



## РОЛЬ ТАБАКА В РАЗВИТИИ НИКОТИНОВОЙ НЁБНОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ.

Шарипова Гулнихол Идиевна

[sharipova.gulnihol@bsmi.uz](mailto:sharipova.gulnihol@bsmi.uz)

<https://orcid.org/0009-0009-0825-0534>

Комилова Замира Абдурашидовна

Бухарский государственный медицинский институт имени  
Абу Али ибн Сино, Узбекистан

[abdurashidovnazamira192@gmail.com](mailto:abdurashidovnazamira192@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0009-9401-9581>

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17086030>

### ARTICLE INFO

Received: 01<sup>st</sup> September 2025  
Accepted: 05<sup>th</sup> September 2025  
Published: 09<sup>th</sup> September 2025

### KEYWORDS

абак, полость рта, курение,  
гингивит, зубные пасты

### ABSTRACT

*Никотин – основной алкалоид листьев табака, его содержание в сигаретах составляет примерно 95% от всех алкалоидов, содержащихся в этом растении, которых насчитывается более десятка. Он является основным индуктором табачной зависимости. Табачные изделия отличаются по содержанию никотина. В трубочном табаке его примерно столько же, как в обычных сигаретах, а в сигарах и жевательном табаке никотина содержится меньше.*

Низкая обращаемость за медицинской помощью по поводу табакокурения и неготовность медицинских работников дать необходимую информацию по вопросам лечения зависимости от никотина и последствий курения табака является следствием отсутствия единых требований к организации медицинской помощи и обучения врачей различных специальностей по данной теме[2,5].

Никотин – основной алкалоид листьев табака, его содержание в сигаретах составляет примерно 95% от всех алкалоидов, содержащихся в этом растении, которых насчитывается более десятка. Он является основным индуктором табачной зависимости. Табачные изделия отличаются по содержанию никотина. В трубочном табаке его примерно столько же, как в обычных сигаретах, а в сигарах и жевательном табаке никотина содержится меньше. Вред, наносимый организму табакокурением, в большей степени связан с вдыхаемым сигаретным дымом, который содержит различные химические вещества, токсичные продукты горения, негативно влияющие на сердечно-сосудистую, дыхательную, иммунную системы. В табачном дыме выявлено более 4000 химических веществ, из них, около 250 опасны для здоровья и более 50 могут стать причиной рака[3].

Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (F17.0) Поглощение никотина через мембраны клеток зависит от pH дыма, обычно он имеет кислую реакцию (pH 5,3). Поэтому ионизированный никотин плохо проникает через клеточные мембраны, так как, чем выше значение pH, тем активнее он всасывается. При вдыхании табачного дыма высокая скорость абсорбции никотина объясняется большой площадью

поверхности альвеол и значением рН жидкости в легких (рН 7,4), поэтому никотин достигает головного мозга уже через 10-20 секунд после затяжки [2,5].

Неионизированный никотин (рН 8,5) из дыма трубачного табака и сигар имеет щелочную реакцию и быстро всасывается в полости рта. После поступления никотина в кровь происходит его распределение по органам и тканям. Больше всего он накапливается в тканях мозга, в слюне, желудочном соке, печени, легких, почках. Никотин проникает в грудное молоко через плацентарный барьер и способен накапливаться в амниотической жидкости в концентрациях, превышающих уровень концентрации никотина в сыворотке крови матери[4,7].

Скорость метаболизма никотина зависит от многих факторов (пол, возраст, питание, беременность), и по некоторым данным – от генетического полиморфизма цитохрома P450 2A6 (CYP2A6), принимающего участие в метаболизме никотина. От активности цитохрома и скорости метаболизма никотина и котинина зависит поведение курящего (например, количество выкуриваемых сигарет, риск для развития зависимости и успешности прекращения курения) [6,8].

Период полураспада никотина составляет 2 часа, а котинина около 16 часов. Уровень концентрации котинина при курении нарастает в течение дня и достигает максимума в конце курения, что обуславливает высокие концентрации котинина ночью \*24]. Передозировки никотином до последнего времени были редки, особенно со смертельным исходом, за исключением случайных отравлений детей, в том числе препаратами никотинзаместительной терапии (НЗТ) или преднамеренных отравлений. Также возможно отравление никотином рабочих, занятых на сборе листьев табака, получившее название «болезнь зеленого табака» (green tobacco sickness – GTS) [4,3].

В последние годы увеличение ассортимента, доступности никотиносодержащих лекарственных препаратов, а также электронных систем доставки никотина (электронные сигареты – е-сигареты) способствует повышению риска отравлений никотином. Обычная сигарета содержит от 9 до 30 мг никотина, при курении одной сигареты в организм попадает около 0,5-2 мг. По некоторым данным токсическая доза никотина для некурящих взрослых составляет 4-8 мг, что является смертельной дозой для детей при приеме внутрь \*48+. Чаще указывается средняя летальная доза никотина для взрослых от 30 до 60 мг (от 0,5 – 1,0 мг/кг), для детей – до 10 мг. \*46]. В последнее время это подвергается сомнению и приводятся сведения указывающие, что доза более 0,5 г никотина способна убить взрослого человека [6].

Симптомы передозировки никотина могут представлять собой широкий спектр расстройств, включая повышенное слюноотделение, тошноту, рвоту, потливость, головокружение, головную боль, сердцебиение; при тяжелом отравлении могут быть судороги, брадикардия с гипотонией, аритмии и нарушение дыхания. [4].

Употребление табака с вредными последствиями (F17.1) Диагностические критерии, указанные в МКБ-10 для данной рубрики практически невыполнимы в силу того, что курение табака должно быть достаточно длительным, чтобы появились вредные последствия (физические или психологические), природа которых должна быть выявляемой (и описанной), то есть когда наступают клинически очевидные вредные последствия у курильщиков уже, как правило, сформирован синдром зависимости. Синдром зависимости Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением табака, имеют код заболевания F17 по МКБ-10 [1].

В отличие от этого в оригинальной версии ICD-10 (международных клинических описаниях и диагностических рекомендациях) используется термин интоксикация

никотином, никотиновая зависимость, синдром отмены никотина \*59+. В диагностическое и статистическое руководство (DSM-IV) Американской психиатрической ассоциации интоксикация никотином и злоупотребление никотином не включены, а рассматривается только синдром зависимости от никотина [3].

Терминологическая неопределенность, проявляющаяся в равнозначном использовании термина табачная зависимость и никотиновая зависимость была допустима до последнего времени, но с появлением новых форм доставки никотина, основного психоактивного вещества, вызывающего привыкание и зависимость, необходимо дать более четкое определение этому термину. Несмотря на то, что другие продукты пиролиза табака обладают некоторым психоактивным действием и вносят свой вклад в патофизику синдрома отмены и обуславливают большинство серьезных соматических осложнений, связанных с курением, они не являются причиной развития собственно синдрома зависимости.

Поэтому более корректным нам представляется использование названия «Психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением никотина» и в дальнейшем мы будем пользоваться термином никотиновая зависимость (НЗ) [11]. Критерии зависимости от никотина в МКБ-10 (ICD-10) включают в себя 3 и более симптома, наблюдающиеся на протяжении 12 месяцев:

- Существует постоянное желание к приему никотиносодержащих продуктов;
- Безуспешные попытки сократить или контролировать использование никотина. Никотин часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;
- Синдром отмены, а) критерии отмены, характерные для никотина б) никотин или близко связанные вещества принимаются для облегчения или предотвращения симптомов отмены;
- Повышение толерантности, проявляющееся, а) в отсутствии тошноты, головокружения и других характерных симптомов, несмотря на использование значительных количеств никотина б) недостаточном эффекте, наблюдаемом при продолжительном использовании одного и того же количества никотиносодержащих продуктов;
- Много времени тратится на деятельность, необходимую для приобретения никотиносодержащих продуктов; из-за потребления никотина уменьшается или прекращается социальная, профессиональная или развлекательная активность;
- Использование никотина продолжается, несмотря на имеющиеся признаки вредных последствий, которые, скорее всего, были вызваны или усугубляются из-за никотина. Диагностические критерии синдрома отмены никотина: Должно быть соответствие общим критериям состояния отмены и наличие любых двух из следующих симптомов и признаков:
  - сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин продукты);
  - общее недомогание или слабость;
  - дисфория;
  - раздражительность или беспокойство;
  - бессонница;

- повышение аппетита;
- усиление кашля;
- трудности с концентрацией внимания.

Представленные диагностические критерии являются достаточно сложными для применения при решении тривиальных клинических задач. Опыт показывает, что их труднее использовать, чем другие инструменты оценки НЗ, такие как тест Фагерстрема, шкала симптомов никотиновой зависимости (Nicotine Dependence Symptom Scale NDSS) и т.д., например, тест Фагерстрема имеет более широкое практическое применение, чем критерии МКБ и DSM, вероятно из-за простоты использования и возможности прогнозирования дальнейших результатов лечения [1].

Не все исследователи разделяют данную точку зрения, некоторые считают, что необходимо дальнейшее изучение для оценки надежности теста Фагерстрема, определения его чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной прогностической ценности [1,4].

Новые диагностические критерии НЗ должны помочь в выявлении лиц, которые подвержены риску негативных последствий употребления табака, определить тех, кто нуждается в лечении, помочь определить вид вмешательства для прекращения курения и наконец, критерии зависимости должны быть полезными в области исследований. В определенной степени это отражено в новой американской классификации DSM-V. Она включает 11 критериев, которые также не лишены ряда недостатков, описанных выше, но они способны помочь более корректно оценить степень тяжести курения: время начала курения после пробуждения, тягу к курению, и тяжесть отмены никотина.

Синдром отмены Прекращение курения у зависимых от никотина лиц сопровождается быстрым развитием синдрома отмены, который включает в себя влечение к табаку или другим никотиносодержащим продуктам, тревогу, снижение концентрации внимания, раздражительность или беспокойство, недомогание и слабость, дисфорическое настроение, усиление кашля, афтозный стоматит, усиление аппетита, бессонницу [8]. Продолжительность синдрома отмены составляет от 7 дней до нескольких недель, иногда месяцев. Реже встречаются запоры, желудочно-кишечный дискомфорт, потливость, тремор пальцев рук, изменение артериального давления в сторону понижения и урежение частоты сердечных сокращений \*7+. Выраженность этих симптомов клинически значима и приводит к рецидиву у большинства лиц, пытающихся самостоятельно отказаться от табака.

#### Список литературы:

1. Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Донитова В.В., Котов А.А., Бережнова И.А., Латиф Э. Электронные сигареты: оценка безопасности и рисков для здоровья// Пульмонология. - 2014. - № 3.- С.122-127.
2. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 год. Создание среды, свободной от табачного дыма // Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244563915\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244563915_rus.pdf)
3. Доклад о табачной зависимости и прекращении употребления табака (в связи со статьей 14 Конвенции (решение FCTC/COP 2 (14)) //ВОЗ. – 2008. – 22с.

4. Левшин В.Ф. Табакизм: патогенез, диагностика и лечение. – М.: ИМА-ПРЕСС, - 2012, - 128с. 8. Левшин В.Ф., Слепченко Н.И., Радкевич Н.В. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности препарата Табекс® (цитизин) при лечении табачной зависимости. / Вопросы наркологии. – 2009. - №5. – С. 13-22.
5. Махов М.А. Табачная зависимость – инструменты измерения // Наркология – 2015. - №3. – С.46 – 57.
6. Махов М.А., Надеждин А.В. Клинические особенности табачной зависимости у больных алкоголизмом // Наркология. – 2016. – №1. – С. 39 – 50.
7. Надеждин А.В., Тетенюва Е.Ю., Зекрина Н.А., Колгашкин А.Ю. Лечение и диагностика никотиновой зависимости// Наркология. - 2011. - Т. 10. - № 10 (118). - С. 84-94. Журнал «Медицина» № 3, 2016 182 182
8. Прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости. Научно обоснованные рекомендации под редакцией профессора А.К. Демина. Москва, Российская Федерация – Вашингтон, округ Колумбия, США, Издательство: РАПСИГО. - 2013.- 244 с.
9. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. – 2003. - 42с. – Режим доступа: [http://www.who.int/fctc/whofctc\\_cover\\_russian.pdf](http://www.who.int/fctc/whofctc_cover_russian.pdf)
10. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике //Учебное пособие. - 2010.- «УП Принт» Россия, Москва - 64с.
11. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости//«Справочник поликлинического врача», - 2008. - № 14–15, - С. 16-20
12. Sharipova Gulnihol Idiyevna. DISCUSSION OF RESULTS OF PERSONAL STUDIES IN THE USE OF MIL THERAPY IN THE TREATMENT OF TRAUMA TO THE ORAL MUCOSA// European Journal of Molecular medicine volume 2, No.2, March 2022 Published by ejournals PVT LTDDOI prefix: 10.52325 Issued Bimonthly Requirements for the authors.