишини кўрсатган.

Анор данаги мойи билан даволашдан кейин 10-кун асосий гуруҳнинг 9 нафар ($28,7\%$) беморида овқат қабул қилиш вақтида бироз ноқулайлик ҳиссига шикоят қайд этилган. Бу беморлар объектив кўриқдан ўтказилганида шиш ва гиперемия кузатилмаган. Қолган 23 нафар ($71,8\%$) беморда субектив ҳислар белгиланмаган. Шикастланган эрозив-ярали соҳанинг диаметри $0,47 \pm 0,02 \text{ см}$ бўлган, бу кўрсаткич дастлабки қиймат билан таққослаганда

ишончли 3,19 марта паст ($p<0,02$). Шикастланиш юзаси $9,20 \pm 0,30 \text{ мм}^2$ ни ташкил қилган, у дастлабки қиймат билан таққослаганда 1,67 марта ($p<0,02$) камайган. Қолган беморларнинг оғиз бўшлиғида шикастланиш эпителизацияси кузатилган, уларнинг атрофида Уикхем тўрини ҳосил қилувчи одатий папулез шикастланиш элементлари аниқланган.

Таққослаш гуруҳида анъанавий даволаш бошланганида 15 кун ўтиб беморлар, айниқса овқат қабул қилишда кичик тортилишга шикоят қилишган, оғриқлар ва ачишиш кузатилмаган. Кўрикдан олинган объектив маълумотлар мўътадил шиш ва гиперемияни кўрсатган. Даволаш бошланганидан 30 кун ўтиб эрозив-ярали ўчоғининг диаметри ўртача $0,64 \pm 0,03 \text{ см}$ бўлган, ОБШҚ да шикастланган соҳанинг юзаси кўрик вақтида $10,20 \pm 0,37 \text{ мм}^2$ ни ташкил қилган, бу дастлабки маълумотлар билан таққослаганда мос равишда 2,46 ва 1,52 марта камайишни кўрсатган.

15 кундан кейин гигиена индекси (ОHI-S) ва яллиғланиш индекси РМА асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида мос равишда 61,2% ($1,03 \pm 0,05$) ва 44,38% ($1,73 \pm 0,03$) га тенг бўлган, бу даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 2,5 ва 1,8 марта камайишни кўрсатган ($p<0,001$). Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичлари бу даволаш муддатида мос равишда 64,45% ($14,69 \pm 0,69$) ва 54,65% ($17,33 \pm 0,66$) бўлган, бу яллиғланиш жараёнининг даволашгача бўлган кўрсаткичга нисбатан мос равишда 2,81 ва 2,2 марта камайишини кўрсатган ($p<0,02$).

Анор данаги мойи бошланганидан 10 кун ўтиб асосий гуруҳ беморлари овқат қабул қилишда шикоятга эга бўлишмаган. Объектив кўрик вақтида деярли барча беморларда шикастланиш ўчоғининг тўлиқ эпителизацияси кузатилган. Шикастланиш ўчоғининг диаметри ўртача $0,36 \pm 0,02 \text{ см}$ га тенг бўлган, 4,17 марта камайиш; бу вақтда шикастланиш юзаси $6,40 \pm 0,27 \text{ мм}^2$ ни ташкил қилган, бу даволашдан олдингига нисбатан 2,44 марта кам ($p<0,02$).

Таққослаш гуруҳида анъанавий даволаш бошланганидан 15 кун ўтиб беморлар, айниқса аччиқ таом қабул қилишда мўтадил оғриқ ва тортилиш хиссига, оғиз бўшлиғида ноқулайликка шикоят қилишган. Кўрик вақтида мўтадил шиш ва кичик гиперемия аниқланган, шикастланишлар фибриноз караш билан қопланган. Шикастланиш ўчоқнинг диаметри $0,54 \pm 0,03$ см ни ташкил қилган. Патологик соҳанинг юзаси - $8,70 \pm 0,24 \text{ мм}^2$. Ушбу кўрсаткичларнинг даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,57 ва 1,79 марта ишончли пасайиши кузатилган ($p < 0,02$).

Анор данаги мойидан сўнг гигиена индекси 10-кун асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда сезиларли даражада пасайган ва мос равишда 79,91% ($0,63 \pm 0,02$) ва 70,42% ($0,92 \pm 0,05$) га тенг бўлган, бу даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,9 ва 3,4 марта камайишни кўрсатган ($p < 0,02$). Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичи шу даволаш муддатида мос равишда 75,15% ($10,27 \pm 0,52$) ва 69,59% ($11,62 \pm 0,53$) га тенг бўлган, бу яллиғланиш жараёнининг даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,02 ва 3,2 марта камайишини кўрсатган ($p < 0,02$).

Анор данаги мойи билан даволаш бошланганидан 12 кун ўтиб асосий гуруҳдаги ҳеч бир бемор шикоят билдирмаган. Объектив оғиз бўшлиғида оқ-пушти рангли шиллиқ қават аниқланган. Соҳа чегаралари норавон, палпацияда оғриқсиз. Ўчоқнинг диаметри $0,21 \pm 0,01$ см, шикастланиш соҳаларининг юзаси $1,50 \pm 0,08 \text{ мм}^2$, камайиш даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,14 ва 10,26 марта ($p < 0,02$).

Таққослаш гуруҳида анъанавий даволаш бошланганидан 18 кун ўтиб, барча беморлар ОБШҚ да, айниқса тишларни тозалаш вақтида кучсиз оғриққа шикоят қилишган. Оғиз бўшлиғи объектив кўриқдан ўтказилганида фибриноз караш билан қопланган, яллиғланган ўчоқларига эга шиллиқ қават аниқланган. Шикастланишлар норавон юза ва ўлчамларга эга, палпацияда

оғриқсиз. Шикастланиш ўчоғининг диаметри $0,35 \pm 0,02$ см ни ташкил қилган, шикастланиш ўчоқларининг юзаси $0,35 \pm 0,02$ см² ни ташкил қилган, даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда пасайиш мос равишда 4,57 ва 5,37 марта ($p < 0,02$).

Асосий гуруҳда ўтказилган анор данаги мойи терапиясидан кейин ва анъанавий даволаш ўтказилган таққослаш гуруҳида 18-кун гигиена индекси даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан ишончли камайган ва $87,27\%$ ($0,40 \pm 0,02$) ва $80,39$ ($0,61 \pm 0,03$) га мос бўлган, бу ГИ нинг даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 7,8 ва 5,1 марта камайишини кўрсатган ($p < 0,02$). Шу муддатларда асосий гуруҳда ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичлари мос равишда $82,7\%$ ($7,15 \pm 0,35$) ва $76,01\%$ ($9,17 \pm 0,39$) га тенг бўлган, бу яллиғланиш жараёнининг даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан мос равишда 5,77 ва 4,16 марта регрессияни кўрсатган ($p < 0,02$).

Шундай қилиб, даволашдан кейин 6-ойда асосий гуруҳнинг ОБШҚ ясси лейкоплакияга эга беморларида анор данаги мойи билан комплекс даволаш динамикаси ГИ (ОНИ-S) ва яллиғланиш индекси РМА нинг мос равишда $87,27\%$ ва $82,7\%$ яхшиланишини кўрсатган, шикастланишнинг диаметри ва ОБШҚ шикастланиш юзасининг камайиши мос равишда 86% ва $90,3\%$ ни ташкил қилган, оғиз суюқлигида микробиоценознинг меъёрлашуви ва sIgA концентрациясининг ортиши $42,3\%$ ($P < 0,02$), лизоцим фаоллиги – $64,50\%$ ва фагоцитар фаоллик $52,58\%$ ($P < 0,02$) га тенг бўлган (4.1-жадвал).

Аввалдан антисептик билан қайта ишламасдан анор данаги мойи қўлланилган асосий гуруҳдаги 68 нафар чекувчиларда ижобий натижалар миқдори кескин ошиб, 42 нафар беморга ($62,50 \pm 8,56\%$) етган, қониқарли натижа 26 нафар ($37,50 \pm 8,56\%$) беморда қайд этилган (4.1-расм).

Таққослаш гуруҳидаги 45 нафар беморларни даволаш самарадорлиги шунингдек ремиссия муддати бўйича баҳоланган. Таққослаш гуруҳида даволашдан олдин ремиссия муддатининг давомийлиги $2,50 \pm 0,13$ ойни

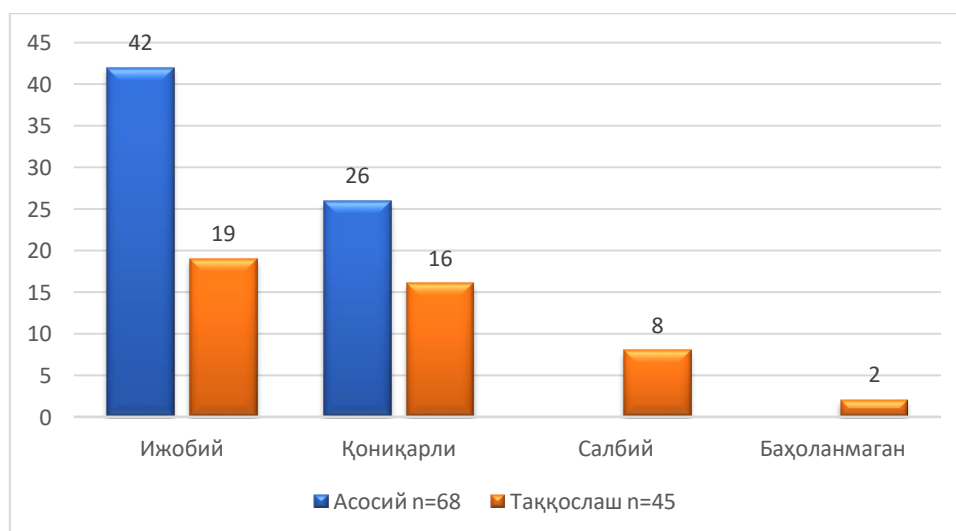
ташқил қилган, даволашдан кейин бу кўрсаткич 1,34 марта ($p < 0,02$) ошган, яъни $3,37 \pm 0,19$ ойга етган ($P < 0,02$), 86,6% ҳолат (16 киши). Таққослаш гуруҳидаги 8 нафар беморда (3,33%) – шикастланиш жараёни узок давом этиш тенденциясига эга бўлган ва 2 нафар беморда ушбу даволаш принципи орқали баҳоланмаган (4.2-жадвал).

4.2- жадвал

Асосий гуруҳда ОБШҚда учрайдиган ясси лейкоплакияга эга беморларда анор данаги мойининг самарадорлигини баҳолаш

Ўрганилаётган гуруҳлар	Анор данаги мойининг самарадорлигини баҳолаш							
	Ижобий		Қониқарли		Салбий		Баҳоланмаган	
	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m,%
Таққослаш, n=45	19	50,00±9,13	16	46,67±9,11	8	3,33±3,28	2	0,00±0,00
P	$\chi^2 = 1,636; p = 0,441$							
Асосий, n=68	42	62,50±8,56	26	37,50±8,56	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
P	$\chi^2 = 3,704; p = 0,157$							
P ₁	$\chi^2 = 1,805; p = 0,405$							

Эслатма: P – назорат гуруҳига нисбатан, P₁ – таққослаш гуруҳига нисбатан кўрсаткич фарқининг ишончилиги.



4.1-расм. Асосий гуруҳда ОБШҚда учрайдиган ясси лейкоплакияга эга беморларда анор данаги мойининг самарадорлигини баҳолаш

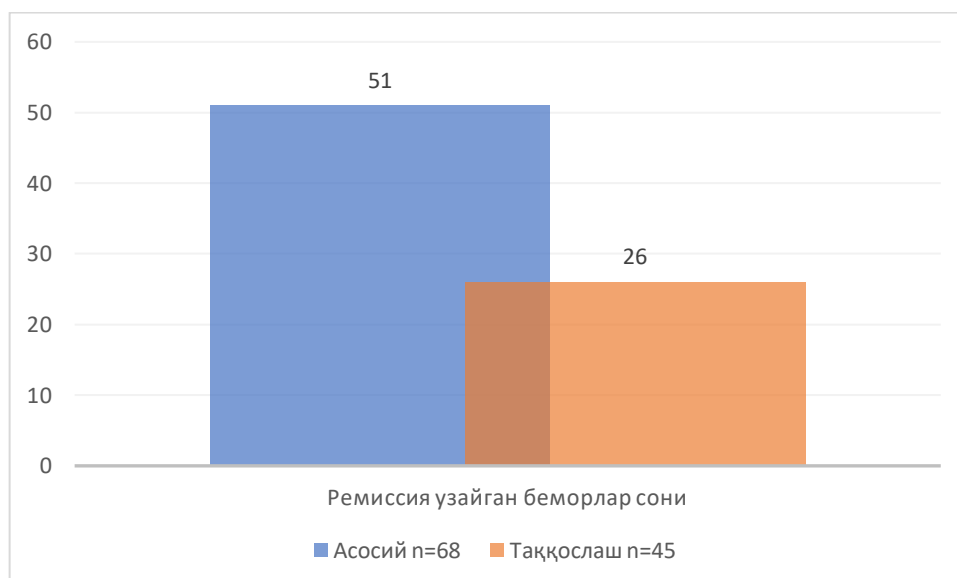
Асосий гуруҳда анор данаги мойи билан даволашдан кейин беморларни даволашда эришилган самарадорликни биз ремиссия муддатлари бўйича баҳоланган. Шундай қилиб, асосий гуруҳда даволашдан олдин ремиссия давомийлиги $2,53 \pm 0,14$ ой эди, анор данаги мойи билан даволашдан кейин бу кўрсаткич 2,27 марта ($p < 0,02$) ўсган ва $5,75 \pm 0,06$ ой қийматга етган, 96,88% ҳолат (51 нафар бемор) (4.3-жадвал).

4.3- жадвал

Ремиссияни узайтиришда анор данаги мойи билан даволашнинг самарадорлиги

Ўрганилаётган гуруҳлар	Ремиссиянинг дастлабки давомийлиги	Эришилган ремиссия давомийлиги	Ремиссия узайган беморлар сони		Р
	M±m	M±m	Abs	M±m, %	
Таққослаш, n=45	$2,50 \pm 0,13$	$3,37 \pm 0,19^*$	26	$86,67 \pm 6,21$	$\chi^2 = 2,176;$ $p = 0,140$
Асосий, n=68	$2,53 \pm 0,14$	$5,75 \pm 0,06^{**}$	51	$96,88 \pm 3,08$	

Эслатма: * - дастлабки маълумотларга нисбатан (* - $P < 0,001$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,05$), ^x – таққослаш гуруҳига нисбатан (^x - $P < 0,001$; ^{xx} - $P < 0,01$; ^{xxx} - $P < 0,05$) кўрсаткичларда фарқлар ишончлилиги белгиланган.



4.2-расм. Ремиссияни узайтиришда анор данаги мойи билан даволашнинг самарадорлиги

Тадқиқотнинг тиббий самарадорлиги - бу тиббий натижага эришиш даражаси. Чекувчи беморлар орасида битта аниқ беморга қаратиладиган бўлса, бу унинг соғлигини тиклаш ёки яхшилаш, аъзо ва тўқималаринг йўқотилган даражасини қайта тиклаш. Соғлиқни сақлаш муассасалари ва умуман sanoat даражасида тиббий самарадорлик кўплаб ўзига хос кўрсаткичлар билан ўлчанади: аҳоли сони, даволанган беморларнинг улуши, касалликнинг сурункали шаклга ўтиш ҳолатларининг камайиши ва касалланиш даражасининг пасайиши.

Тиббий самарадорлик коэффициенти қуйидаги формула билан аниқланган:

$$TCK = \frac{KHT\acute{E}}{BXTC} * 100\% , \text{ бунда}$$

KHTЭ – Кутилган натижага тўлиқ эришиш,

BXTC – Баҳоланган ҳолатларнинг тўлиқ сони,

100 – Ҳисоблаш коэффициенти.

$$TCK=105/113*100\%=92,9\%$$

Тиббий самарадорлик коэффициентини ҳисоблаш учун чекувчи инсонларда ясси лейкоплакия билан оғриган беморларнинг клиник-лаборатор текширувдан ўтган 113 та ҳолат аниқланган, улардан 105 таси кутилган даволаш натижасига тўлиқ эришилгани аниқланган. Бундай ҳолда TCK 92,9% бўлган.

Тадқиқотнинг ижтимоий аҳамияти

Олинган натижалар чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморларда эрта ташхислаш ва даволашга имкон берган. Юқоридаги даволаш усуллари

ушбу контингентдаги беморларда клиник-лаборатор ёрдамни ташкил қилиш ҳамда касалликларнинг асоратларини олдини олиш учун хизмат қилган.

Тадқиқотнинг иқтисодий самарадорлиги

Тадқиқот давомида чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморларда кузатув гуруҳ беморларида 2 усул билан даволаш 4.5-жадвалда батафсил кўрсатилган.

Тадқиқот давомида ясси лейкоплакиянинг давоси мураккаблиги ва 10 кунлик даволанишга асосланган танланган даво усуллариининг иқтисодий харажатлари ҳисоблаб чиқилган.

Биз тадқиқот давомида ишлаб чиққан даво усулари натижасида 15 ва 20 кунлик даволашга асосланган мезон асосида ишланган.

4.5-жадвал

Кузатув гуруҳ беморларида даволаш усуллари ва сарф-харажатлари

Кузатув гугуҳлари	Даволаш усули	Давола ш вақти	Муолажала р сони	1 та муолаж а суммас и	Давола ш суммас и
Асосий гуруҳ, n=68	Анъанавий+Анор данаги мойи	15	15	50 000	750 000
Таққосла ш гуруҳ, n=45	Анъанавий+солкосер ил адгезив пастаси	20	20	50 000	1 000 000

Шунга асосан беморларни вақтларини ҳам тежалган ва иқтисодий самарадорликка юқори натижа кўрсатилган.

Тамаки чекувчиларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг тавсия этилаётган ушбу даволаш принципларининг иқтисодий самарадорлиги ясси лейкоплакиянинг учраш даражаси, клиник-стоматологик ва лаборатор хизмат кўрсатишни амалга ошириш механизмининг ишлаб чиқилганлиги асосида ҳисоблаб чиқилган.

t- вақт

t1- Анъанавий+солкосерил адгезив пастаси даволаш вақти 20 кун

t2- Анъанавий+Анор данаги мойи билан даволаш вақти 15 кун

P- сумма

P1- Анъанавий+солкосерил адгезив пастаси даволаш суммаси 20 кун учун 20 та муолажа 1 000 000 сўм

P2- Анъанавий+Анор данаги мойи билан даволаш суммаси 15 кун учун 15 та муолажа 750 000 сўм

S- самарадорлик

S (вақт) = (Анъанавий даволаш+солкосерил адгезив пастаси ва Анъанавий+Анор данаги мойи билан даволаш) 20 кун – 15 кун = 5 кун тежалган,

S (сумма) = (Анъанавий даволаш+солкосерил адгезив пастаси ва Анъанавий+Анор данаги мойи билан даволаш) (1 000 000+ 750 000) = 250 000 сўм тежалган.

Тежалган вақт 5 кун

Тежалган маблағ 250 000 сўм

ХОТИМА

Тамаки чекиш ҳамюртларимиз орасида ҳақиқий эпидемия характерига етган. Тамаки чекиш ЖССТ олдида турган муаммолар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб борган. Ижтимоий тадқиқотларнинг маълумотларига кўра ҳозирги кунда Россияда 56,87% эркаклар ва деярли 35% аёллар, 30 ёшдан 35 ёшгача эса - 75% эркаклар ва 15% аёллар чекади. Шунингдек, эркаклар аёлларга қараганда беш йил олдин чекишни бошлаши қайд этилган. Сўнги йилларнинг статистикаси чекувчилар сонининг, шу жумладан аёллар, ёшлар айниқса ўсмирларнинг ортиб бораётганлигидан дарак берган. ЖССТ тадқиқотларига кўра, агар ўсмир ҳеч бўлмаганда иккита сигарет чеккан бўлса, унда 100 нафардан 70 нафар ҳолатда у бутун умр чекади.

Турли мамлакатларда ўтказилган тадқиқотлар, сигарет чекувчи эркаклар ўртасида, чекмайдиганлар билан таққослаганда ўлим ҳолати 70% га юқори эканлигини кўрсатган. Тамаки чекиш бутун дунё эркакларда умумий ўлим ҳолатларининг 36,4% да ва аёлларда умумий ўлим ҳолатларининг 7,5% да асосий сабаб ҳисобланган. Ҳар 14 сонияда ер шарида бир киши чекиш туфайли юзага келган касалликдан ҳалок бўлган. Ҳар йили дунёда чекиш билан боғлиқ касалликлардан 3 млн нафар инсон ҳаётдан кўз юмган. ЮИК, ўпка касалликлари ва саратон туфайли ҳаётдан кўз юмган чекувчи беморлар сони ўсиб борган. Кашандалар орасида касалликларнинг юқори даражаси туфайли етказиладиган иқтисодий зарар тамаки маҳсулотларини сотишдан олинадиган даромаддан анча юқори эканлиги белгиланган. 10 йил тажрибага эга чекувчи инсон чекмайдиган инсонга қараганда 3,5 марта кўп касалланади ва улар касаллик туфайли 5 марта кўпроқ ишга келмайди. Шундан келиб чиқиб, чекиш жиддий

ижтимоий-иқтисодий муаммо ҳисобланади.

Инсон организмида чекиш туфайли содир бўладиган патологик ўзгаришларнинг механизми тамакининг кимёвий тузилиши ҳамда тамаки тутунининг таркиби билан тушунтирилган. 40 дан зиёд тамаки турлари мавжуд. Тамаки баргининг таркибига 70 дан зиёд моддалар ва 1200 дан ортиқ кимёвий компонентлар кирган: алкалоидлар (никотин), ноалкалоид гуруҳ азот таркибли моддалар (аммиак, глуталин, учувчи асослар), аминлар, аминокислоталар, углеводлар, органик кислоталар, полифеноллар, эфир мойлари, қорамой ва ҳ. к. Аммо унинг таркибидаги асосий модда никотин ҳисобланган, унинг миқдори тамакининг кучи ҳамда унинг организмга таъсирини белгилаган. Тамакида никотин миқдорининг меъёри 1,2 - 2,3% атрофида ўзгарган. Никотин ачитувчи таъмли мойсимон суюқликни ўзида намоён этиб, ишқор реакцияга киришган, қайнаш ҳарорати 140 - 145° С0, сув, эфир, алкоғолда яхши эрийди. Аксарият тамакиларнинг таркибига никотинга яқин бўлган норникотин ҳам кирган. Ноалкалоид гуруҳ азот таркибли моддалар тамаки таркибида - 3 - 4%, эфир мойлари - 1,7% гача, минерал моддалар - 22% гача, оксиллар - 13% гача, органик кислоталар (олма, отқулоқ, лимон) - 5% атрофида, тамаки қорамойи - 15%, аммиак - 0,11 - 0,17%) ва метил спирти - 1%. Тамакида сезилмас миқдорда форфурол, альдегидлар, феноллар, полифеноллар ва бошқа моддалар аниқланган. Тамаки қорамойи таркибига бир қатор канцероген моддалар кирган. Улар орасида энг хавфлилари бензапирен ва ихтисослашган тамаки нитрозаминлари каби полициклик углеводлар ҳисобланган. Шу билан бирга тамакининг мураккаб кимёвий таркиби ҳанузгача тўлиқ ўрганилмаган ва унинг нави, ўсиш ва қуриштиш шароити ва жойига боғлиқ бўлган.

Тадқиқотимизнинг мақсади тамаки чекувчиларда оғиз бўшлиғи шиллик

қавати ҳолатини ва уларда учрайдиган ясси лейкоплакиянинг клиникасини ҳар томонлама клиник-лаборатор ўрганиш ва уларда даво-профилактик чораларини такомиллаштиришдан иборат бўлган.

Республика ихтисослаштирилган наркология илмий амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали (РИ наркология ИАТМ Бухоро филиали) “Ихтиёрий даволанувчилар” бўлимида даволанишда бўлган ва Бухоро шаҳар ва туман поликлиникаларида яшаш манзили бўйича “Д” ҳисобда бўлган, 18-70 ёшдаги 329 нафар чекувчи бемор эркаклар текширилган. Тадқиқот давомида чекувчи бемор эркакларни чекиш давомийлигига қараб 2 та катта гуруҳга А гуруҳ (камида 5 йилдан ҳозирга қадар 10 йил чекиш тажрибасига эга бўлганлар) ва Б гуруҳ (10 йилдан ортиқ чекиш тажрибасига эга бўлганлар) га бўлиб ўрганилган, бу тадқиқотимизнинг кузатув гуруҳини ташкил қилган. Мана шу 2 та гуруҳни ташкил қилган чекувчиларни оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ҳолати ўрганилган.

Чекувчи бемор эркакларни ўрганиш давомида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари, айниқса бошқа аҳоли қатламига нисбатан кенг тарқалганлиги қайд этилган. Барча ёш гуруҳларида учраган. Тадқиқот давомида 329 нафар бемор анамнези тўпланиб ўрганилган. Шундан лейкоплакия ташхиси кўплиги учун биз лейкоплакия билан оғриган беморларни тадқиқотга олинган. Улар 160 нафарни ташкил қилган.

Ташхис клиник, умумий лаборатор ва ускунавий тадқиқот усуллари асосида қўйилган. Барча клиник-лаборатор тадқиқотлар назорат остида динамика, стационарга қабул қилинганда, чиқаришдан олдин (3 ва 6 ойдан кейин) стационардан чиққандан сўнг амалга оширилган.

18 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморларга яъни барча ёшда учрайдиган оғиз бўшлиғи инфекциялари хавфи юқори деб ҳисобланган, шу мақсадда тадқиқотимизни турли ёшдаги чекувчи бемор эркакларда олиб борилган.

Чекувчи бемор эркакларнинг ёш даражалари ЖССТ таснифига кўра тузилган. 18-39 ёшли бўлган чекувчи бемор эркаклар 45 нафар (28,1%), 40-59 ёшли бўлган бемор эркаклар 76 нафар (47,5%) ва 60-70 ёшли бўлган бемор эркаклар 39 нафар (24,4%) диапазонида бўлган.

Чекувчиларда ОБШҚда ясси лейкоплакия мавжуд беморлар маҳаллий ва умумий даволанган.

Ясси лейкоплакияга эга асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳидаги барча беморлар кортикостероидлар, витаминлар, яллиғланишга қарши препаратлар, ретинол ацетатдан (антиоксидант), иммуномодуляторлар (иммудон) ташкил топган умумий қабул қилинган умумий этиопатогенетик даволанишган:

- қуйидаги схемада Преднизолон: икки кунда бир нонуштадан кейин 20 мг дозада (1-ҳафта), (2-ҳафта) 15 мг дозада, (3-ҳафта) 10 мг дозада, (4-ҳафта) 5 мг дозада ичишга таблетка кўринишида;
- кунига 2 маҳал 0,05 г таблеткадан Никотин кислота;
- Амоксиклав (антибактерал терапия) – кунига 2 маҳал 1 дражедан;
- Витамон А мойли кунига 3 маҳал 10 томчидан.

Маҳаллий даволашда:

1. 7-10 кун давомида эрозия ва яраларни оғриксизлантириш учун аппликациялар кўринишида лидокаин;
2. 7-10 кун давомида иккиламчи инфекцияланишнинг олдини олиш учун кунига 4-5 маҳал чайиш кўринишида дистиллирланган сув билан 1:1 нисбатда 0,05% хлоргексидин биглюконат аралашмаси;
3. 7-10 кун давомида аппликация кўринишида анор данаги мойидан фойдаланилган.

Тадқиқот давомида асосий гуруҳ беморларини А ва Б гуруҳдан бир хил нисбатда ажратилган. Шунга асосан 68 нафар беморни асосий гуруҳга

олинган. Асосий гуруҳ беморларини даволашда биз умумий ва маҳаллий даволаш принципига асосан олиб борилган. Умумий даволаш усули 2.5-жадвалда ёритилган.

Маҳаллий даволашда тадқиқот давомида анор данагининг мойидан фойдаланилган.

Маҳаллий даволашда асосий гуруҳда қуйидагилардан фойдаланилган:

1. 7-10 кун давомида эрозия ва яраларни оғриксизлантириш учун аппликациялар кўринишида лидокаин;
2. 7-10 кун давомида, кунига 1-2 маҳал, 5 дақиқа давомида 3 – 5 мг/л аппликациялар кўринишида анор данаги мойи.

Кўп сонли дори-дармон воситаларига эҳтимоли бўлган токсик-аллергия реакциялар ривожланишининг олдини олиш мақсадида асосий гуруҳда маҳаллий даволашда дори-дармонсиз усул – анор данаги мойи кўринишида терапиясини қўллашга қарор қилинган. Аммо, шу билан бирга, бактериялар, замбуруғлар ва вирусларга озоннинг бузувчи таъсир қилувчи антимикроб хоссалари туфайли хлоргексидин антисептигидан фойдаланмаган.

Тадқиқот давомида ясси лейкоплакия эга барча беморларда даволаш ва ремиссия давомийлиги ҳисобга олинган. Биз ўтказган даволашнинг самарадорлигини баҳолаш қуйидаги кўрсаткичлар бўйича ўтказилган:

Ижобий (жуда яхшиланиш) – эрозив-яралар шаклдан оддий, яъни типик шаклга ўтиш билан тавсифланган;

Қониқарли (яхшиланиш) – яллиғланиш жараёнининг камайиши ва шикастланиш юзасининг $\frac{1}{2}$ дан $\frac{3}{4}$ гача қисқариши;

Салбий (ўзгаришларсиз) – яллиғланиш ҳодисаларининг сақланиши, шикастланиш юзасининг камайиши йўқ.

Тадқиқот давомида чекувчиларда 9% ҳолатда ясси лейкоплакиянинг

пасайиши ҳолати қайд этилган. Беморларда 42,3% ҳолатда анъанавий терапияга резистентлик кузатилган, у йилига 2 дан 5 мартагача тез-тез кучайиши ва нотурғун характерга эга ремиссия билан намоён бўлган.

Шундай қилиб, ретроспектив таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, тамаки маҳсулоти қабул қилувчилар яъни чекувчиларда оғиз бўшлиғининг шиллик қаватидаги бошқа касалликлар орасида ОБШҚ ясси лейкоплакиянинг частотаси 44,3% (442 нафар бемордан) ташкил қилишини кўрсатган. Ясси лейкоплакиянинг ёндош касалликлари $14,80 \pm 2,54\%$ ҳолатда қандли диабет, $6,12 \pm 1,71\%$ ҳолатда қалқонсимон без касалликлари; юрак-томир патологияси ($4,08 \pm 1,41\%$ ҳолатда атеросклероз, $6,63 \pm 1,78\%$ ҳолатда гипертоник касаллик), ошқозон-ичак трактининг касалликлари ($15,82 \pm 2,61$ ҳолатда сурункали гастрит (А, Б); $8,67 \pm 2,01$ ҳолатда сурункали холецитит; $11,22 \pm 2,25$ ҳолатда сурункали гепатит (А, Б, С); $6,12 \pm 1,71$ ҳолатда сурункали панкретит) бўлган. Пешоб ажратиш тизимининг касалликлари $11,73 \pm 2,30\%$ ҳолатда аниқланган. Шу билан бирга ясси лейкоплакиянинг учраш частотаси $33,67 \pm 3,38\%$ (66) беморларда учраб, 51-60 ёш ва ундан катта ёшли инсонларда 68,8% (135) ортиб борган. Морфологик элементларнинг энг кўп учраган жойлашуви, 95 нафар (48,5%) беморларда лунж ШҚ, ретромоляр соҳада – 30,1% (59). Анъанавий маҳаллий даволашнинг кам самарадорлиги, ясси лейкоплакияга эга беморларни даволашга юқори бардошлилиги патогенетик даволашнинг янги усуллари ва воситаларини қидириб топишга ундаган.

Тадқиқот давомида чекувчи беморларда кучли оғриқлар туфайли овқатланишга қийналишган, уларда иштаҳа ва уйқу бузилган. Беморларнинг умумий ҳолати одатда бузилган, ҳолсизлик, сифатсиз ўрнатилган тиш протезларининг оқибатида тишларга чайнаш юкланишининг камайиши кузатилган. Стоматологик ҳолатнинг ёмонлашуви, кариес

интенсивлигининг ортиши, иккиламчи адентия қайд этилган. Баъзан олиб кўйиладиган пластинкали тиш протезлари, айниқса уларнинг ўткир кирралари оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватига жароҳатловчи таъсир кўрсатган.

ОБШҚ ясси лейкоплакия ташхиси билан кўриқдан ўтказилганида одатда, фибриноз караш билан қопланган эрозив-яралли ўчоқнинг ҳолати, шикастланиш жойининг ранги, ўлчамларига эътибор қаратилган. Соматик патология мавжудлиги, организм реактивлигининг пасайиши, қўшилган иккиламчи инфекциялар, оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг ёмонлашуви, маҳаллий жароҳатловчи омилларнинг таъсири ОБШҚ да яллиғланишининг кучайишига олиб келган.

Текшириш натижалари давомида стоматологик касалликлардан гиперстезия, патологик едирилиш, понасимон нуқсон ҳар иккала гуруҳда ҳам етакчилик қилган. 10 йилдан ортиқ чекиш тажрибасига эга бўлганлар чекувчиларда бу кўрсаткичлар 10 йил чекиш тажрибасига эга бўлганлар чекувчиларга нисбатан 1,5 марта ортгани кўрилган. Бунда патологик едирилиш 26 нафар беморда, понасимон нуқсон 32 нафар беморда ва гиперстезия 13 нафар беморда кузатилган. Чекувчиларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари характерли аҳамиятга эга ҳисобланади. Тадқиқотдаги ҳар бир чекувчидаги жиддий муаммолар ҳисобга олинди ва тадқиқотимизнинг асосий нуқтаи назари ҳисобланган.

Назорат гуруҳидаги чекувчилардаги стоматологик касалликларни текшириш шуни кўрсатдики, кариес касаллиги ва пульпит касаллиги тадқиқот гуруҳлари билан таққослаганда катта миқдорни кўрсатган. Аммо тишларнинг нокариоз касалликларидан эмал эрозияси, понасимон нуқсон, патологик едирилиш ва гиперстезия кўрсаткичлари барча тадқиқот

гуруҳларига нисбатан назорат гуруҳида 2.5 мартага кам учраши аниқланган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари назорат гуруҳидаги иштирокчиларда деярли кўринмаган.

Даволашдан олдин асосий гуруҳда ОБШҚ да мавжуд ясси лейкоплакияга эга беморларда овқат қабул қилиш ва сўзлашув вақтида кучли оғриқ кузатилган, шиллиқ қаватда шиш ва гиперемия қайд этилган. Ўлчовлар ўтказилганидан сўнг лейкоплакиянинг ўчоғи диаметрининг дастлабки кўрсаткичлари аниқланган, у $1,51 \pm 0,07$ см ни ташкил қилган, жароҳатланиш юзаси эса $15,40 \pm 0,41$ мм² га тенг бўлган.

Таққослаш гуруҳидаги барча беморларда даволашдан олдин оғиз бўшлиғида доимий оғриқларга, овқат қабул қилиш имконсизлигига шикоятлар бўлган. Кўрик вақтида лунж ёки тилнинг шиллиқ қаватида гиперемия ва шиш кузатилган. Ясси лейкоплакия юза диаметри ҳамда жароҳатланиш юзасининг кўрсаткичлари мос равишда $1,60 \pm 0,02$ см и $15,60 \pm 0,56$ мм² га тенг бўлган.

Асосий гуруҳда анор данаги мойи билан даволаниш бошланганидан 3 кун ўтиб, клиник кўрсаткичларнинг ижобий динамикаси олинган, асосий гуруҳда ОБШҚ да ясси лейкоплакияга эга беморлар оғриқсиз овқат қабул қилишни бошлаган, фақат сўзлашув вақтида бироз оғриқ, шиш ва гиперемияга шикоятлар сақланиб қолган. Эрозив-ярали ўчоқларининг диаметри $0,88 \pm 0,04$ см ($P < 0,02$) ни ташкил қилган, даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан камайиш 1,70 марта, шикастланиш юзаси $13,60 \pm 0,31$ м² ($P < 0,02$) ни ташкил қилган, пасайиш 1,13 марта.

Анор данаги мойи билан даволаш бошланганидан 7 кун ўтиб асосий гуруҳ беморларида субъектив ҳислар деярли ўзгарган. Беморлар сўзлашув вақтида мўтадил ачишни қайд этишган, бу вақтда овқат қабул қилишда қийинчилик ҳис қилишмаган, оғриқ кузатилмаган. Объектив кўрик вақтида катта

ўзгаришлар белгиланган, ОБШҚ да шикастланиш ўчоқларида заиф гиперемия ва сезилмас шиш сақланиб қолган. Оқ караш шикастланишларнинг диаметри даволашдан олдин ўхшаш кўрсаткичлар билан таққослаганда ўртача $7,5 \pm 4$ мм² ни ташкил қилган, бу қийматларнинг статистик ишончли фарқини яна бир бор исботлайди ($p < 0,02$). Шикастланиш юзаси $12,30 \pm 0,36$ мм² га тенг бўлган. Шундай қилиб, эпителизация мавжудлиги туфайли ярали шикастланиш диаметри ва шикастланиш юзасининг мос равишда $1,97$ мм² ва $1,24$ мм² марта камайиши кузатилган.

Анор данаги мойи билан даволашдан кейин 10-кун асосий гуруҳнинг 9 нафар (28,7%) беморида овқат қабул қилиш вақтида бироз ноқулайлик ҳиссига шикоят қайд этилган. Бу беморлар объектив кўрикдан ўтказилганида шиш ва гиперемия кузатилмаган. Қолган 23 нафар (71,8%) беморда субъектив ҳислар белгиланмаган. Шикастланган эрозив-ярали соҳанинг диаметри $0,47 \pm 0,02$ см бўлган, бу кўрсаткич дастлабки қиймат билан таққослаганда ишончли 3,19 марта паст ($p < 0,02$). Шикастланиш юзаси $9,20 \pm 0,30$ мм² ни ташкил қилган, у дастлабки қиймат билан таққослаганда 1,67 марта ($p < 0,02$) камайган. Қолган беморларнинг оғиз бўшлиғида эрозиялар эпителизацияси кузатилган, уларнинг атрофида Уикхем тўрини ҳосил қилувчи одатий папулез шикастланиш элементлари аниқланган.

Анор данаги мойи бошланганидан 10 кун ўтиб, асосий гуруҳ беморлари овқат қабул қилишда шикоятга эга бўлишмаган. Объектив кўрик вақтида деярли барча беморларда эрозив ўчоқнинг тўлиқ эпителизацияси кузатилган. Шикастланиш ўчоғининг диаметри ўртача $0,36 \pm 0,02$ см га тенг бўлган, 4,17 марта камайиш; бу вақтда шикастланиш юзаси $6,40 \pm 0,27$ мм² ни ташкил қилган, бу даволашдан олдингига нисбатан 2,44 марта кам

($p<0,02$).

Анор данаги мойидан сўнг гигиена индекси 10-кун асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда сезиларли даражада пасайган ва мос равишда 79,91% ($0,63\pm0,02$) ва 70,42% ($0,92\pm0,05$) га тенг бўлган, бу даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,9 ва 3,4 марта камайишни кўрсатган ($p<0,02$). Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичи шу даволаш муддатида мос равишда 75,15% ($10,27\pm0,52$) ва 69,59% ($11,62\pm0,53$) га тенг бўлган, бу яллиғланиш жараёнининг даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,02 ва 3,2 марта камайишини кўрсатган ($p<0,02$).

Анор данаги мойи билан даволаш бошланганидан 12 кун ўтиб асосий гуруҳдаги ҳеч бир бемор шикоят билдирмаган. Обьектив оғиз бўшлиғида эрозиянинг битган ўчоқларини ўрнига одатий папулез элементлар билан оқ-пушти рангли шиллиқ қават аниқланган. Соҳа чегаралари норавон, палпацияда оғриқсиз. Ўчоқнинг диаметри $0,21\pm0,01$ см, шикастланиш соҳаларининг юзаси $1,50 \pm 0,08$ мм², камайиш даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 4,14 ва 10,26 марта ($p<0,02$).

Асосий гуруҳда ўтказилган анор данаги мойи терапиясидан кейин ва анъанавий даволаш ўтказилган таққослаш гуруҳида 18-кун гигиена индекси даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан ишончли камайган ва 87,27% ($0,40\pm0,02$) ва 80,39 ($0,61\pm0,03$) га мос бўлган, бу ГИ нинг даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан таққослаганда мос равишда 7,8 ва 5,1 марта камайишини кўрсатган ($p<0,02$). Шу муддатларда асосий гуруҳда ва таққослаш гуруҳида РМА кўрсаткичлари мос равишда 82,7% ($7,15\pm0,35$) ва 76,01% ($9,17\pm0,39$) га тенг бўлган, бу яллиғланиш жараёнининг даволашдан

олдинги кўрсаткичларга нисбатан мос равишда 5,77 ва 4,16 марта регрессияни кўрсатган ($p<0,02$).

Шундай қилиб, даволашдан кейин 6-ойда асосий гуруҳнинг ОБШҚ ясси лейкоплакияга эга беморларида анор данаги мойи билан комплекс даволаш динамикаси ГИ (ОНИ-S) ва яллиғланиш индекси РМА нинг мос равишда 87,27% ва 82,7% яхшиланишини кўрсатган, шикастланишнинг диаметри ва ОБШҚ шикастланиш юзасининг камайиши мос равишда 86% ва 90,3% ни ташкил қилган, оғиз суюқлигида микробиоценознинг меъёрлашуви ва sIgA концентрациясининг ортиши 42,3% ($P<0,02$), лизоцим фаоллиги – 64,50% ва фагоцитар фаоллик 52,58% ($P<0,02$) га тенг бўлган.

Тадқиқотнинг тиббий самарадорлиги - бу тиббий натижага эришиш даражаси. Чекувчи беморлар орасида битта аниқ беморга қаратиладиган бўлса, бу унинг соғлигини тиклаш ёки яхшилаш, аъзо ва тўқималарнинг йўқотилган даражасини қайта тиклаш. Соғлиқни сақлаш муассасалари ва умуман саноат даражасида тиббий самарадорлик кўплаб ўзига хос кўрсаткичлар билан ўлчанган: аҳоли сони, даволанган беморларнинг улуши, касалликнинг сурункали шаклга ўтиш ҳолатларининг камайиши ва касалланиш даражасининг пасайиши.

Тадқиқотнинг ижтимоий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморларда эрта ташхислаш ва даволашга имкон берган. Юқоридаги даволаш усуллари ушбу контингентдаги беморларда клиник-лаборатор ёрдамни ташкил қилиш ҳамда касалликларнинг асоратларини олдини олиш учун хизмат қилган.

Тамаки чекувчиларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг тавсия этилаётган ушбу даволаш принципларининг иқтисодий самарадорлиги ясси лейкоплакиянинг учраш даражаси, клиник-стоматологик ва лаборатор хизмат кўрсатишни амалга ошириш

механизмининг ишлаб чиқилганлиги асосида ҳисоблаб чиқилган.

Хулоса қилиб айтганда тамаки чекувчиларда оғиз бўшлиғи касалликларининг юқори тарқалиши, уларнинг чекиш давомийлигига боғлиқлиги тамаки тутунининг таркибий қисмларининг оғиз бўшлиғи органлари ва тўқималарига аниқ зарарли таъсирини кўрсатган. Бу улардаги стоматологик касалликларнинг олдини олиш ва даволашнинг янги усулларини ишлаб чиқиш, шунингдек, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларидан бири сифатида тиш шифокорларини чекишга қарши фаол курашга жалб қилиш зарурлигини кўрсатган. Олдиндан антисептик билан қайта ишламасдан озонланган анор данаги мойининг қўлланиши микроорганизмларда эффекти борлиги билан фарқ қилган ва оғиз бўшлиғида нормобиоценознинг юқори натижасида таъминлаган.

Беморларга амалиётга тавсия сифатида тадқиқот давомида чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморларни асосий гуруҳда анор данаги мойи билан даволашдан кейин беморларни даволашда эришилган самарадорликни ремиссия муддатлари бўйича баҳоланган. Шундай қилиб, асосий гуруҳда даволашдан олдин ремиссия давомийлиги $2,53 \pm 0,14$ ой эди, анор данаги мойи билан даволашдан кейин бу кўрсаткич $2,27$ марта ($p < 0,02$) ўсган ва $5,75 \pm 0,06$ ой қийматга етган, $96,88\%$ ҳолат (51 нафар бемор) қайд этилган.

ХУЛОСА

1. Тамаки чекувчиларнинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг тарқалиши, тузилиши, клиникаси ва кечиши табиати чекиш муддатига боғлиқ. Чекиш давомийлиги 15 йил ва ундан кўп бўлган беморларга ушбу касалликлар 10 йилгача бўлган чекувчиларга қараганда уч барабар (75%) тез-тез кузатилади.

2. Тамаки чекувчиларда сўлак ажралиш тезлиги чекмайдиган беморларга нисбатан юқори бўлиши, рН қиймати эса ишқорий томонга силжиши кўрсатилган. Чекиш тажрибасининг ортиши билан сўлак ва рН даражаси ошади. Бироқ, чекиш тажрибаси 15 йил ва ундан кўп бўлса, бу кўрсаткичлар камаяди. Чекаётган вақтда дарҳол сўлакнинг тезлиги ва рН қийматларининг мунтазам ўсиши қайд этилади ва 15-30 дақиқадан сўнг бу кўрсаткичлар аста-секин деярли бошланғич даражага тушади. Тадқиқот давомида А гуруҳ беморларнинг аралаш сўлагига рН ўрганилганда ўртача қиймат 6,04 га ҳамда Б гуруҳ беморларда эса рН 6,48 га тенг бўлди. А ва Б гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқ аниқланди. Назорат гуруҳи беморларида эса ушбу кўрсаткич меъёрга 7,04 га етди.

3. Электрон тамаки чекувчилар чекмайдиганларга қараганда уч марта кўпроқ оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларига чалиниши мумкин, бу эса прогрессив кенг тарқалган ясси лейкоплакияга хос деб талқин этилади. Ушбу жараённинг уч босқичи ажратилади. Касалликнинг ривожланиш босқичи, жараёндаги патологик ўзгаришларнинг оғирлиги ва чекиш муддатига боғлиқ.

4. Чекувчи одамларда ясси лейкоплакиянинг этиопатогенетик таснифи такомиллаштирилди, олдиндан антисептик билан қайта ишламасдан анор данаги мойининг қўлланиши микроорганизмларда юқори эффективлиги борлиги билан фарқ қилади ва оғиз бўшлиғида нормобиоценознинг юқори натижасини таъминлайди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Чекувчиларда ясси лейкоплакияни даволашдан олдин антисептик билан қайта ишламасдан ва кортикостероидлар, витаминлар, аллергияга қарши препаратлар ва солкосерил адгезив дентал пастаси билан умумий патогенетик терапиясиз анор данагининг мойини қўллаган ҳолда ясси лейкоплакияга эга беморларни маҳаллий даволаш схемаси ишлаб чиқилган.

2. Тадқиқот давомида олдиндан антисептик билан қайта ишлаб, солкосерил адгезив дентал пастаси билан даволашнинг ишлаб чиқилган усули микроорганизмларнинг антисептикларга кўникиш ҳосил қилиш эффекти йўқлиги билан фарқ қилган, бу чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга 9 нафар беморнинг оғиз бўшлиғида нормобиоценознинг меъёрлашуви – 41,9%, 16 нафар беморда дисбиотик силжиш – 34,6%, сўлак ажралиш тезлигининг 32,50% га ошиши ($P<0,0$) каби ўрта натижаларни қайд этган.

3. Тадқиқот давомида чекувчиларда ясси лейкоплакияга эга беморларни асосий гуруҳда анор данаги мойи билан даволашдан кейин беморларни даволашда эришилган самарадорлик ремиссия муддатлари бўйича баҳоланган. Шундай қилиб, асосий гуруҳда даволашдан олдин ремиссия давомийлиги $2,53\pm 0,14$ ой эди, анор данаги мойи билан даволашдан кейин бу кўрсаткич 2,27 марта ($p<0,02$) ўсган ва $5,75\pm 0,06$ ой қийматга етган, 96,88% ҳолат (51 нафар бемор) қайд этилган.

АННОТАЦИЯ

Механизм патологических изменений в организме человека, вызванных курением, объясняется химической структурой табака и составом табачного дыма. Существует более 40 видов табака. Табачный лист содержит более 70 веществ и более 1200 химических компонентов: алкалоиды (никотин), неалкалоидные азотсодержащие вещества (аммиак, глуталин, летучие основания), амины, аминокислоты, углеводы, органические кислоты, полифенолы, эфирные масла, черный и т. д. Но основным веществом в его составе был никотин, количество которого определяло крепость табака и его воздействие на организм. Норма содержания никотина в табаке колеблется в районе 1,2 - 2,3%. Никотин - маслянистая жидкость с бродящим вкусом, реагирует со щелочью, температура кипения 140 - 145°С, хорошо растворяется в воде, эфире, спирте. в большинстве табака содержится также норникотин, близкий к никотину. Неалкалоидная группа азотистых веществ в табаке - 3 - 4%, эфирные масла - до 1,7%, минеральные вещества - до 22%, белки - до 13%, органические кислоты (яблочная, щавелевая, лимонная) - около 5%, табачный керосин - 15%, аммиак - 0,11 - 0,17%) и метиловый спирт - 1%. в табаке обнаружено незначительное количество форфурола, альдегидов, фенолов, полифенолов и других веществ. Табачное черное масло содержит ряд канцерогенных веществ. наиболее опасными среди них считаются полициклические углеводы, такие как бензапирен и специализированные табачные нитрозамины.

Было показано, что скорость слюноотделения у курящих выше, чем у некурящих, а значение pH смещено в щелочную сторону. Уровни слюны и pH повышаются с увеличением стажа курения. Однако, если стаж курения составляет 15 лет и более, то эти показатели снижаются. непосредственно во время курения отмечено закономерное увеличение скорости слюноотделения

и значений рН, а через 15-30 минут эти показатели постепенно снижались практически до исходного уровня.

В данной монографии впервые изучена эффективность применения лечебного масла гранатовых косточек в лечении плоскоклеточной лейкоплакии мягких тканей полости рта у курильщиков. Кроме того, проведены процедуры по определению цитологических изменений слизистой оболочки полости рта у больных плоской лейкоплакией и оценке клинικο-стоматологических, биохимических и показателей ротовой жидкости у больных плоской лейкоплакией.

Монография предназначена для профессорско-преподавательского состава стоматологических кафедр высших учебных заведений, научных работников, студентов бакалавриата и магистратуры, а также врачей-стоматологов и слушателей курсов повышения квалификации. Авторская монография обогащена современными подходами, представленными в зарубежной литературе.

ABSTRACT

The mechanism of pathological changes in the human body caused by smoking is explained by the chemical structure of tobacco and the composition of tobacco smoke. There are more than 40 types of tobacco. Tobacco leaf contains more than 70 substances and more than 1200 chemical components: alkaloids (nicotine), non-alkaloid nitrogen-containing substances (ammonia, glutalin, volatile bases), amines, amino acids, carbohydrates, organic acids, polyphenols, essential oils, black and h. k. But the main substance in its composition was nicotine, the amount of which determined the strength of tobacco and its effect on the body. The norm of nicotine content in tobacco varies around 1.2 - 2.3%. Nicotine is an oily liquid with a fermenting taste, reacts with alkali, boiling point is 140 - 145°C, dissolves well in water, ether, alcohol. Most tobacco also contains nornicotine, which is close to nicotine. Non-alkaloid group of nitrogenous substances in tobacco - 3 - 4%, essential oils - up to 1.7%, minerals - up to 22%, proteins - up to 13%, organic acids (apple, sorrel, lemon) - about 5%, tobacco kerosene - 15%, ammonia - 0.11 - 0.17%) and methyl alcohol - 1%. An insignificant amount of forfurol, aldehydes, phenols, polyphenols and other substances were found in tobacco. Tobacco black oil contains a number of carcinogenic substances. Polycyclic carbohydrates such as benzapyrene and specialized tobacco nitrosamines are considered the most dangerous among them.

It has been shown that the rate of salivation in smokers is higher than in non-smokers, and the rN value is shifted to the alkaline side. Salivary and rN levels increased with increasing smoking experience. However, if the smoking experience is 15 years or more, these indicators are reduced. Immediately during smoking, a regular increase in the rate of saliva and rN values was noted, and after 15-30 minutes, these indicators gradually decreased to almost the initial level.

In this monograph, for the first time, the effectiveness of the use of medicated pomegranate seed oil in the treatment of squamous leukoplakia of the soft tissues of the oral cavity in smokers has been studied. In addition, procedures were carried out to determine cytological changes in the mucous membrane of the

oral cavity of patients with flat leukoplakia and to evaluate the clinical-stomatological, biochemical and indicators of the oral fluid of patients with flat leukoplakia.

The monograph is intended for professors and teachers of dental departments of higher educational institutions, researchers, bachelor and master students, as well as dentists and students of advanced training courses. The author's monograph is enriched with modern approaches presented in foreign literature.

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ЧИ	-	Чекувчи инсонлар
ОБШҚ	-	Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати
ЯЛ	-	Ясси лейкоплакия
ТЛ	-	Таппейнер лейколакия
ВЛ	-	Веррукоз лейкоплакия
ЭЛ	-	Эррозив лейкоплакия
ЖССТ	-	Жахон соғликни сақлаш ташкилоти
КПО		Кариес, пломба, олинган тишлар
РМА	-	Папиляр-маргинал алвеоляр
ГИ	-	Гигиена индекси
СГП	-	Сурункали генераллашган пародонтит
ТТИ	-	Тиш тоши индекси
ЧПЖБ	-	Чакка пастки жағ бўғими
АДМ	-	Анор данагининг мойи
САП	-	Солкосерил адгезив пастаси
КСБ	-	Кичик сўлак беи
	-	
	-	
	-	

ФҲЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Алексеев И.В. Подбор эффективных фотосенсибилизаторов для лечения заболеваний лор-органов на основе изучения их накопления в патологически измененных тканях / Ю.В. Алексеев, Е.В. Лихачева, Д.В. Терёшкин, и др. // Биомедицинская химия. - 2012. - Т. 58, № 1. - С. 112-120.
2. Аль-Табиб М. М. и др. Особенности стоматологического статуса у курящих пациентов молодого возраста // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9. – №. 1. – С. 57-60.
3. Алявия О., Нишанова А., Гулямова С. Влияние курения на секреторную активность слюнных желез // Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 4 (73). – С. 74-75.
4. Анализ влияния лечебно-профилактической зубной пасты, содержащей NovaMin, на состояние органов полости рта у молодых курильщиков табака / Т. М. Еловикова, С. Н. Саблина, Е. Ю. Ермишина, А. С. Кощеев // Стоматология. – 2021. – Т. 100, № 3. – С. 35-39.
5. Безлер, Ж. А. Дефицит витаминов и минералов у детей : современные методы профилактики : учеб.-метод. пособие / Ж. А. Безлер. – Минск : БГМУ, 2009. – 66 с./ISBN 978-985-462-970-4.
6. Борисенко А. В., Коленко Ю. Г. Современный подход к диагностике лейкоплакии слизистой оболочки полости рта // Наука вчера, сегодня, завтра. – 2017. – №. 3. – С. 26-34.
7. Взаимосвязь состояния слизистой оболочки полости рта с количеством выделяемого угарного газа в выдыхаемом воздухе у табакозависимых пациентов / Ю. О. Солдатова, А. И. Булгакова, Х. Х. Ганцева, Ф. Р. Хисматуллина // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – Т. 11, № 2(62). – С. 40-43.

8. Гаврилов В. А., Яценко А. Л. Влияние курения табака на органы полости рта (обзор литературы) // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2014. – Т. 9. – №. 4. – С. 4-14.
9. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта. Терап. арх. 2013; 85 (10): 116–118. [Gazhva S.I., Igolkina N.A. Relationship between visceral diseases and oral health. Terapevticheskiy arkhiv 2013; 85 (10): 116–118. (In Russ.)]
10. Газзаева, А. Р. Оральная стереогнозия у перенесших коронавирусную инфекцию, вызванную COVID-19, и курильщиков, оценка адаптивности при протезировании / А. Р. Газзаева, К. А. Пухова, С. К. Хетагуров // Природные ресурсы Земли и охрана окружающей среды. – 2020. – Т. 1, № 10-12. – С. 20-22.
11. Гилева О.С. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта / О.С. Гилева, Т.В. Либик, А.А. Позднякова, Л.Я. Сатюкова // Проблемы стоматологии. - 2013. - № 2. - С. 3-9.
12. Голубь А.А., Чемикосова Т.С., Гуляева О.А. Влияние курения и наличия соматической патологии на состояние слизистой оболочки полости рта. Пародонтология. 2011; 16 (3): 66–69. [Golub' A.A., Chemikosova T.S., Gulyaeva O.A. Influence of smoking and somatic pathology on the state of oral mucous. Parodontologiya. 2011; 16 (3): 66–69. (In Russ.)]
13. Грудянов А.И., Кемулария И.В. Влияние курения на микроциркуляцию в тканях пародонта. Пародонтология. 2010; 15 (4): 12–15. [Grudyanov A.I., Kemulariya I.V. Effect of smoking on microcirculation in periodontal tissues. Parodontologiya. 2010; 15 (4): 12–15. (In Russ.)]
14. Диагностика синдрома Россолимо-Мелькерссона-Розенталя / Эседов Э.М., Ахмедова Ф.Д. / Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2013. № 4 (9). С. 13-17.

15. Евграфова, А. О. Сравнительный анализ эффективности применения хирургических лазерных технологий для лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Евграфова Анна Олеговна. – Москва, 2011. – 96 с.
16. Еловикова, Т. М. Гигиенические аспекты решения проблемы галитоза у молодых курильщиков табака / Т. М. Еловикова, С. Н. Саблина, А. С. Коцеев // Актуальные вопросы стоматологии: Сб. науч. трудов,. – Казань : Казанский государственный медицинский университет, 2021. – С. 173-177.
17. Емелина Елена Сергеевна Особенности оказания стоматологической помощи лицам, употребляющим паровые коктейли при табакокурении: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14/ Е.С. Емелина; Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). –Москва, 2022. - 162с
18. Журавлёва И.В., Иванова Л.Ю., Ивахненко Г.А. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья. Вестн. Института социологии. 2013; (6): 112–129. [Zhuravleva I.V., Ivanova L.Yu., Ivakhnenko G.A. Students: risk behaviors and health-related values. Vestnik Instituta sotsiologii. 2013; (6): 112–129. (In Russ.)]
19. Золотова В. М. Состав микрофлоры полости рта у курящих лиц молодого возраста //Державинский форум. – 2020. – Т. 4. – №. 14. – С. 202-208.
20. Золотухина Е. Л. и др. Клинические результаты применения нового локального метода лечения и профилактики воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у курящих //Український стоматологічний альманах. – 2017. – №. 4. – С. 14-19.

- 21.Зяблицкая К. В. и др. Озонотерапия в комплексном лечении лейкоплакии слизистой оболочки рта //Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 1. – №. 2. – С. 11-15.
- 22.Зяблицкая К. В. Применение озонотерапии для профилактики осложнений после хирургического лечения лейкоплакии слизистой оболочки рта //Стоматология. – 2022. – Т. 101. – №. 3. – С. 96-97.
- 23.Каскулова, Д. З. Изменения состояния зубов при курении / Д. З. Каскулова // Актуальные вопросы современной науки и практики: Сб. статей по матер. II Междунар. научно-практич. конф. – Уфа: Вестник науки, 2020. – С. 322-327.
- 24.Качалина О.В. Выбор рациональной тактики ведения пациенток при впч-ассоциированном цервиците в репродуктивном возрасте / О.В. Качалина // Медицинский альманах. - 2012. - Л> 5 (24). - С. 81-84.
- 25.Клинико-лабораторное обоснование применения лечебно-профилактической десенситивной зубной пасты с фторидом натрия молодыми пациентами / Т. М. Еловикова, Е. Ю. Ермишина, А. С. Кощев, А. С. Приходкин // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14, № 2. – С. 5-11.
- 26.Кокорева, А. В. Характеристика состояния зубов и тканей пародонта у никотинзависимой молодежи 18-20 лет с учетом гендерных признаков и влияния видов курения на микрокристаллизацию слюны / А. В. Кокорева, А. В. Сафонова // Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации: матер.52-й ежегод. Всерос. конф. студентов и молодых ученых. – Тюмень: РИЦ "Айвекс", 2018. – С. 338.
- 27.Комплексное лечение актинического хейлита / Галченко В.М., Галченко Л.И./Иркутский государственный медицинский университет, 664003, 2017, УДК: 616.317.2-08-031.84

28. Комплексный подход к диагностике и лечению заболеваний губ / Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Перемотин А.А. / Институт стоматологии. 2006. № 1 (30). С. 84-87.
29. Корнев Д. А., Зяблицкая К. В., Токмакова С. И. применение местной озонотерапии после криодеструкции очагов лейкоплакии слизистой оболочки полости рта // Scientist (Russia). – 2018. – №. 3. – С. 2.
30. Корнев, Д. А. Применение местной озонотерапии после криодеструкции очагов лейкоплакии слизистой оболочки полости рта / Д. А. Корнев, К. В. Зяблицкая, С. И. Токмакова // Scientist (Russia). – 2018. – № 3(3). – С. 2.
31. Косова Елена Владимировна. Состояние тканей полости рта у курящих пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.В. Косова; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет.- Санкт-Петербург, 2009.- 149 с.
32. Косова, Е. В. Взаимосвязанные изменения при воспалительных заболеваниях пародонта и хронической обструктивной болезни легких у курящих пациентов / Е. В. Косова // Медицина: теория и практика. – 2016. – Т. 1, № 1. – С. 15-21.
33. Курицына И. Ю. и др. Показатели скорости слюноотделения у курящих и некурящих пациентов стоматолога // Верхневолжский медицинский журнал. – 2020. – Т. 19. – №. 3. – С. 33-34.
34. Курицына Ирина Юрьевна. Состояние слизистой оболочки полости рта и малых слюнных желез у курильщиков табака: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / И.Ю. Курицына; Тверская государственная медицинская академия.- Тверь, 2004.- 158 с.
35. Курицына, И. Ю. Кислотно - щелочное равновесие полости рта у курильщиков табака / И. Ю. Курицына, Ю. Н. Карташева, П. С. Иванова // Современная стоматология: от традиций к инновациям: матер. междунар. научно-практич. конф, / Под ред. М. Н. Калинкина и др. – Тверь:

- Тверская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. – С. 231-232.
36. Кушубеков Д. К. Сравнительная характеристика нормальной микрофлоры полости рта у курящих и некурящих студентов // Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева. – 2016. – №. 6. – С. 60-63.
37. Леонтьев В.К. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство, ГЭОТАР-МЕДИА, 2021
38. Мамедов Ф. Ю., Сафаров Д. А., Алескерова С. М. Патогенетические аспекты влияния курения на состояние органов и тканей полости рта // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – №. 2. – С. 367-372.
39. Мамедов Ф. Ю., Сафаров Д. А., Алескерова С. М. Патогенетические аспекты влияния курения на состояние органов и тканей полости рта // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – №. 2. – С. 367-372.
40. Мамедова Гамар Фазиль кызы. Эффективность применения озона при лечении воспалительных заболеваний тканей полости рта на фоне гальваноза: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Г.Ф.Мамедова; Московский государственный медико-стоматологический университет.- Москва, 2015.- 155 с.
41. Мокина Н.А., Аверина О.М. Оценка распространённости и статуса табакокурения среди студентов старших курсов медико-профилактического и лечебного факультетов СамГМУ. Саратовский науч.-мед. ж. 2011; 7 (2): 497–450. [Mokina N.A., Averina O.M. Assessment of smoking prevalence and status among students of senior courses of medico-prophylactic and therapeutic faculties of Samara state medical university. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2011; 7 (2): 497–450. (In Russ.)]
42. Н.Ф. Данилевский, В.К.Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж.И.Рахний, «Заболевания слизистой оболочки полости рта» 2001

- 43.Надеждин А.В., Тетендова Е.Ю., Шарова Е.В. Зависимость от никотина: диагностика и лечение. Медицина. 2016; (3): 164–189. [Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu., Sharova E.V. Nicotine dependence: diagnosis and treatment. Meditsina. 2016; (3): 164–189. (In Russ.)]
- 44.Николаева А. Д., Куликова А. А. Наблюдение лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта //Молодежь, наука, медицина. – 2020. – С. 383-385.
- 45.Норина А. Л., Мильчаков Д. Е. Роль табака в возникновении рака, заболеваний пародонта и поражений полости рта (обзор литературы) //Международный научно-исследовательский журнал. – 2014. – №. 4-4 (23). – С. 15-19.
- 46.Орехова Л.Ю., Осипова М.В. Клинические особенности и тенденции изменения пародонтологического статуса курильщиков. Пародонтология. 2011; (1): 47–50. [Orekhova L.Yu., Osipova M.V. Clinical features and tendencies of the change of periodontal status among smokers. Parodontologiya. 2011; (1): 47–50. (In Russ.)]
- 47.Оценка стоматологического статуса пациентов разных возрастных групп / В. Р. Шашмурина, Г. В. Волченкова, О. Л. Мишутина [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста: сб. науч.статей VI регион.научно-практич. Конф. с междунар. участием по детской стоматологии. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2016. – С. 186-190.
- 48.Оценка эффективности применения в стоматологии бальзама-ополаскивателя на основе гиалуроновой кислоты у курящих пациентов / Е. А. Сатыго, Л. М. Шевченко, Н. В. Васильева, Р. Р. Рахматуллин // Пародонтология. – 2016. – Т. 21, № 4(81). – С. 40-43.
- 49.Панкратьева Э. П. Влияние курения на общее состояние слизистой оболочки полости рта //Инновации. Наука. Образование. – 2020. – №. 23. – С. 2703-2705.

- 50.Петров, А. А. Изучение воздействия употребления кофе и курения сигарет на полость рта и ткани пародонта / А. А. Петров // Пародонтология. – 2021. – Т. 26, № 3. – С. 245-250.
- 51.Петров, А. А. Изучение воздействия употребления кофе и курения сигарет на полость рта и ткани пародонта / А. А. Петров // Пародонтология. – 2021. – Т. 26, № 3. – С. 245-250.
- 52.Петрова А. П. и др. Влияние вейпа и табачных сигарет на слизистую оболочку полости рта //Международный студенческий научный вестник. – 2018. – №. 1. – С. 35-35.
- 53.Порядин Г.В., Салмаси Ж.М., Казимирский А.Н. Механизм действия бензидамина на локальное инфекционное воспаление // Медицинский Совет. 2018. № 4. 21. С. 78-86.
- 54.Прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости. Научно обоснованные рекомендации. Под ред. А.К. Дёмина. М. 2013; 319 с. [Prekrashchenie potrebleniya tabaka i lechenie tabachnoy zavisimosti. Nauchno obosnovannye rekomendatsii. (Tobacco smoking cessation and treatment of tobacco dependance. Scientifically proved guidelines.) Ed. by A.K. Demin. M. 2013; 319 p. (In Russ.)
- 55.Рабинович О. Ф. и др. Разнообразные методологические подходы к классифицированию лейкоплакии //Институт стоматологии. – 2013. – №. 1. – С. 14-17.
- 56.Распространённость заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области Гажва С.И., Дятел А.В./ Фундаментальные исследования. 2014. № 10-6. С. 1076-1080.
- 57.Савлевич Е.Л. Дорощенко Н.Э., Славинская И.С., Фариков С.Э. Важные нюансы воспалительного процесса в ротоглотке и выбор тактики оптимального лечения // Медицинский совет. 2017. №16. С. 48-54.

58. Садыкова, А. С. Влияние курения на ротовую полость / А. С. Садыкова // World science: problems and innovations: сб. статей XL Междунар. научно-практич. Конф. – Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2020. – С. 168-170.
59. Садыкова, А. С. Влияние курения на ротовую полость / А. С. Садыкова // World science: problems and innovations: сб. статей XL Междунар. научно-практич. Конф. – Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2020. – С. 168-170.
60. Сафаров, Д. А. Поведенческий риск в отношении стоматологического здоровья студенческой молодёжи / Д. А. Сафаров // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 4. – С. 616-621.
61. Сафаров, Д. А. Поведенческий риск в отношении стоматологического здоровья студенческой молодёжи / Д. А. Сафаров // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 4. – С. 616-621.
62. Сафаров, Д. А. Состояние органов и тканей полости рта на фоне табакокурения / Д. А. Сафаров // European Research. – 2017. – № 5(28). – С. 87-89.
63. Сафаров, Д. А. Состояние органов и тканей полости рта на фоне табакокурения / Д. А. Сафаров // European Research. – 2017. – № 5(28). – С. 87-89.
64. Семелева, Е. В. Анализ распространенности курения среди беременных женщин и организации стоматологической помощи / Е. В. Семелева // Сборники конференций НИЦ социосфера. – 2015. – № 11. – С. 96-98.
65. Семченко, И. М. Изучение курения как фактора риска развития стоматологических заболеваний / И. М. Семченко, О. Н. Пронорович // Актуальные вопросы медицинской профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний: сб. статей междунар. научно-практич.

- конф.– Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2019. – С. 167-169.
- 66.Скородумова Л.О. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: классификация, гистопатология, методы диагностики и лечения. / Л.О. Скородумова Л.О., А.А. Мураев А.А., Н.В. Володина Н.В., С.10. Иванов С.Ю., Н.В. Гнучев Н.В., Г.П. Георгиев Г.П., С.С. Ларин // Вопросы онкологии. - 2013.-№ 5,- С.548-554.
- 67.Сланова М. К., Цагараева Т. Г., Хетагуров С. К. Влияние курения табачных и электронных сигарет на состояние полости рта //Авиценна. – 2020. – №. 71. – С. 23-24.
- 68.Слукин П.В., Фурсова Н.К., Брико Н.И. Антибактериальная активность бензидамина гидрохлорида против клинических изолятов бактерий, выделенных от людей в России и Испании // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2018. №6. С. 11-18.
- 69.Смольянникова А. С. и др. Влияние табачного дыма на концен-трацию катионов цинка в секретах больших слюнных желез //Молодежный инновационный вестник. – 2017. – Т. 6, № 2. – С. 245-247.
- 70.Собственные хейлиты: этиология, клиника, лечение/ Лихтарникова Е.А., журнал: Инновации. Наука. Образование. 2021 год
- 71.Солдатова, Ю. О. Клиническая характеристика состояния полости рта у лиц с табакозависимостью / Ю. О. Солдатова, А. И. Булгакова, Г. Ш. Зубаирова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 1. – С. 60-63.
- 72.Стоматологический статус курящих пациентов / Т. М. Еловикова, В. С. Молвинских, Е. Ю. Костина [и др.] // Материалы Международного конгресса "Стоматология Большого Урала", 04–06 декабря 2019 года, 2020. – С. 88-89.

- 73.Строкина, Е. С. Изменения параметров смешанной слюны у курильщиков после применения новой восстанавливающей эмаль гелевой зубной пасты / Е. С. Строкина, Т. М. Еловикова, Е. Ю. Костина // Материалы Международного конгресса "Стоматология Большого Урала", 04–06 декабря 2019 года, 2020. – С. 125-127.
- 74.Сухоруков М. А., Брыжахина Ж. Д. Взаимосвязь курения и патологии полости рта и зубочелюстной системы в восточном Казахстане //Наука и здравоохранение. – 2015. – №. 3. – С. 80-88.
- 75.Терапевтическая стоматология Заболевания слизистой оболочки полости рта/Г.М. Барер, Е.А. Волков, В.В. Гемонов, Т.И. Лемецкая, Н.Д. Брусенина, Л.В. Гришина, В.В. Кочержинский, Л.А. Цветкова, ГЭОТАР-МЕДИА, 2014
- 76.Тишков Д. С. и др. Влияние курения табака на микрофлору полости рта //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2016. – С. 291.
- 77.Токмакова С. И., Бондаренко О. В., Зяблицкая К. В. Сравнительная оценка эффективности воздействия криохирургии и местной озонотерапии при лечении больных с лейкоплакией слизистой оболочки полости рта //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2016. – Т. 18. – №. 8. – С. 26-29.
- 78.Токмакова, С. И. Оценка эффективности применения местной озонотерапии после криодеструкции очагов веррукозной лейкоплакии слизистой оболочки полости рта / С. И. Токмакова, О. В. Бондаренко, Ю. Н. Шилова // . – 2017. – Т. 22, № 4. – С. 184-187.
- 79.Филонепко Н.В. Интраиерационная фотодинамическая терапия при лечении местнораспространенного и диссеминированного рака желудка / Г.В. Филонепко, Л.А. Вашакмадзе, В.П. Кириллов, В.М. Хомяков и др. // Онкохирургия. - 2012. - №3. - С. 57-61.

80. Характеристика параметров гомеостатических механизмов полости рта у молодых курильщиков табака / Т. М. Еловикова, В. В. Карасева, С. Е. Жолудев [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 9(192). – С. 44-48.
81. Хейлиты: воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ, Асхаков М.С./ Вестник молодого ученого. 2015. Т. 10. № 3. С. 37-42.
82. Чевычелова, О. Н. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта перспективные методы диагностики / О. Н. Чевычелова, М. Г. Перепелкина, К. Г. Исламов // Моя профессиональная карьера. – 2019. – Т. 2, № 5. – С. 301-304.
83. Чжан Лэй, Гринин В.М., Царёв В.Н. Многофакторный анализ определения уровня стоматологического здоровья у курильщиков табака. Рос. стоматол. ж. 2012 (3): 41–44. [Chzhan Ley, Grinin V.M., Tsarev V.N. Multifactor analysis of the results of estimation of the level of dental health in the smokers. Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2012 (3): 41–44. (In Russ.)]
84. Чжан, Лэй -. Клинические и микробиологические аспекты стоматологического здоровья курильщика табака: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Чжан Лэй -; Московский государственный медико-стоматологический университет.- Москва, 2012.- 120 с
85. Шнайдер С. А. и др. Эффективность нового локального метода лечения и профилактики воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у курящих. – 2017.
86. Эседов Э.М., Ахмедова Ф.Д. / Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2013. № 4 (9). С. 13-17.
87. Юркевич, В. Ю. Проблемы стоматологического здоровья у курильщиков в молодом возрасте / В. Ю. Юркевич // Здоровье - основа человеческого

- потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 108-115.
88. Abid A., Maatouk F., Berrezouga L. et al. Prevalence and severity of oral diseases in the Africa and Middle East Region. *Adv. Dental Res.* 2015; 27 (1): 10–17. DOI: 10.1177/0022034515582062.
89. Amer HW, Waguih HM, El-Rouby DH. Development of field cancerization in the clinically normal oral mucosa of shisha smokers. *//Int J Dent Hyg.* 2019 Feb;17(1):39-45.
90. Apatzidou DA. The role of cigarette smoking in periodontal disease and treatment outcomes of dental implant therapy. *//Periodontol 2000.* 2022 Oct;90(1):45-61.
91. Arduino P.G. Urban legends series: oral leukoplakia / P.G. Arduino, J. Bagan, A.K. El-Naggar, M. Carrozzo *// Oral Diseases.* - 2013. - Vol. 19 (7). - P. 642 - 659.
92. Bascones-Martinez A. Differences in the expression of live senescence markers in oral cancer, oral leukoplakia and control samples in humans / A. Bascones-Martinez, M. López-Durán, J. Cano-Sánchez, E. Sánchez-Verde, A. Díez-Rodríguez, P. Aguirre-Echebarría, E. Alvarez-Fernández, M.A. González-Moles, J. Bascones-Illundain, L.E. Muzio, J. Campo-Trapero *// Oncology letters.*-2012.-Vol. 3.-P. 1319-1325.
93. Bergstrom J. Smoking rate and periodontal disease prevalence: 40-year trends in Sweden, 1970–2010. *J. Clin. Periodontol.* 2014; 41: 952–957. DOI: 10.1111/jcpe.12293.
94. Bilano V., Gilmour S., Moffiet T. et al. Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information System for Tobacco Control. *Lancet.* 2015; 385 (9972): 966–976. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60264-1.

95. Boy S.C. leukoplakia and erythroplakia of the oral mucosa - a brief overview / S.C. Boy // South African Dental Journal. - 2012. - Vol. 67(10). - P. 558-60.
96. Brouns F. Treatment results of CO(2) laser vaporisation in a cohort of 35 patients with oral leukoplakia / F. Brouns, J. Baart, K. Karagozogu, I.IF Aartman, E. Bloemena, I. van der Waal // Oral Diseases. - 2013. - Vol. 19(2). - P. 212-6.
97. Carrard V.C. Proliferative verrucous leukoplakia; a critical appraisal of the diagnostic criteria / V.C. Carrard, L.R. Brouns, I. van der Waal // Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. - 2013. - Vol. 18 (3). - P. 411-413.
98. Csikar J, Kang J, Wyborn C, Dyer TA, Marshman Z, Godson J. The Self-Reported Oral Health Status and Dental Attendance of Smokers and Non-Smokers in England. // PLoS One. 2016 Feb 10;11(2):e0148700.
99. de Geus JL, Wambier LM, Bortoluzzi MC, Loguercio AD, Kossatz S, Reis A. Does smoking habit increase the micronuclei frequency in the oral mucosa of adults compared to non-smokers? A systematic review and meta-analysis. // Clin Oral Investig. 2018 Jan;22(1):81-91.
100. Del Vecchio A. The photodynamical treatment of oral verrucous proliferative leukoplakia. Case report at 18 months follow up / Palaia G., Tenore G., Russo N. et al // Annali di Stomatologia (Roma). - 2013. - Vol. 24, №4. - P. 13-4.
101. Gainza-Cirauqui M.F. Production of carcinogenic acetaldehyde by Candida albicans from patients with potentially malignant oral mucosal disorders / M.L. Gainza-Cirauqui, M.T. Nieminen, F. Novak Frazer, J.M. Aguirre-Irizar, M.D. Moragues, R. Rautemaa // Journal of Oral Pathology & Medicine. - 2013. - Vol. 42, №3. - P.243-9.
102. Gao Y. Clinicopathological characteristics of malignant transformation in 85 cases of oral leukoplakia. / Y. Gao, Z.F. Guo, H.Y. Luo, J. Wang // Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. - 2012. - Vol.47, №7. - P.410-3.

103. Gautam A.P. Low level helium neon laser therapy for chemoradiotherapy induced oral mucositis in oral cancer patients - a randomized controlled trial / A.P. Gautam, D.J. Fernandes, M.S. Vidyasagar, G.A. Maiya // Oral Oncology. - 2012. -Vol. 48, №9.-P. 893-7.
104. Gillenwater A.M. Proliferative Verrucous Leukoplakia (PVL): A Review of an Elusive Pathologic Entity / A.M. Gillenwater, N. Vigneswaran, II. Fatani, Fatani, P. Saintigny, A.K. El-Naggar// Advances in Anatomic Pathology. -2013. -Vol. 20(6).-P. 416 -423.
105. Graveland A.P. Molecular screening of oral precancer / A.P. Graveland, J.F. Bremmer, M. de Maaker, A. Brink, P. Cobussen, M. Zwart, F.J. Braakhuis, K. Bloemen, I. van der Waal, C.R. Leemans, R.F. Brakenhoff//Oral Oncol. - 2013. -Vol. 49(12).-P. 1129-35.
106. Hashemipour MA, Aghababaei M, Mirshekari TR, Asadi-Shekaari M, Tahmasbi-Arashloo M, Tahmasbi-Arashloo F, Gandjalikhan Nassab SA. Exfoliative cytology of oral mucosa among smokers, opium addicts and non-smokers: a cytometric study. //Arch Iran Med. 2013 Dec;16(12):725-30.
107. Huber M.A. Oral and Oropharyngeal Cancer / M.A. Huber, B. Tantiwongkosi // Medical Clinics of North America. - 2014. - Vol. 98 (6). - P. 1299 - 1321.
108. Huber M.A. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: confusions in terminology and definition: facts and controversies // Clinics in Dermatology. -2014,- Vol. 28 (3).-P. 262 -268.
109. Jessica L., Barrington-Trimis J.L., Urman R. et al. E-cigarettes, cigarettes, and the prevalence of adolescent tobacco use. Pediatrics. 2016; 138 (2): e20153983. DOI: 10.1542/peds.2015-3983.
110. Karshiyeva Dilovar Rustamovna. Results of a Clinical Study on the Dental Status of Tobacco Smokers, Clinical and Dental Examination Results// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(6): 801-805.DOI: 10.5923/j.ajmms.20231306.06

111. Kawczyk-Krupka A. Comparison of cryotherapy and photodynamic therapy in treatment of oral leukoplakia. Photocliagnosis and Photodynamic Therapy / A. Kawczyk-Krupka, J. Waskowska, A. Raczowska-Siostrzonek, A. Kosciarz-Grzesiok, S. Kwiatek, D. Straszak, W. Latos, R. Koszowski, A. Sieron // 2012. Vol. 9(2). - P. 14 -55
112. Kedra B. Cytological picture of the oral mucosa in patients with gastric and colon cancer / B. Kedra, M. Chomczyk, M. Zlotkowski, W. Stokowska, A. Borsuk, M. Bicz, M. Pietruska, G. Tokajuk, R. Charkiewicz, P. Czajka, L. Chyczewski, L. Zimnoch, ET Kedra // Folia Histochemica et Cytobiologica. - 2012,- Vol. 50(3). - P.375-80.
113. Khammissa R.A. Oral squamous cell carcinoma in a South African sample: Race/ethnicity, age, gender, and degree of histopathological differentiation / R.A. Khammissa, S. Meer, J. Femmer, F. Feller//Journal of cancer research and therapeutics. - 2014. - Vol. 10 (4). - P.908 -914.
114. Khan M. Role of antioxidants in prevention of cancer: a review / M. Khan, A. Iqbal, A. Joshi, K. Ajai // International Journal of Current Research and Review. -2014. - Vol. 6 (9). - P. 80-88.
115. Khot K, Deshmane S, Bagri-Manjarekar K, Warke D, Kotak K. A cytomorphometric analysis of oral mucosal changes in tobacco users.// J Nat Sci Biol Med. 2015 Aug;6(Suppl 1):S22-4.
116. Kiyosue T. Immunohistochemical location of the p75 neurotrophin receptor (p75NTR) in oral leukoplakia and oral squamous cell carcinoma / T. Kiyosue, S. Kawano, R. Matsubara, Y. Goto, M. Mirano, T. Jinno, T. Toyoshima, R. Kitamura, K. Oobu, S. Nakamura // International Journal of Clinical Oncology. -2013,-Vol. 18(1).-P. 154-63.
117. Kobayashi II. Upregulation of epidermal growth factor receptor 4 in oral leukoplakia / II. Kobayashi, K. Kumagai, A. Gotoh, T. Hguchi, II. Yamada, Y.

- Ilamada, S. Suzuki, R. Suzuki // International Journal of Oral Science. - 2013. - Vol. 5(1).-P. 14-20.
118. Kumar A. How should we manage oral leukoplakia? / A. Kumar, L. Cascarini, J.A. McCaul, C.J. Kerawala, D. Coombes, D. Godden, P.A. Brennan // British Journal of Oral Maxillofacial Surgery. - 2013. - Vol. 51, №5. - P. 377-83.
119. Kyungdo Han, Jun-Beom Park. Association between oral health behavior and periodontal disease among Korean adults. Medicine (Baltimore). 2017; 96 (7): 61–76. DOI: 10.1097/MD.00000000000006176.
120. Lima J.S. Oral leukoplakia manifests differently in smokers and non-smokers / J.S. Lima, S. Jr. Pinto Ddos, S.O. Sousa, L. Correa // Brazilian Oral Research.-2012.-Vol. 26(6). - P.543 -9.
121. López -Jornct P. Comparison of pain and swelling after removal of oral leukoplakia with CO2 laser and cold knife: a randomized clinical trial / P. López -Jomet, P. Camacho-Alonso // Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.-2013. - Vol. 18(1).-P. 38 -44.
122. Meisel P. Individualized diagnosis versus epidemiological assessment of oral leukoplakia/P. Meisel, T. Kocher//Oral Oncology. - 2013. - Vol.49 (3). - P. -9.
123. Nadaf A, Bavle RM, Thambiah LJ, Paremala K, Sudhakara M, Soumya M. A phase contrast cytomorphometric study of squames of normal oral mucosa and oral leukoplakia: Original study.// J Oral Maxillofac Pathol. 2014 Sep;18(Suppl 1):S32-8.
124. Nagao T. Treatment of oral leukoplakia with a low-dose of beta-carotene and vitamin C supplements: A randomized controlled trial / T. Nagao, S. Warnakulasuriya, T. Nakamura, S. Kato, K. Yamamoto, H. Fukano, K. Suzuki, K. Shimozaoto, S. Hashimoto // International Journal of Cancer. - 2015. - Vol. 136 (7). - P. 1708 - 1717.

125. Nanda K.D. Increased expression of CK8 and CK18 in leukoplakia, oral submucous fibrosis, and oral squamous cell carcinoma: an immunohistochemistry study / K.D. Nanda, K. Ranganathan, IJ. Devi, F. Joshua // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology. - 2012. - Vol. 113(2). - P. 245 - 253.
126. Nazaryan R, Kryvenko L, Zakut Y, Karnaukh O, Gargin V. Application of estimated oral health indices in adolescents with tobacco addiction. //Pol Merkur Lekarski. 2020 Oct 23;48(287):327-330.
127. Nivia M, Sunil SN, Rathy R, Anilkumar TV. Comparative cytomorphometric analysis of oral mucosal cells in normal, tobacco users, oral leukoplakia and oral squamous cell carcinoma.// J Cytol. 2015 Oct-Dec;32(4):253-60.
128. Palakurthy P, Kulkarni PG, Nandan RK, Rao TM, Reddy DSP, Muddana K. Cytological Changes in Normal Oral Mucosa of Individuals with Tobacco Habits: A Cytomorphometric Study. //J Contemp Dent Pract. 2017 Aug 1;18(8):722-727.
129. Parlatescu I. Oral leukoplakia - an update / Maedica (Buchar) //1. Parlatescu, C. Gheorghe, H. Coculescu, S. Tovar. - 2014. - Vol. 9(1).- P. 88 -93.
130. Patel U, Shah R, Patel A, Shah S, Patel D, Patel A. Effect of tobacco in human oral leukoplakia: a cytomorphometric analysis. //Med Pharm Rep. 2020 Jul;93(3):273-279.
131. Pietruska M. Clinical evaluation of photodynamic therapy efficacy in the treatment of oral leukoplakia / M. Pietruska, S. Sobaniec, P. Bernac/yk, M. Cholewa, J.K.. Pietruski, E. Dolinska, A. Skurska, E. Duraj, G. Tokajuk // Photodiagnosis and Photodynamic Therapy. - 2014. - Vol. 11, № 1. - P. 34 - 40.
132. Popa GV, Mogoantă L, Badea O. Macroscopic Changes in Oral Mucosa and Hygiene Indicators in Smokers. //Curr Health Sci J. 2021 Jul-Sep;47(3):383-392.

133. Prabakaran S.P. Expression of cytokeratin 18 and 19 in oral potentially malignant disorders: A systematic review. / S.P. Prabakaran, A. Muthukrishnan // Journal of Indian Academy of Oral Medicine & Radiology. - 2014. - Vol. 26 (2)- P. 173 - 177.
134. Prkruthi BV, Nandini DB, Donoghue M, Praveen SB, Kumar KM, Ashwini R. Effects of salivary thiocyanate levels on oral mucosa in young adult smokers: A biochemical and cytological study. //J Oral Maxillofac Pathol. 2018 May-Aug;22(2):204-209.
135. Prkruthi BV, Nandini DB, Donoghue M, Praveen SB, Kumar KM, Ashwini R. Effects of salivary thiocyanate levels on oral mucosa in young adult smokers: A biochemical and cytological study. //J Oral Maxillofac Pathol. 2018 May-Aug;22(2):204-209.
136. Ramasubramanian A. Immunohistochemical evaluation of oral epithelial dysplasia using cyclin-D1, p27 and p63 expression as predictors of malignant transformation / A. Ramasubramanian, P. Ramani, H.J. Sherlin, P. Premkumar, A. Natesan, C. Thiruvengadam // Journal of National Science, Biology and Medicine. -2013. - Vol. 4 (2).-P. 349- 58.
137. Rhodus N.L. Oral Cancer: Leukoplakia, Premalignancy, and Squamous Cell Carcinoma / N.L. Rhodus, A.R. Kerr, K. Patel //Dental Clinics of North America. -2014,-Vol. 58(2).-P. 315 -340.
138. Richter GM, Kruppa J, Munz M, Wiehe R, Häsler R, Franke A, Martins O, Jockel-Schneider Y, Bruckmann C, Dommisch H, Schaefer AS. A combined epigenome- and transcriptome-wide association study of the oral masticatory mucosa assigns CYP1B1 a central role for epithelial health in smokers. //Clin Epigenetics. 2019 Jul 22;11(1):105.
139. Romeo U. Oral proliferative verrucous leukoplakia treated with the photodynamic therapy: a case report. / U. Romeo, N. Russo, G. Palaia, G. Tenore, A. Del Vecchio // Annali di Stomatologia. - 2014. - Vol. 5 (2). - P. 77 -

80. 177. Rotomskis R. Spectroscopic studies of photobleaching and photoproduct formation of porphyrins used in tumour therapy / R. Rotomskis, S. Bagdonas, G. Streckyte // *Journal of Photochemistry and Photobiology*. - 1996. - Vol. 33. - P. 61 -67.
140. Scardina GA, Messina M, Melilli D, Cumbo E, Carini F, Tomasello G, Messina P. Permanence of Modifications in Oral Microcirculation in Ex-Smokers. // *Med Sci Monit*. 2019 Jan 30;25:866-871.
141. Seifi S, Feizi F, Mehdizadeh M, Khafri S, Ahmadi B. Evaluation of cytological alterations of oral mucosa in smokers and waterpipe users. *Cell J*. 2014 Winter;15(4):302-9.
142. Sharma P. assessment of clinical risk factors of oral leukoplakia in up population of india: an institutional study / P. Sharma, P. Aggarwal, V. Reddy // *International Journal of Oral-Medical Sciences*. - 2014. - Vol. 12 (4).-P.230 - 234.
143. Shevchuk M.N. Modern concepts of etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases. *The Pharma Innovation J*. 2018; 7 (6): 170–173.
144. Solomon S.M., Iovan G., Pasarin L. et al. Risk predictors in periodontal disease. *Rom. J. Oral Rehab.*, 2017; 9 (3): 89–96.
145. Starzyrska A. Oral premalignant lesions: epidemiological and clinical analysis in the northern Polish population / A. Starzynska, A. Pawlowska, D. Renkielska, I. Michajlowski, M. Sobjanek, I. Blazewicz // *Postępy Dermatologii i Alergologii*. - 2014. - Vol. 31 (6). - P. 341-350.
146. Suresh T, Bastian TS, Mujib BRA. Cytomorphometric analysis of squames obtained from normal mucosa, leukoplakia and oral squamous cell carcinoma. // *J Oral Maxillofac Pathol*. 2021 Jan-Apr;25(1):202.
147. Varun B.R. Immunohistochemical detection of p53 and p63 in oral squamous cell carcinoma, oral leukoplakia, and oral submucous fibrosis // B.R. Varun, K.

- Ranganathan, U.K. Rao, E. Joshua // Journal of Investigative and Clinical Dentistry J.- 2013.-Vol. 5(3). - P. 214-219.
148. Vyas T, Verma P, Abidullah M, Kushwaha SS, Sahoo PK, Priyadarshini SR, Subudhi SK, Rana V. Quantitative analysis of AgNOR counts and pap stain in exfoliative cytology specimens of oral mucosa in bidi smokers and nonsmokers. //Ann Afr Med. 2018 Oct-Dec;17(4):210-214.
 149. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025. Second edition. Geneva: World Health Organization. 2018; 122 p.
 150. Wirth R, Maróti G, Mihók R, Simon-Fiala D, Antal M, Pap B, Demcsák A, Minarovits J, Kovács KL. A case study of salivary microbiome in smokers and non-smokers in Hungary: analysis by shotgun metagenome sequencing. //J Oral Microbiol. 2020 Jun 7;12(1):1773067.
 151. Wong S.J. A phase I trial of aminolevulinic acid-photodynamic therapy for treatment of oral leukoplakia / S.J. Wong, B. Campbell, B. Massey, D.P. Fynch, E.E. Cohen, E. Blair, R. Selle, J. Shklovskaya, B.D. Jovanovic, S. Skripkauskas, A. Dew, P. Kules/a, V. Parimi, R.C. Bergan, E. Szabo // Oral Oncology. - 2013. -Vol. 49, №9.-P. 970- 6.
 152. Wu L. Candidal infection in oral leukoplakia: a clinicopathologic study of 396 patients from eastern China / F. Wu, J. Feng, F. Shi, X. Shen, W. Fiu, /.. Zhou //Annals of Diagnostic Pathology. - 2013. - Vol. 1 7(1). - P. 37-40.
 153. Yang Y, Zheng W, Cai QY, Shrubsole MJ, Pei Z, Brucker R, Steinwandel MD, Bordenstein SR, Li Z, Blot WJ, Shu XO, Long J. Cigarette smoking and oral microbiota in low-income and African-American populations.// J Epidemiol Community Health. 2019 Dec;73(12):1108-1115.
 154. Yu C.I F Cryotherapy for oral precancers and cancers / C.H. Yu, IFP. Fin, S.J. Cheng, A. Sun, IFM. Chen //Journal of the Formosan Medical Association. -2014,- Vol. 1 13.-P. 272-277.

155. Yu G, Phillips S, Gail MH, Goedert JJ, Humphrys MS, Ravel J, Ren Y, Caporaso NE. The effect of cigarette smoking on the oral and nasal microbiota. *//Microbiome*. 2017 Jan 17;5(1):3.

МУНДАРИЖА

Аннотация.....	3
Кириш.....	5
I БОБ. ТАМАКИ ЧЕКУВЧИ ИНСОНЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ ВА УЛАРДА ДАВО-ПРОФИЛАКТИК ЧОРАЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР.....	7
Чекиш муҳим тиббий-ижтимоий долзарб муаммо. Тамаки чекишнинг тарқалганлиги.....	7
Тамакининг кимёвий тузилиши ҳамда тамаки тутунини ташкил қилувчи компонентлар мажмуаси.....	9
Чекишнинг инсон организмига таъсири.....	11
Тамаки чекувчи инсонларнинг оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималаридаги ўзгаришлар.....	18
Тамаки чекувчи инсонларнинг ОБШҚ даги ўзгаришлар.....	20
Тамаки чекувчи инсонларнинг пародонт тўқималаридаги ўзгаришлар.....	29
Тамаки чекувчи инсонларнинг тиш қаттиқ тўқималаридаги ўзгаришлар.....	32
Тамаки чекувчи инсонларнинг оғиз суюқлиги таркибининг ўзига хос томонлари.....	33
II БОБ. ТАМАКИ ЧЕКУВЧИЛАРНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ ВА ФОЙДАЛАНИЛГАН ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ.....	36
Тамаки чекувчи инсонларнинг умумий тавсифи.....	36
Чекувчи бемор эркакларнинг тадқиқот давомида амалга оширилган текшириш усуллари.....	44
Чекувчи бемор эркакларнинг умумий клиник-стоматологик текширув.....	44
Чекувчи бемор эркакларда лаборатор текширувлар.....	49
Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида цитологик тадқиқот усуллари	52
Ўрганилаётган гуруҳларда чекувчиларни даволаш схемаси....	53
Асосий гуруҳда ясси лейкоплакияга эга беморларни даволаш.....	55
Таққослаш гуруҳида лейкоплакия зарарланишига эга беморларни даволаш.....	56
Чекувчиларнинг даволаш самарадорлигини клиник баҳолаш.....	56
Чекувчи бемор эркакларда оғиз бўшлиғидаги тадқиқотнинг	56

статистик қайта ишлаш усуллари.....	
III БОБ. ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ.....	58
2020-2022-йилларда Республика ихтисослаштирилган наркология илмий амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали (РИ наркология ИАТМ Бухоро филиали)да ясси лейкоплакиянинг учраш частотасининг ретроспектив таҳлили.....	60
Чекувчи беморларнинг ясси лейкоплакия билан касалланиш давомийлиги бўйича тақсимланиши.....	65
Чекувчиларда пародонт тўқимасининг зарарланиши оғирлик даражасига қараб тақсимланиши.....	67
IV БОБ ТАМАКИ ЧЕКУВЧИЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШДА ЎТКАЗИЛГАН ДАВО- ПРОФИЛАКТИКА НАТИЖАЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ.....	78
Асосий гуруҳда ясси лейкоплакияга эга беморларда анор данаги мойидан фойдаланишнинг клиник натижалари.....	78
Тамаки чекувчиларда ОБШҚ да ясси лейкоплакияга эга асосий гуруҳ беморларида Анор данаги мойининг клиник самарадорлик динамикаси ва таққослаш гуруҳидаги беморларни анъанавий даволаш натижалари.....	81
ХОТИМА.....	92
ХУЛОСА.....	104
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	105
АННОТАЦИЯ.....	106
ABSTRACT.....	108
ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	110
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	111