

## ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОГО ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

**А. Шпрыков**, кандидат медицинских наук,  
Нижегородская государственная медицинская академия  
E-mail: olgachpr@aport.ru

*По результатам изучения клинических особенностей внебольничных пневмоний, интенсивное табакокурение достоверно способствует более стертomu началу болезни, меньшей частоте жалоб на слабость, большей тяжести и обширности процесса, замедленной обратной динамике с выраженными остаточными изменениями, учащению в 1,5–2 раза плевритов и деструктивных изменений.*

**Ключевые слова:** табакокурение, пневмония, клинические особенности.

**П**невмония — одна из актуальных медицинских проблем. В России ежегодно регистрируется до 500 тыс. случаев внебольничных пневмоний, что составляет около 1/3 от их истинного количества [6, 7]. В США заболеваемость пневмониями взрослых — 12–17 на 1000 человек [11], летальность колеблется от 1–3% у лиц до 60 лет до 9–25% — у лиц старше 60 лет [1].

Заболеваемость и летальность при пневмониях весьма существенно зависят от имеющихся у пациента факторов риска [1, 7]. Роль одного из них — хронической табачной интоксикации — изучена недостаточно. Говоря о вреде табакокурения, ряд авторов рассматривают его влияние на развитие пневмококковых инфекций, болезней легких, заболеваний органов дыхания [2, 5, 9], однако конкретных данных приводится мало.

Некоторые публикации указывают на курение как на фактор риска развития внебольничных пневмоний [7, 10, 11] или летальности от них [12]. При этом практически отсутствуют или единичны сведения об особенностях этиологии, патогенеза, клиники и течения пневмоний у табакокурильщиков.

Актуальность проблемы усиливается продолжающейся эпидемией табакокурения: несмотря на уменьшение распространенности курения в ряде развитых стран (в основном — среди мужчин), во многих развитых (на 0,8%) и развивающихся (2,8%) странах его частота продолжает возрастать, большей частью — за счет женщин, подростков и детей [4, 8].

Целью работы было выявить клинические особенности внебольничных пневмоний у многокурящих больных.

С этой целью изучена медицинская документация 65 курильщиков (основная группа) и 32 некурящих (группа сравнения), госпитализированных в терапевтические и фтизиатрические стационары Нижнего Новгорода с диагнозом «внебольничная пневмония». Все курящие больные относились к группе так называемых злостных курильщиков (индекс курящего человека — 220 и более), стаж курения у большинства — более 10 лет). Больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, злокачественные новообразования и т.п.), пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии в исследование не включали.

Поскольку, несмотря на значительное увеличение частоты за последние годы курения среди женщин, среди многокурящих больных преобладают мужчины, в исследование были отобраны только лица мужского пола. Подобный подход применялся, например, в фундаментальных исследованиях R. Doll, R. Peto et al. [12], которые вели наблюдение за врачами-мужчинами.

По возрастному составу группы курящих и некурящих были примерно одинаковыми — от 19 до 68 лет, в основном — 30–49 лет, причем некурящие были несколько старше.

Для обследования больных использовали стандартные методы: сбор анамнеза и жалоб, общеклиническое обследование, анализ крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, микробиологическое исследование мокроты и лаважной жидкости, у части больных — определение чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам дискодиффузионным методом и показателей функции легких.

Результаты были статистически обработаны с определением ошибки средней ( $M \pm m$ ); различия считались статистически значимыми при величине  $p < 0,05$ , определенной с применением  $t$ -критерия Стьюдента.

Заболевание начиналось остро в группе курящих значительно реже, чем у некурящих: соответственно у 24,6% (16 человек) и 59,4% (19 человек);  $p < 0,001$ . У большинства лиц основной группы начало заболевания было стертым, в первые 1–2 (иногда — и 3) дня они к врачу не обращались, продолжали работать и лечиться домашними средствами. Симптоматика в сравниваемых группах практически не различалась, однако выраженность симптомов имела особенности. Табакокурильщиков чаще беспокоила одышка — у 53 человек (81,5%), кашель — у 58 (89,2%), боль в груди — у 27 (41,5%), против соответственно 18 (56,3%); 21 (65,6%) и 9 (28,1%) —  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$  и  $p > 0,05$ . Поначалу у всех пациентов кашель носил непродуктивный характер, затем начала отделяться мокрота.

Повышение температуры тела отмечали практически все больные в обеих группах (несколько больше таковых было среди курящих: 98,5 против 93,8%). При этом жаловались на недомогание и слабость чаще некурящие больные: 29 (90,6%) против 47 (72,3%);  $p < 0,05$ . Последнее можно объяснить стимулирующим воздействием никотина.

У злостных табакокурильщиков пневмония отличалась большей тяжестью: тяжелое течение отмечалось в этой группе у 21 (32,3%) против 7 (21,9%) в группе некурящих, среднетяжелые формы — соответственно у 42 (64,6%) и 19 (59,4%), легкое течение — у 2 (3,1%) и 6 (18,7%); соответственно  $p > 0,05$ ;  $p > 0,05$  и  $p < 0,05$ . Степень тяжести пневмоний определялась согласно общепринятым критериям [1, 7].

Изучение физикальных данных не выявило статистически достоверной разницы между группами. Различия заключались в более обширном поражении легочной ткани и осложнениях у многокурящих больных.

Исследование показателей периферической крови выявило в основной группе повышенные СОЭ и лейкоцитоз. Степень увеличения второго показателя была статистически достоверна: в основной группе и в группе сравнения — соответственно  $15,30 \pm 1,03 \cdot 10^9$ /л и  $12,90 \pm 0,56 \cdot 10^9$ /л ( $p < 0,05$ ).

С одной стороны, полученные данные соответствуют более тяжелому течению пневмоний у злостных курильщиков, с другой — подтверждаются выводы ряда авторов о стимулирующем влиянии интенсивного курения на уро-

вень лейкоцитов и других показателей крови [5]. Правда, в отдельных работах указано на отсутствие четкой взаимозависимости между объемом пораженной легочной ткани, тяжестью процесса и картиной периферической крови [3].

Комплексное рентгенологическое обследование легких существенных различий в локализации патологических изменений у больных основной группы и группы сравнения не выявило. У большинства всех больных (70,1%) было поражено правое легкое, в 57,7% случаев — нижняя доля. У курящих больных несколько чаще имела место нижнедолевая локализация справа и верхнедолевая — слева.

В группе интенсивно курящих больных четко прослеживался больший объем поражения легочной ткани, чем в группе сравнения. Так, поражение в пределах I сегмента отмечалось у 4 (6,1%) курящих и 7 (21,9%) некурящих; доля легкого была поражена у 38 (58,5%) курящих и у 18 (56,2%) некурящих, более доли — соответственно у 23 (35,4%) и 7 (21,9%) —  $p < 0,05$ ;  $p > 0,05$  и  $p > 0,05$ .

По клинко-рентгенологическим данным, у всех больных возбудителями пневмоний явились типичные пневмотропные бактерии, однако идентифицировать возбудителей удалось менее чем в 2/3 случаев.

Следует, однако, обратить внимание на то, что у курящих удельный вес пневмоний установленной этиологии почти в 1,5 раза выше, чем у некурящих. Это отмечают и некоторые другие авторы [13], причем только большей частотой продуктивного кашля у курящих объяснить этот факт сложно.

Всех больных лечили согласно существующим руководствам и стандартам. При поступлении больного в стационар выбор антибиотика осуществлялся эмпирически, затем, при необходимости, терапия корректировалась в соответствии с микробиологическими и клинко-рентгенологическими данными. Если воспалительный процесс протекал торпидно и не разрешался в течение 4 нед и более, мы считали течение пневмонии затяжным или осложненным. В основной группе затяжное течение болезни наблюдалось в 1,5 раза чаще, чем среди некурящих: соответственно у 25 (38,5%) и 8 (25,0%);  $p > 0,05$ .

Осложнения в виде плеврального выпота и деструкции легочной ткани выявлялись у больных обеих групп, но с разной частотой. У злостных табакокурящих плеврит диагностирован в 19 (29,2%) наблюдениях, абсцесс — в 12 (18,5%), а у некурящих — соответственно в 3 (9,4%) и 4 (12,5%);  $p < 0,5$  и  $p > 0,05$ .

При выписке у значительной части курящих имели место остаточные изменения (постпневмонический фиброз,

плевральные наложения, спайки и т.д.); они выявлены у 43 (66,2%) курящих и у 12 (37,5%) некурящих ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, интенсивное табакокурение утяжеляет течение внебольничных бактериальных пневмоний, приводит к более обширному поражению легочной ткани, замедленной обратной динамике, большей (в 1,5–2 раза) частоте осложнений и остаточных изменений. Трудности диагностики пневмоний у этой категории пациентов способствует более редкое острое начало заболевания и меньшая частота жалоб на слабость и недомогание.

## Литература

1. Диагностика и лечение пневмоний: Основные принципы: Уч. пособ. / Под ред. Г.И. Сторожанова, А.А. Карабиненко. — М.: Мед. информ. агентство, 2008. — 168 с.
2. Козлов Р.С. Пневмококки: прошлое, настоящее, будущее. — Смоленск: Смоленская гос. мед. академия, 2005. — 128 с.
3. Колпащиков И.Е., Шахов Б.Е. Клинико-рентгенологическая картина современных внебольничных крупозных пневмоний // Ниж. мед. журн. — 2004; 4: 44–51.
4. Коробкина З.В. У опасной черты // М.: Мысль, 1991. — С. 139–177.
5. Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Курение. — М.: Медицина, 1988 — 160 с.
6. Чучалин А.Г. Инфекционные заболевания нижнего отдела дыхательных путей // Пульмонология. — 1999; 2: 6–9.
7. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония. — М.: Экономика и информатика, 2002. — 480 с.
8. Чучалин А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания // РМЖ. — 2008; 16 (22): 1477–1481.
9. Шульцев Г.П. Клиника поражений внутренних органов у курящих // Клини. мед. — 1988; 66: 10: 21–27.
10. Arcavi L., Benowitz L. Neal. Cigarette smoking and Infection // Arch. Intern. Med. — 2004; 164: 2206–2216.
11. Blasi F. The pathogenesis of community-acquired pneumonia // Eur. Respir. Review. — 2004; 13 (91): 80–84.
12. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking : 50 years observations on male doctors // BMJ. — 2004; 328: 1519–1527.
13. Ewig S., Torres A., Angeles M. et al. Factors associated with unknown aetiology in patients with community-acquired pneumonia // Eur. Respir. J. — 2002; 20: 1254–1262.

## SIGNIFICANCE OF INTENSE TOBACCO SMOKING FOR THE COURSE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIAS

**A. Shprykov**, Candidate of Medical Sciences  
Nizhni Novgorod State Medical Academy

According to the results of studying the clinical features of community-acquired pneumonias, intense tobacco smoking significantly promotes a more insidious onset of the disease, lower rates of complaints of weakness, a more severity and more extension of the process, delayed regression with pronounced residual changes, and a 1.5-2-fold increase in the incidence of pleurisy and destructive changes.

**Key words:** tobacco smoking, pneumonia, clinical features.