

направленной на повышение сопротивляемости барьера слизистой оболочки кишечника против эндотоксина. С нетерпением ожидаются дальнейшие выборочные контрольные испытания. Трансплантация является выбором для пациентов с алкогольной патологией печени в конечной стадии. Большинство трансплантационных станций настаивают на периоде абстиненции перед трансплантацией, чтобы успокоить общественное мнение и посмотреть, улучшится ли состояние пациента настолько, что трансплантация больше не будет ему показана.

Список литературы

1. Stewart S., Jones D., Day C. P. Alcoholic liver disease: new insights into mechanisms and preventative strategies. *Trends Mol. Med.* — 2001. — 9. — P. 408—13.
2. Day C. P. Who gets alcoholic liver disease: nature or nurture? // *J. R. Coll. Physicians London.* — 2000. — 34. — P. 557—62.
3. Bellentani S., Saccoccio G., Costa G. et al. Drinking habits as co-factors and risk for alcohol induced liver damage. The Dionysos Study Group. // *Gut.* — 1997. — 41. — P. 845—50.
4. Naveau S., Giraud V., Borotto E. et al. Excess weight risk factor for alcoholic liver disease. // *Hepatology.* — 1997. — 25. — P. 108—11.

Алкоголизм и патология органов дыхания

НАЙДЕНОВА Н.Г.

к.м.н., доцент, зав. каф. наркологии и токсикологии с курсом психотерапии ФУВ РГМУ, Москва

ГОРДЕЕВ М.Н.

к.м.н., зав. каф. психотерапии и клинической психологии ФУВ РГМУ, Москва

В настоящее время в наибольшей степени изучены такие висцеральные проявления алкогольной болезни, как патология печени и сердечно-сосудистой системы (алкогольная кардиомиопатия). В наименьшей степени в современной научной литературе отражена патология органов дыхания у лиц, страдающих алкоголизмом. В статье представлен подробный анализ частоты распространенности алкоголизма среди пациентов пульмонологического отделения городской клинической больницы.

Приведенные авторами данные свидетельствуют о частом развитии при алкоголизме таких заболеваний, как туберкулез, рак легких и осложненные пневмонии. Наиболее подробно изложены результаты исследования сочетанного течения алкоголизма и легочного воспаления. Установлено, что пневмония у лиц, страдающих алкоголизмом, протекает более длительно, с выраженной интоксикацией, частыми осложнениями, резистентностью к антибиотикотерапии. Авторами определены новые подходы к лечению сочетанной патологии, заключающиеся в проведении длительной дезинтоксикационной и антиоксидантной терапии, раннем назначении препаратов, снижающих влечение к алкоголю, проведении адекватной антибиотикотерапии.

Экономические и социальные трудности в жизни российского общества в течение последних десятилетий способствовали стремительной алкоголизации населения. Так, за последние 40 лет количество больных, страдающих алкоголизмом, возросло в 2,6 раза. По данным официальной статистики, в настоящее время в нашей стране зарегистрировано около 4,5 млн. больных алкоголизмом. При этом предполагается, что истинная распространенность алкоголизма в 3—4 раза выше [1].

Прогрессирующая алкоголизация и многообразие воздействия хронической алкогольной интоксикации на организм способствует формированию и обострению различных соматических заболеваний [2]. В настоящее время сформировалось представление об алкоголизме и алкогольной болезни как о заболевании с поражением целого ряда органов и систем [4, 7]. Клиницистами достаточно подробно изучены лишь некоторые висцеральные осложнения алкогольной болезни (алкогольные поражения печени, алкогольная кардиомиопатия и некоторые другие). В меньшей степени было изучено состояние органов дыхания и соответствующей пульмонологической патологии, развивающейся при хронической алкогольной интоксикации [6].

Нами исследовалась патология органов дыхания у больных, страдающих алкоголизмом. С этой целью были обследованы 187 пациентов клинической наркологической больницы № 17 и городской клинической больницы № 29 г. Москвы с диагнозом “хронический алкоголизм 2—3-й стадии” с сопутствующим заболеванием органов дыхания как в анамнезе, так и на период исследования.

Наличие бронхолегочной патологии верифицировалось по имеющейся медицинской документации, а также анамнестически, катamnестически и клинически. Группу сравнения составили 195 человек аналогичного возраста, не злоупотреблявших алкоголем (табл. 1).

Представленные данные свидетельствуют о том, что у лиц с алкоголизмом в несколько раз чаще развиваются такие болезни, как хронический бронхит, пневмония, туберкулез; примерно в 3 раза чаще встречаются лица, часто (несколько раз в год) болеющие острыми респираторными заболеваниями. Указанное подтверждается данными рентгенологического обследования 104 больных алкоголизмом (табл. 2).

Среди обследованных больных лишь в 18,3% случаев отмечалась нормальная рентгенологическая картина легких, в большинстве случаев рентгенологическое обследование выявляло изменения структуры легких, трактуемые как склеротические и фиброзные.

При изучении вентиляционной функции легких (ВФЛ), определяемой спирографически, было установлено значимое снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), что свидетельствовало о рестриктивных изменениях, а также выявлены выраженные уменьшение объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ 1) и максимальная объемная скорость при 25% объема выдоха (МОС 25), что характеризует обструкцию крупных бронхов (табл. 3). Были сниженными по отношению к должным величинам также показатели максимальной объемной скорости при 50% объема выдоха (МОС 50) и максимальной объемной скорости при 75% объема выдоха (МОС 75), что характер-

Таблица 1

Частота развития заболеваний органов дыхания у больных алкоголизмом (%).

Нозологическая форма	Группа сравнения (n-195)	Больные алкоголизмом (n-187)
Хронический бронхит	12,3	61,5
Перенесенные пневмонии	13,9	32,3
Туберкулез легких	2,1	11,8
Частые ОРЗ	20,9	65,6

Таблица 2

Изменения органов дыхания больных алкоголизмом по данным рентгенологического обследования

Характер рентгенологических изменений органов дыхания	Частота встречаемости (%)
Склеротическая деформация корней легких	10,6
Диффузный пневмосклероз	19,2
Фиброзные изменения корней легких	17,3
Усиление и деформация легочного рисунка с обеих сторон по всем легочным полям	25,0
Множественные петрификаты, посттуберкулезный фиброз	9,6
Легочные поля и корни легких без каких-либо изменений	18,3

Таблица 3

Показатели вентиляционной функции легких у больных алкоголизмом (% от должных величин)

Группы	ЖЕЛ	ОФВ 1	МОС 25	МОС 50	МОС 75
Алкогольный стаж до 10 лет	78,1 2,0	73,6 2,4	59,0 1,8	65,3 1,9	75,2 2,3
Алкогольный стаж более 10 лет	75,0 1,7	69,1 1,5	52,8 2,1*	56,7 2,4*	71,0 1,4

Примечание. * — различие достоверно ($p < 0,05$).

но для сопутствующего поражения мелких и средних бронхов.

Наиболее выраженные изменения имели место у лиц, длительно (более 10 лет) злоупотребляющих алкоголем.

В целях установления частоты и характера сочетанного течения патологии органов дыхания и алкоголизма нами была проанализирована структура больных, лечившихся в разные годы в специализированном пульмонологическом отделении (табл. 4).

Среди больных с пневмониями, поступивших на лечение в пульмонологическое отделение, 11,8—13,8% пациентов страдали алкоголизмом. Наиболее часто алкоголизм сочетался с тяжелым течением легочного воспаления (14,8—18,3% случаев), примерно в 2 раза чаще, чем при нетяжелых пневмониях (9,0—12,6%). Особенно часто алкоголизм был диагностирован у пациентов с абсцедирующими пневмониями (40,0—57,1% случаев в разные годы).

У пациентов, проходивших лечение по поводу обострения хронического бронхита, алкоголизм имел место в 6,8—7,8% случаев. Еще реже алкоголизм был отмечен у больных бронхиальной астмой (3,3—5,6%).

Почти у каждого четвертого пациента, у которого диагностировался рак легких и проводилось симптоматическое лечение, анамнестически подтверждалось длительное злоупотребление алкоголем. Эти пациенты лечились у нарколога по поводу алкоголизма в разные годы как анонимно, так и в наркологическом диспансере. Алкоголизация ведет к истощению противораковой функции иммунитета

и неспецифической резистентности организма [5]. Кроме того, пары алкоголя и токсичных продуктов его трансформации непосредственно повреждают легочную ткань и эпителий бронхов [6]. Еще чаще алкоголизм имел место у больных туберкулезом легких (56,6—71,4% случаев). Причиной этого является развитие у пациентов глубокого иммунодефицита, белковой недостаточности, нарушения местных противомикробных барьеров [3].

Если средние сроки стационарного лечения пациентов с алкоголизмом по поводу обострения хронического бронхита ненамного превышали сроки лечения пациентов, не злоупотреблявших алкоголем, то у пациентов с пневмониями различия были более выраженными. Так, при пневмониях с нетяжелым течением, развившихся у пациентов, злоупотреблявших алкоголем, сроки стационарного лечения составляли 19,6—21,1 дня (в среднем среди всех больных 16,8—19,5 дня). Еще более значимые различия по указанному критерию (в 4—6 дней) имели место у пациентов с тяжелыми пневмониями и пневмониями, осложненными абсцедированием. Все это указывает на более тяжелое течение пневмоний у лиц, страдающих алкоголизмом.

Таким образом, анализ структуры пациентов, лечившихся в 1998—2000 гг. в пульмонологическом отделении показал, что в целом среди всех лечившихся лиц с диагнозом алкоголизма (диагноз подтверждался врачом-наркологом) составляли значительную часть (15,8—17,2%). Этот показатель был выше, чем в кардиологическом (3,0—3,4%

Таблица 4

Структура больных, лечившихся в пульмонологическом отделении в разные годы

№ п/п	Нозологические формы	год	Общее число больных	Из них с алкоголизмом		Продолжительность лечения	
				Абс. число	% от всего числа больных	Средняя по всем больным	Больные хр. алкоголизмом
1.	Пневмонии (всего)	1998	323	44	13,6	21,0	31,6
		1999	322	38	11,8	19,7	24,5
		2000	282	39	13,8	17,9	21,4
	Из них: Нетяжелые пневмонии	1998	261	29	11,1	19,5	29,8
		1999	255	23	9,0	18,0	21,1
		2000	254	32	12,6	16,8	19,6
	Тяжелые пневмонии	1998	47	7	14,9	24,0	29,3
		1999	60	11	18,3	22,2	26,4
		2000	28	5	17,9	23,0	26,8
	Абсепдирующие пневмонии	1998	15	8	53,3	37,4	40,0
		1999	7	4	57,1	33,0	38,5
		2000	5	2	40,0	26,0	36,7
2.	Хронический бронхит	1998	153	12	7,8	18,1	18,9
		1999	121	9	7,4	17,1	19,0
		2000	117	8	6,8	16,9	19,6
3.	Бронхиальная астма	1998	184	6	3,3	22,3	22,1
		1999	196	11	5,6	16,9	17,4
		2000	131	5	3,8	18,2	17,9
4.	Туберкулез легких	1998	7	5	71,4		
		1999	3	2	66,7		
		2000	9	5	55,6		
5.	Рак легких	1998	38	10	26,3		
		1999	37	9	24,3		
		2000	34	7	20,6		
6.	Всего пульмонологических больных	1998	705	121	17,2		
		1999	679	107	15,8		
		2000	649	103	15,9		

в разные годы) и в гастроэнтерологическом отделении (5,7—6,1%). Наиболее часто алкоголизм сочетался с такой патологией, как рак легких, туберкулез легких, тяжелые пневмонии с частым развитием осложнений.

С учетом механизмов развития патологии органов дыхания и, в частности, роли алкоголя и его метаболитов можно считать алкоголизм установленным фактором риска развития таких заболеваний, как туберкулез, рак легких, тяжелые и осложненные пневмонии. Органы дыхания в целом, по-видимому, представляют собой своеобразную мишень (слабое звено) при хроническом злоупотреблении алкоголем.

Особенно важным для изучения является сочетанное течение пневмонии и алкоголизма, что достаточно часто встречается в практике наркологических, терапевтических и пульмонологических стационаров. По нашим данным, около половины всех случаев летальных исходов от пневмонии приходится на больных, страдающих алкоголизмом.

Основой этиотропного лечения пневмоний является антибиотикотерапия. По данным бактериологического исследования, у больных пневмонией, злоупотреблявших алкоголем, резистентность к антибиотикам наиболее частого возбудителя *Streptococcus pneumoniae* отмечалась

практически ко всем антибактериальным препаратам, представленным в антибиотикограмме. Так, число штаммов, резистентных к бензилпенициллину, в данной группе было в 1,7 раза больше, чем в группе сравнения.

У больных пневмонией на фоне алкоголизма из мокроты чаще, чем у лиц, не злоупотреблявших алкоголем, высеивались грамотрицательные микроорганизмы (клебсиелла, энтерококк), микробные ассоциации и редкие для пневмонии возбудители (кишечная палочка, протей и др.). Чувствительность выделенного у этих пациентов пневмококка к большинству антибиотиков была снижена.

На фоне алкоголизма у пациентов с пневмониями средняя продолжительность антибиотикотерапии на 4,3 суток превышала аналогичный показатель в группе больных пневмонией, неотягощенных алкоголизмом.

Успешное проведение монотерапии имело место лишь у каждого четвертого пациента, что в 2,5 раза реже, чем обычно. При проведении монотерапии в большинстве случаев использовался пенициллин, реже — ампициллин и в отдельных случаях — цефалоспорины или фторхинолоны.

Одновременное сочетанное применение двух и более антибиотиков в группе больных пневмонией и алкоголизмом осуществлялось в 2 раза чаще, чем в группе пациен-

тов с пневмонией. Наиболее часто использовались такие сочетания, как ампициллин и гентамицин, цефалоспорины и аминогликозиды, а также указанные препараты и внутривенное введение метрогила. Назначение сочетания нескольких антибиотиков проводилось, как правило, при неэффективности первоначальной монотерапии и при определении в мокроте нескольких возбудителей.

В ряде случаев пациентам требовалась многократная замена отдельных антибиотиков и их сочетаний в связи с отсутствием клинического эффекта. Указанное, возможно, было связано либо с резистентностью возбудителя к большинству антибиотиков, либо с наличием микробных ассоциаций, либо с тем, что легочное воспаление было вызвано атипичными возбудителями, не выявляемыми обычными бактериологическими методами (легионелла, микоплазма, хламидии и др.). В этих ситуациях эффективным оказалось включение в схему лечения антибиотиков из группы макролидов (klarитромицин, ровамицин), цефалоспоринов третьего поколения (цефотаксим), карбапенемов (тиенам, имипенем), с назначением иммуномодулирующей терапии и проведением экстракорпоральной детоксикации. Если у пациентов с пневмонией на фоне алкоголизма указанная ситуация имела место практически у каждого третьего пациента (32,4% случаев), то в группе пациентов с пневмонией без алкоголизма — в два раза реже (16,7% случаев).

У больных с сочетанным течением пневмонии и алкоголизма чаще отмечались и побочные эффекты антибиотикотерапии (дисбактериоз, аллергические реакции, лейкопения).

Неблагоприятное течение пневмоний на фоне алкоголизма во многом обусловлено выраженной и длительно сохраняющейся токсемией на фоне нарушения функционирования систем естественной детоксикации и антиоксидантной защиты. Все указанное обосновывает целесообразность назначения больным длительной дезинтоксикационной и антиоксидантной терапии, а также препаратов, устраняющих тягу к алкоголю. Включение в лечение больных пневмонией дополнительного лечебного комплекса (энтеросгель, тиосульфат натрия и метронидазол) уменьшало степень выраженности ряда объективных и субъективных проявлений заболевания. Достоверно быстрее исчезала рентгенологическая симптоматика пневмонии и купировались симптомы, характеризующие внутриальвеолярную экссудацию и поражение бронхов — кашель, влажные хрипы, ослабленное дыхание, укорочение перкуторного звука. То же относилось и к клиническим проявлениям интоксикации (общая слабость, повышенная утомляемость, потливость, нарушение аппетита), наличию и выраженности одышки.

Назначение дополнительного дезинтоксикационно-антиоксидантного лечебного комплекса оказывало благоприятное влияние на вентиляционную функцию легких у больных пневмонией на фоне алкоголизма.

Уже на 7–8-й день нахождения в стационаре, у больных, дополнительно получающих энтеросгель, тиосуль-

фат натрия и метронидазол, показатели жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха за 1 с и индекса Тиффно были достоверно выше, чем в группе сравнения. Указанные различия сохранялись и на последующих этапах лечения.

Определенный интерес представляло изучение влияния дополнительного лечебного комплекса на содержание в крови больных пневмонией среднемолекулярных пептидов — прямых маркеров токсемии. При поступлении больных на лечение в стационар уровень среднемолекулярных пептидов был достаточно высоким (0,35 0,04 ед.опт.пл.). К исходу острого периода пневмонии у пациентов, леченных энтеросгелем, он заметно снижался и составлял 0,26 0,02 ед.опт.пл.

Чрезвычайно эффективным методом лечения указанной сочетанной патологии зарекомендовал себя обменный плазмаферез. К механизму его положительного действия, помимо удаления токсинов, необходимо отнести десенсибилизацию, связанную, вероятно, с выведением циркулирующих иммунных комплексов, улучшение микроциркуляции в тканях, иммуностимулирующее действие. Проведению плазмафереза необходимо отдавать предпочтение при особо тяжелом течении пневмоний на фоне алкоголизма с нарушением функционирования систем естественной детоксикации, а также при сопутствующей патологии печени и почек (алкогольные поражения) и при выраженной аллергизации. В наших наблюдениях при проведении плазмафереза не было отмечено его побочных эффектов, процедура хорошо переносилась больными. Метод обменного плазмафереза с заменой части плазмы крови на солевые растворы весьма экономичен и не вызывает такого числа побочных реакций и осложнений, как гемосорбция.

Таким образом, изучение сочетанного течения алкоголизма и заболеваний органов дыхания является актуальной задачей современной медицины, учитывая потенцирование патогенетических процессов, взаимное осложнение и отягчение течения заболеваний, сложность терапии.

Список литературы

1. Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патопфизиология алкогольной болезни и наркоманий. — М.: Изд-во УДН, 1991. — 104 с.
2. Моисеев В.С. Алкогольная болезнь. — М.: Изд-во Университета дружбы народов, 1990. — 128 с.
3. Островский Ю.М., Сатановская В.И., Островский С.Ю. и др. Метаболические предпосылки и последствия потребления алкоголя. — Минск: Наука и техника, 1988. — 264 с.
4. Пятницкая И.Н., Карлов В.А. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. — М.: Медицина, 1977. — 126 с.
5. Сапин М.Р. Иммунная система и иммунодефицит // Клин. мед. — 1999. — № 1. — С. 5–11.
6. Ткачишин В.С., Звериховская И.Г. Особенности возникновения и лечения пневмоний у лиц, злоупотребляющих алкоголем // Клиническая медицина. — 1997. — № 6. — С. 36–38.
7. Энтин Г.М. Особенности клиники и терапии заболеваний органов дыхания при хроническом алкоголизме // Тер. арх. — 1985. — № 3. — С. 103–108.