

В.І. Попович, д.м.н., професор, Івано-Франківський національний медичний університет

Роль вірусу Епштейна-Барр в етіології та перебігу запальних захворювань верхніх дихальних шляхів

Запальні захворювання верхніх дихальних шляхів являють собою важливу соціальну проблему не тільки в отоларингології, а й у медицині загалом. Незважаючи на вдосконалення методів діагностики та лікування, ця проблема продовжує привертати увагу клініцистів широким колом невирішених питань. Одним із них є роль вірусного агента в етіології та перебігу запальних захворювань верхніх дихальних шляхів. У зв'язку з високою розповсюдженістю серед пацієнтів запальних захворювань носоглотки і приносних пазух, а також недостатнім вивченням проблеми інфікування їх герпесвірусами, зокрема вірусом Епштейна-Барр (ЕБВ), було вирішено вивчити можливий взаємозв'язок, що сприятиме розв'язанню існуючої проблеми.

Матеріал і методи

Було обстежено три групи: 60 пацієнтів із хронічним назофарингітом ЕБВ-етіології, 60 пацієнтів із хронічним риносинуситом в стадії загострення та 30 практично здорових осіб. Діагностичний комплекс, який застосовувався у пацієнтів першої групи, передбачав вивчення скарж, збір анамнезу, передню і середню риноскопію, ендоскопічні дослідження порожнини носоглотки, визначення імунoglobулінів класів М, G до ЕБВ, а також проведення полімеразної ланцюгової реакції (для верифікації інфікування ЕБВ), мікробіологічне дослідження змивів з носоглотки, визначення вмісту секреторного IgA у носоглоткових змивах, патоморфологічне дослідження лімфоїдної тканини носоглотки. У пацієнтів другої групи здійснювали вивчення скарж, збір анамнестичних даних, огляд ЛОР-органів, ендоскопічне дослідження порожнини носа, рентгенографію приносних пазух, оцінку стану носового дихання, дослідження транспортної активності миготливого епітелію слизової оболонки порожнини носа, нюхової та всмоктувальної функцій слизової оболонки носа, мікробіологічне дослідження мазків із порожнини носа, імуноферментний аналіз (для верифікації інфікування ЕБВ), імунологічні дослідження.

Результати та їх обговорення

Основними скаргами пацієнтів першої групи були подразнення та відчуття кому в горлі, відчуття стікання по задній стінці глотки (25%), часті рецидиви риніту, фарингіту, ГРВІ (31,25%), субфебрилітет у вечірній час, збільшення лімфовузлів задньої шийної групи (28,13%).

Під час ендоскопічного огляду носоглотки виявлено її гіперемію та набряк, у товщі гіпертрофованого глоткового мигдалика – кістозні утворення. Пацієнтам було проведено ендоскопічне видалення гіпертрофованої частини глоткового мигдалика і кіст, що сформувалися у ньому з подальшим патогістологічним дослідженням тканини.

Під час визначення вмісту специфічних імунoglobулінів у всіх обстежених пацієнтів спостерігалася підвищення рівня IgG до ЕБВ (1,223-2,78, тоді як норма – 0,1-0,27).

У 15 хворих отримано позитивний результат полімеразної ланцюгової реакції (верифіковано ЕБВ).

Отримані результати мікробіологічного дослідження змивів з носоглотки свідчать про те, що у практично здорових осіб основу анаеробної мікрофлори носоглотки становлять лактобактерії і біфідобактерії, аеробної – стрептококи. Сама ця облігатна частина мікрофлори характеризується вираженими антагоністичними властивостями по відношенню до багатьох патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, формує колонізаційну резистентність слизової носоглотки, стимулює імунологічну резистентність організму, продукцію інтерферонів, компонентів системи комплементу, лізоциму та інших біологічно активних речовин.

У практично здорових осіб відсутні дріжджоподібні гриби роду *Candida*, умовно-патогенні ентеробактерії (ешерихії, клебсієли), патогенна мікрофлора (пневмокок, гемофільні бактерії, псевдомонади), значно рідше висівається золотистий стафілокок, найнижчими є частота виявлення та індекс постійності піогенних стрептококів.

У хворих на ЕБВ-інфекцію захисна функція слизової носоглотки порушується, створюються оптимальні умови для її контамінації транзитними мікроорганізмами та розмноження збудників.

Результати мікробіологічного дослідження, проведеного у хворих на хронічний назофарингіт ЕБВ-етіології, демонструють характерні зміни у видовому складі анаеробної та аеробної аутохтонної й транзитної мікрофлори носоглотки; спостерігаються значні відмінності показників видового складу мікрофлори носоглотки порівняно з такими у здорових осіб.

У пацієнтів із хронічним назофарингітом ЕБВ-етіології виявляються переважно лактобактерії, біфідобактерії, *Streptococcus salivarius*, однак частота виявлення та індекс постійності цих облігатних мікроорганізмів є значно нижчими, ніж у контрольній групі. Лактобактерії повністю елімінують із носоглотки у 40,62% хворих, біфідобактерії – у 28,12%, *S. salivarius* – у 20,62%. Відбувається контамінація слизової носоглотки транзитними мікроорганізмами: збільшується відсоток пацієнтів, у яких виявлялися патогенні піогенні стрептококи (понад 30%) та умовно-патогенний золотистий стафілокок (понад 50%). У деяких хворих були присутні дріжджоподібні гриби роду *Candida*, умовно-патогенні і патогенні бактерії (ешерихії, клебсієли, псевдомонади, пневмокок, гемофільні бактерії). Таким чином, у хворих на хронічний назофарингіт ЕБВ-етіології спостерігаються зміни якісного та кількісного складу мікрофлори.

Отримані дані дозволяють стверджувати, що на тлі ЕБВ-інфекції у всіх хворих виникає носоглотковий дисбактеріоз за рахунок елімінації та вираженого дефіциту аутохтонних лактобактерій, біфідобактерій та *S. salivarius* і контамінації носоглотки транзитними патогенними (піогенними стрептококами, пневмококом, гемофільними бактеріями, псевдомонадами) та умовно-патогенними (стафілококами, гемолітичним стрептококом, ентеробактеріями, грибами роду *Candida*). Порушення видового та кількісного складу мікрофлори носоглотки можуть супроводжуватись зниженням імунного статусу хворих, ускладненням перебігу назофарингіту. Рівень секреторного IgA у носоглоткових змивах знижувався ($0,800 \pm 0,200$ проти $2,7 \pm 0,9$ мг/мл у здорових, $p < 0,001$) у 32 обстежених пацієнтів; у 8 випадках виявлено мінімальні його рівні ($0,300 \pm 0,09$ мг/мл).

Характерною особливістю гіпертрофованих глоткових мигдаликів у разі ЕБВ-інфекції є наявність кістозних

утворів різного розміру та форми у товщі лімфоїдної тканини (рис. 1).

У епітелії частини кіст і в покривному епітелії візуалізуються клітини з гіперхромними пікнотичними ядрами та перинуклеарним гало (рис. 2, 3). Виявлений койлоцитоз епітелію є непрямим свідченням на користь вірусної інфекції.

Аналізуючи основні скарги обстежених пацієнтів другої групи, слід відзначити, що до найпоширеніших скарж відносилися виділення з носа (94,1%), неможливість (10,8%) або порушення (81,7%) носового дихання, загальна слабкість (76,6%), гіпосмія (97,5%). Також хворих турбували головний біль (28,3%), порушення сну (17,5%), зниження працездатності (55,8%), підвищення температури тіла до субфебрильної (60%).

Під час ендоскопічного обстеження носової порожнини у всіх пацієнтів спостерігалася типова картина хронічного катарального синуситу в стадії загострення: набряк, гіперемія та інфільтрація слизової оболонки порожнини носа, особливо в ділянці середнього носового ходу, помірна кількість слизу в середньому та загальному носових ходах.

Дослідження носового дихання за методикою В.Г. Єрмолаєва дозволило

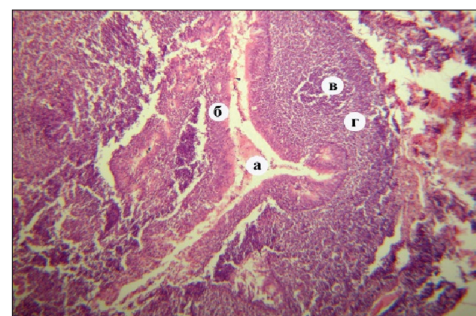


Рис. 1. Кіста у товщі гіперплазованого глоткового мигдалика

а – просвіт кісти; б – епітеліальна вистилка кісти; в – фолікул мигдалика; г – параволікулярна тканина мигдалика. Зabarвлення: гематоксилін та еозин. 36.: ок. 10, об. 10.

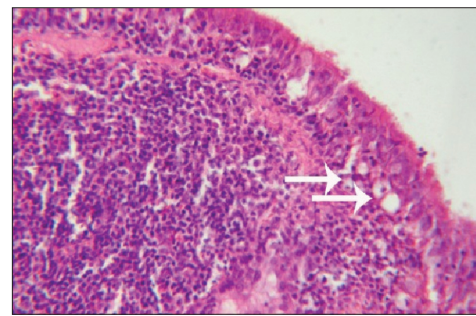


Рис. 2. Койлоцитоз поверхневого респіраторного епітелію

Зabarвлення: гематоксилін та еозин. 36.: ок. 10, об. 40.

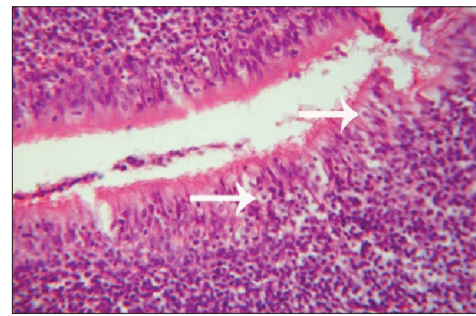


Рис. 3. Койлоцитоз епітелію кісти

Зabarвлення: гематоксилін та еозин. 36.: ок. 10, об. 40.



В.І. Попович

встановити 4, 3-й і 2-й ступінь порушення носового дихання у 55,8; 35,8 і 8,3% пацієнтів відповідно.

Під час дослідження транспортної активності миготливого епітелію отримані результати, які свідчать про зниження мукоциліарного кліренсу у всіх пацієнтів: у 27,5% хворих швидкість переміщення крихти сахарину відповідала II ступеню транспортної активності, а у 67,5% осіб – III ступеню.

Під час мікробіологічного дослідження у хворих на хронічний катаральний синусит було виявлено умовно-патогенну мікрофлору. Виявлено переважно *S. pidemidis* (34,3%), *S. aureus* (22,1%), *S. pyogenus* (14,8%), *S. pneumoniae* (5,6%), *Neisseria* spp. (13%), *Enterococcus* spp. (10,2%).

За допомогою імуноферментного аналізу у 75% виявлено IgG до ЕБВ, у 5% – IgM.

Позитивний результат полімеразної ланцюгової реакції щодо виявлення ЕБВ отримано у 56,7% хворих на хронічний катаральний синусит.

Аналіз отриманих даних свідчить про досить високий рівень інфікованості пацієнтів із хронічним катаральним синуситом ЕБВ, що дозволяє зробити припущення про його можливу роль у генезі цих захворювань. На нашу думку, визначення наявності ЕБВ у хворих пацієнтів із хронічним катаральним синуситом, які мають пролонгований перебіг хвороби та не відповідають на стандартну терапію, є доцільним.

За допомогою імунологічних аналізів встановлено, що у хворих на хронічний катаральний синусит із ЕБВ-інфекцією рівень IgA в сироватці крові підвищений, а IgG знижений порівняно з хворими без ЕБВ-інфекції. Суттєвих змін рівнів циркулюючих імунних комплексів не виявлено, тому слід відмітити відсутність відхилень цих показників у хворих обох груп порівняно з таким у пацієнтів групи контролю.

Рівень лактоферину в сироватці крові хворих на хронічний катаральний синусит приблизно в 4 рази перевищував такий у обстежених контрольної групи і не залежав від наявності/відсутності ЕБВ-інфекції (0,6 мкг/мл у групі контролю, 2,35 мкг/мл у хворих на хронічний катаральний синусит без ЕБВ-інфекції, 2,4 мкг/мл у пацієнтів із хронічним катаральним синуситом, інфікованих ЕБВ).

Дизайн дослідження також передбачав визначення рівнів прозапальних цитокінів інтерлейкіну-1β та інтерлейкіну-8, а також інтерферону γ (ІФНγ). У хворих на хронічний катаральний синусит без ЕБВ-інфекції спостерігалися достовірно більш високий вміст інтерлейкіну-1β та інтерлейкіну-8, а також недостовірна

тенденція до збільшення ІФНУ. У хворих на хронічний катаральний синусит, інфікованих ЕБВ, рівень усіх досліджуваних цитокінів був підвищеним.

Крім того, відмічено зниження активності природних кілерів у групі хворих на хронічний катаральний синусит, інфікованих ЕБВ.

Узагальнюючи отримані результати, можемо зробити наступні висновки.

- Особливостями клінічного перебігу хронічного синуситу та назофарингіту в поєднанні з ЕБВ-інфекцією є тривалий анамнез захворювання, більша частота рецидивів, відсутність стійкої ремісії, гіперемія слизової оболонки носової порожнини з вираженим судинним малюнком, збільшення задньощийних лімфатичних вузлів, моноцитоз та лімфоцитоз у загальному аналізі крові.

- Основними методами для визначення інфікування ЕБВ є реакція імуноферментного аналізу та полімеразна ланцюгова реакція.

- У пацієнтів з хронічною ЕБВ-інфекцією із носоглотки елімінують аутохтонні облигатні анаеробні лактобактерії, біфідобактерії та *S. salivarius*, відбувається контамінація слизових патогенними (піогенним стрептококом, пневмококом, гемофільними бактеріями) та умовно-патогенними (стафілококами, гемолітичним стрептококом, ентеробактеріями, дріжджоподібними грибами роду *Candida*) мікроорганізмами.

- Стан імунореактивності організму, в тому числі місцевого імунітету, значною мірою визначає характер та перебіг назофарингіту ЕБВ-етиології. У зв'язку з цим особливого значення набуває оцінка стану місцевого імунітету у пацієнтів із поєднанням запального процесу в носоглотці та хронічної ЕБВ-інфекції, результати якої повинні бути враховані під час розробки нових діагностичних та лікувальних підходів.

- У гіперплазованих глоткових мигдаликах спостерігається вогнищева метаплазія поверхневого респіраторного епітелію, гіперплазія лімфоїдної тканини фолікулів і парафолікулярної тканини, кістоутворення з формуванням справжніх і псевдокіст, койлоцитоз поверхневого епітелію й епітелію кіст, поява поодиноких інтраепітеліальних широкопроплазматичних лімфоцитів, що підтверджує наявність хронічного запального процесу та ураження лімфоїдної тканини носоглотки ЕБВ.

- Основними відхиленнями у системному імунітеті у хворих на хронічний катаральний синусит із ЕБВ-інфекцією є зменшення кількості лімфоцитів, зниження цитолітичної активності природних кілерів і підвищення концентрації ІФНУ.

Практичні рекомендації

1. Визначення секреторного ІgА в слині дозволяє оцінити стан місцевого імунітету верхніх дихальних шляхів і успішно запобігти в подальшому хронізації та прогресуванню запального процесу.

2. Визначення популяційного рівня патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів в носоглоткових змивах сприяє своєчасному призначенню адекватної терапії і зниженню ризику виникнення бактеріальних ускладнень.

3. У разі тривалого анамнезу захворювання, більш частих рецидивів та відсутності стійкої ремісії у хворих на хронічний катаральний синусит доречно визначити наявність ЕБВ-інфекції шляхом імуноферментного аналізу або полімеразної ланцюгової реакції.

4. Одним із простих у виконанні імунодіагностичних підходів є дослідження факторів місцевого імунітету (визначення рівнів лактоферину, інтерлейкіну-1 β у ротоглотковому секреті, його клітинного складу).

• Дайджест

Сравнение титропия и β_2 -агонистов длительного действия при стабильном ХОЗЛ: результаты Кокрановского обзора

Титропий и β_2 -агонисты длительного действия (БАДД) широко применяются в лечении пациентов со стабильным течением хронического obstructивного заболевания легких (ХОЗЛ). За последние годы было опубликовано несколько новых исследований, в которых проводилось сравнение титропия и БАДД, включая недавно появившиеся препараты. Чтобы суммировать имеющиеся данные, был проведен обзор, посвященный сравнению эффективности монотерапии титропия бромидом и БАДД в аспектах ее влияния на качество жизни, частоту обострений, функцию легких и риск нежелательных явлений у пациентов со стабильным течением ХОЗЛ. Было также выполнено обобщение имеющихся данных по фармакоэкономической эффективности обеих групп препаратов.

Поиск рандомизированных контролируемых испытаний проводили в базе данных Cochrane Airways Group Specialised Register of trials, фармакоэкономических исследований – в NHS EED и HEED (по февраль 2012 г.). Несколько дополнительных исследований были найдены в других on-line регистрах клинических исследований.

Включение в обзор подлежали рандомизированные контролируемые испытания и фармакоэкономические исследования, в которых проводилось сравнение монотерапии титропием и БАДД у пациентов с ХОЗЛ.

Критериям включения соответствовали 7 исследований с участием 11 223 пациентов с ХОЗЛ. Испытания имели сходный дизайн и в целом были высокого методологического качества. Критерии включения пациентов были сопоставимыми, хотя исследования несколько отличались по таким параметрам, как оценка статуса курения и тяжести ХОЗЛ. В этих исследованиях сравнивали титропий с салметеролом (4 исследования, 8936 пациентов), формотеролом (1 исследование, 431 пациент) и индакатеролом (2 исследования, 2856 пациентов). Все пациенты, помимо бронходилататоров, могли получать ингаляционные кортикостероиды в фиксированной дозе. Продолжительность исследований варьировала от 3 до 12 мес. Риск систематической ошибки во всех включенных в обзор работах был низким.

Анализ первичных конечных точек в этом обзоре показал высокий уровень гетерогенности между исследованиями, поэтому объединенный количественный анализ показателя качества жизни по опроснику Госпитала св. Георгия не проводился. Подгрупповой анализ показал, что степень отличия отдельных БАДД (салметерола, формотерола, индакатерола) от титропия в аспекте улучшения качества жизни существенно отличалась.

В целом титропий по сравнению с БАДД обеспечил уменьшение количества пациентов с 1 обострением за период наблюдения (ОР 0,86; 95% ДИ от 0,79 до 0,93). По этой конечной точке не было существенных различий между отдельными БАДД. Между группами лечения не обнаружено достоверной разницы по влиянию на смертность.

Что касается вторичных конечных точек, то титропий ассоциировался со снижением частоты тяжелых обострений ХОЗЛ, приводящих к госпитализации, по сравнению с соответствующим показателем для БАДД (ОР 0,87; 95% ДИ от 0,77 до 0,99), хотя общая частота обострений достоверно не отличалась.

Не зафиксировано достоверных различий между группами титропия и БАДД в отношении изменения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) и выраженности симптомов.

В группе титропия была более низкой частота нефатальных серьезных нежелательных явлений по сравнению с таковой в группах БАДД (ОР 0,88; 95% ДИ от 0,78 до 0,99). Терапия титропием также ассоциировалась с более низкой частотой выбывания из исследования (ОР 0,89; 95% ДИ от 0,81 до 0,99).

Было найдено 6 соответствующих критериям включения фармакоэкономических исследований по сравнению титропия и салметерола (исследования проводились в Великобритании, Греции, Нидерландах, Испании и США). Все испытания продемонстрировали более высокую эффективность титропия по сравнению с таковой БАДД по клиническим исходам (уменьшению частоты обострений и улучшению качества жизни) и/или по уменьшению общих расходов на

лечение, при этом авторы всех исследований подчеркивают отсутствие уверенности в полученных результатах.

Таким образом, данный обзор Кокрановского сотрудничества показал отсутствие убедительных доказательств преимуществ титропия перед БАДД у пациентов с ХОЗЛ в отношении улучшения качества их жизни. Такое сравнение в значительной степени осложнено различиями между отдельными препаратами класса БАДД по влиянию на качество жизни. В то же время титропий более эффективен, чем БАДД в целом как группа, в предупреждении обострений ХОЗЛ и связанных с заболеванием госпитализаций. Хотя достоверной разницы между группами по общей частоте госпитализаций и смертности в ходе исследований выявлено не было, при использовании титропия наблюдалась меньшая частота нежелательных явлений и досрочного выбывания из исследований по сравнению с таковой на фоне БАДД. Уменьшение выраженности симптомов и улучшение функции легких было сопоставимо во всех группах лечения.

В связи с небольшим количеством проведенных в настоящее время исследований с прямым сравнением этих препаратов и высоким уровнем их гетерогенности авторы предлагают следующий подход: пациентам со стабильным течением ХОЗЛ можно сначала назначить титропия бромид, а затем заменить его на БАДД (или же наоборот), а в дальнейшем продолжить терапию тем бронхолитиком, которому пациент отдаст предпочтение. Имеющиеся на сегодня фармакоэкономические данные свидетельствуют о том, что титропий может быть более выгодным по сравнению с салметеролом в определенных условиях, однако имеется значительная неопределенность относительно полученных результатов.

Chong J., Karner C., Poole P. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12; 9:CD009157.

Риск нежелательных явлений, ассоциирующихся с гипоксемией и гипероксемией при обострении ХОЗЛ

Досрочная оксигенотерапия высокими концентрациями кислорода приводит к ухудшению клинических исходов у пациентов с обострением ХОЗЛ. В то же время значительно меньше известно о том, с какими рисками при обострении ХОЗЛ ассоциируется сохраняющаяся, несмотря на проведение оксигенотерапии, гипоксемия. Современные руководства по лечению ХОЗЛ рекомендуют титровать кислород до достижения целевого уровня сатурации кислорода 88-92%.

Целью данного исследования новозеландских ученых было изучить взаимосвязь между уровнем PaO₂ и риском серьезных нежелательных явлений у пациентов с обострением ХОЗЛ. Авторы провели ретроспективный анализ данных наблюдения пациентов, поступивших с обострением ХОЗЛ с июня 2005 по январь 2008 года. Пациентам проводили анализ газов артериальной крови в течение 4 ч после обращения за медицинской помощью. Участников исследования условно разделили на следующие группы: с гипоксемией (PaO₂ >60 мм рт. ст.), нормоксемией (PaO₂ 60-100 мм рт. ст.), гипероксемией (PaO₂ >100 мм рт. ст.). Серьезными нежелательными явлениями считались гиперкапническая респираторная дыхательная недостаточность, необходимость в искусственной вентиляции легких и смерть.

Из 680 обращений больных ХОЗЛ за рассматриваемый период критериям включения в анализ соответствовали 254 визита (180 пациентов). Гипероксемия отмечалась в 61 случае из 254 (24%) и по сравнению с нормоксемией была четко связана с повышением риска серьезных неблагоприятных исходов (ОР 9,17; 95% ДИ от 4,08 до 20,6). Гипоксемия по сравнению с нормоксемией также ассоциировалась с повышенным риском развития серьезных нежелательных явлений (ОР 2,16; 95% ДИ от 1,11 до 4,20). По сравнению с пациентами, у которых был достигнут целевой уровень насыщения крови кислородом (88-92%), риск серьезных неблагоприятных исходов был выше как в группе с PaO₂ <88% (ОР 2,0; 95% ДИ от 1,03 до 3,80), так и в группе с PaO₂ >96% (ОР 2,37; 95% ДИ от 1,34 до 4,20).

Таким образом, у пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу обострения ХОЗЛ, гипероксемия и гипоксемия ассоциируются с повышением риска серьезных нежелательных

явлений. Эти данные подтверждают важность титрования кислорода до достижения целевых показателей сатурации.

Cameron L. et al. Postgrad Med J. 2012 Sep 12.

Курение и утолщение стенки бронхов по данным КТ: результаты исследования MESA Lung

Данные аутопсии показывают, что курение способствует гиперплазии стенки дыхательных путей и сужению их просвета. Авторы данного исследования предположили, что курение может ассоциироваться с утолщением стенки дыхательных путей в общей популяции. Чтобы проверить данную гипотезу, исследователи проанализировали данные наблюдения за участниками исследования MESA – лицами в возрасте 45-84 лет, отобранными из общей популяции. Анамнез курения оценивали с помощью стандартизированных опросников. Текущий статус курения у половины когорты подтверждали с помощью теста с котинином. Толщину стенки дыхательных путей и просвет оценивали с помощью компьютерной томографии (КТ). Данные корректировали с учетом возраста, пола, роста, веса, образования, генетической предрасположенности, наличия астмы в анамнезе, типа применяемого оборудования.

Половина из 7898 участников когда-либо курили, 14% пациентов были курильщиками на момент проведения исследования. Анамнез курения, оцениваемый в пачко-годах, ассоциировался с утолщением стенки дыхательных путей (среднее увеличение на 0,002 мм на каждые 10 пачко-лет; 95% ДИ от 0,0002 до 0,004; p=0,03). У лиц, имевших статус активного курильщика на момент включения в исследование, просвет дыхательных путей был достоверно уже, чем у некурящих (снижение на 0,11 мм; 95% ДИ от -0,2 до -0,02; p=0,02). Не было получено каких-либо доказательств того, что на эту связь влияют генетические факторы. Важно отметить также тот факт, что выявленные изменения наблюдались у пациентов без явных клинических признаков легочного заболевания.

Таким образом, длительное курение ассоциируется с субклиническим увеличением толщины стенки субсегментарных бронхов, в то время как статус курения на текущий момент ассоциируется с снижением диаметра дыхательных путей. Авторы исследования подчеркивают, что курение может приводить к утолщению стенки дыхательных путей задолго до того, как разовьются клинически выраженная симптоматика ХОЗЛ.

Donohue K.M. et al. Respir Med. 2012 Sep 10.

Отказ от курения и смертность у пациентов с ХОЗЛ: результаты исследования JACC

Японские ученые изучили влияние отказа от курения на смертность пациентов с ХОЗЛ. Для этого провели анализ результатов исследования JACC, в котором принимали участие 41 465 мужчин и 52 662 женщины в возрасте 40-79 лет без ХОЗЛ, бронхиальной астмы, других хронических заболеваний легких, кардиоваскулярной и онкологической патологии на момент включения в испытание. Участников наблюдали с 1988 по 2008 год.

За период наблюдения, который в среднем составил 18 лет, было зафиксировано 285 случаев смерти вследствие ХОЗЛ (251 летальный исход среди мужчин и 34 – среди женщин). Относительный риск смерти от ХОЗЛ составил 4,46 (2,72-7,29) для курящих мужчин и 9,26 (4,19-20,5) для курящих женщин по сравнению с таковым у лиц, которые никогда не курили. У мужчин, которые отказались от курения 5-9 и ≥ 10 лет, относительный риск смерти по сравнению с соответствующим показателем у лиц, продолжающих курить, составил 0,44 (0,22-0,87) и 0,36 (0,22-0,58) соответственно, в то время как для людей, никогда не куривших, этот показатель составил 0,3 (0,16-0,57). Среди женщин было зарегистрировано недостаточное количество смертей от ХОЗЛ, чтобы проверить данную взаимосвязь.

Таким образом, четко показано, что отказ от курения ≥ 10 лет приводит к снижению риска смерти от ХОЗЛ до уровня, соответствующего таковому у лиц, никогда не куривших.

Li Y., Yamagishi K., Yatsuya H., Tamakoshi A., Iso H. Prev Med. 2012 Sep 12.

Підготувала **Наталья Мищенко**