

ОСОБЕННОСТИ СТАТУСА КУРЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

О. Суховская¹, доктор биологических наук,

О. Лаврова¹, доктор медицинских наук,

М. Петрова¹, доктор медицинских наук, профессор,

Е. Шаповалова², кандидат медицинских наук,

Н. Колпинская¹, кандидат медицинских наук

¹НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,

²НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН

E-mail: loverova@bk.ru

Обследование 990 беременных показало, что частота курения до беременности была практически одинаковой среди женщин с бронхиальной астмой (БА) (n=247) и без нее, как и число отказавшихся от курения во время беременности (около 70%). При БА беременность оказывалась стимулом к более раннему отказу от курения; на курение беременных влияли курение мужа, курение в семье, начало табакокурения женщиной до 13 лет.

Ключевые слова: астма, беременность, курение.

Курение табака становится причиной многих тяжелых заболеваний, приводящих к преждевременной смерти. Миллионы людей на планете поглощают никотин и токсины, находящиеся в сигаретном дыму. Это приводит ежегодно к 5 млн смертей в мире и более чем к 400 тыс. смертей в России. Подсчитано, что в результате курения табака каждые 6–7 с на планете умирает человек [1].

Патология беременности, обусловленная курением, остается предметом пристального изучения. Так, в исследовании К. Hayashi и соавт. [2] проанализированы течение и исходы 180 855 беременностей. У 5,8% активно курящих женщин статистически достоверно чаще отмечен риск преждевременных родов, хориоамнионита, гипертензии беременных. В США активно курят 12% беременных [3]; при этом их дети, как показали авторы, рождаются с более низкой массой тела, а в дальнейшем более предрасположены к ожирению. Во Франции продолжают курить в период беременности 21% женщин [4]. Повышенная частота спонтанных аборт, неонатальной смертности и последующее замедленное развитие новорожденных у курящих матерей связывают либо с преждевременным отделением плаценты и крупными ее инфарктами, либо с гипоксией плода. Случаи отрыва, предлежания плаценты, обширных ее инфарктов становились наиболее частой причиной смерти плода и неонатальной смертности у матерей, куривших во время беременности. Курение матери является фактором, предрасполагающим к развитию бронхиальной астмы (БА) у ребенка (уровень доказательности – А). Результаты исследований, касающиеся частоты курения беременных, крайне противоречивы – они колеблются в пределах 4–67,9% [5]. Исследований, посвященных распространенности курения у беременных, страдающих БА, практически нет.

Нами были обследованы 990 беременных женщин в сроки беременности от 4-й до 41-й недели (в среднем – 25,2±3,7 нед), из них 247 страдали БА. Все женщины заполняли анкеты по табакокурению (табл. 1) и медико-социальным аспектам жизни.

Больных, страдавших БА, направляли к пульмонологу на этапе постановки на учет по беременности в женской консультации (в среднем – на 7,8±3,9-й неделе беременности); им проводили клинико-функциональное обследование, назначали базисную терапию БА. Всем курящим женщинам давали рекомендации по отказу от курения, проводили беседы с курящими членами семей беременных.

Исследование частоты встречаемости табакокурения (2009–2010 гг.) показало (табл. 2), что из 743 беременных женщин, не страдавших БА, до беременности курили 402 (54,1%) женщины, из них регулярно (ежедневно) – 287 (39,4%), а эпизодически – 99 (14,7%). В среднем женщины до беременности выкуривали по 10,97±1,7 сигареты в день. Среди страдавших БА до беременности курили 122 (49,4%) женщины: регулярно – 79 (32,2%), эпизодически – 43 (17,2%). Число употребляемых в день сигарет у больных БА составляло в среднем 10,65±1,3.

Преобладающее большинство обследованных отказались от употребления табака во время ожидания ребенка (73,6%), в том числе больные БА – в 69,6% случаев, при этом отказ происходил в среднем соответственно на 14,7±1,9-й неделе беременности, при наличии БА – на 11,7±1,2-й неделе. Женщин без БА, прекративших курение до 8-й недели беременности, было всего 5%; курили время от времени – 7,5% беременных, уменьшили число выкуриваемых за день сигарет 17,6%, ничего не изменили в курительном поведении 1,3% беременных. При БА 72% женщин прекратили курение до 8-й недели беременности, 14,2% курили эпизодически, 7,4% продолжали регулярное

Таблица 1
**Тест Фагерстрема для оценки степени
никотиновой зависимости (НЗ)**

Вопрос	Варианты ответов	Баллы
Как скоро, после того, как вы проснулись, вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин	3
	В течение 6–30 мин	2
	В течение 30–60 мин	1
	> 60 мин	0
Сложно ли для вас воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты вы не можете легко отказаться?	От 1-й сигареты утром	1
	От всех остальных	0
Сколько сигарет вы выкуриваете в день?	≤10	0
	11–20	1
	21–30	2
	≥31	3
Когда вы курите чаще: утром, после того, как проснетесь, или в течение остального дня?	Утром	1
	В течение дня	0

Примечание. НЗ отсутствует, если сумма баллов равна 0; слабая – если сумма баллов от 1 до 3; средняя – при сумме 4–5 баллов и сильная – если сумма баллов более 6.

Таблица 2

Статус курения беременных женщин в зависимости от наличия БА

Группа	Количество регулярно куривших женщин	
	до беременности	во время беременности
Беременные без БА (n=743)	54,1 (39,4)	26,4 (18,9)
Беременные с БА (n=247)	49,4 (32,2)	14,2 (9,0)

Примечание. В скобках – % (здесь и в табл. 5).

Таблица 3

Статус курения беременных женщин в зависимости от тяжести течения БА (в %)

Группа обследованных	Течение БА	
	легкое (n=192)	среднетяжелое (n=53)
Курящие (регулярно и эпизодически)	10,4	9,4
Курившие в прошлом	38,6	43,4
Не курившие никогда	51,1	47,4

Таблица 4

Степень НЗ у курящих беременных женщин (M±m)

Группа обследованных	Курили раньше	Продолжают курить
БА легкого течения (n=192)	2,4±0,26	2,6±0,37
БА среднетяжелого течения (n=53)	2,6±0,33	4,3±0,40

Таблица 5

Изменение курительного поведения мужей в семьях при беременности жен

Группа (курящие мужья)	Беременные		Всего
	с БА	без БА	
Поведение не изменилось	20 (18,9)	5 (6,4)	25
Перестали курить и стали курить меньше в присутствии жены	44 (40,9)	34 (44,2)	78
Отказались от курения	8 (7)	4 (5,1)	12

курение, сократив число выкуриваемых сигарет, 2 (1,6%) продолжали курение в прежнем объеме (10 и 20 сигарет в сутки).

В основном (до 90%) отказались от курения (независимо от БА) женщины, которые до беременности курили эпизодически. Среднее число выкуриваемых беременными женщинами, не страдавшими БА, сигарет составило 6,95±0,94 в день, с БА – 7,06±1,2 сигареты.

Тяжесть течения БА не влияла на статус курения беременных женщин (табл. 3). Почти 10% больных со средне-тяжелой формой БА во время беременности продолжали курить.

Степень НЗ у беременных женщин, больных БА, была одинаковой как в группе бросивших курить, так и у курящих. Однако при среднетяжелом течении БА степень НЗ у тех, кто не отказался от курения, оказалась достоверно выше (табл. 4). Даже во время беременности они продолжали выкуривать от 5 до 10 сигарет в день (до беременности – 10–30). Все они раньше пытались бросить курить и смогли воздержаться от табака от 5 дней до 2 мес. Все отмечали, что им было трудно бросить курить; у них появлялось беспокойство, трудно отделялась мокрота, увеличивалась масса тела.

При запланированной беременности число женщин, употреблявших табак, было почти в 2 раза меньше, чем при незапланированной (соответственно 13,3 и 24,0% в группе беременных без БА; 10,0 и 22,0% – с БА). Семейное положение также влияло на статус курения. Из обследованных женщин, не страдавших БА, замужем были 75,3% пациенток, не замужем – 9,4%, в незарегистрированном браке состояли 15,3%. Среди больных БА замужем были 71,2% женщин, не замужем – 11,7%, в незарегистрированном браке – 17,1%. Во время беременности курили 22,1% замужних женщин (регулярно – 11,4%) и 40,0% незамужних (практически все – ежедневно), среди состоявших в незарегистрированном браке – 34,0% (ежедневно – 28,2%), т.е. замужние женщины курили в 1,7 раза реже, чем незамужние и состоящие в незарегистрированном браке. В большинстве случаев (67,3%) женщины жили в семьях, где кто-либо курил, в том числе в 81,6% случаев курил муж. В семьях, где курил муж, курили (регулярно и эпизодически) 61,4% женщин, в то время как в некурящих семьях – 39,7%, а при наступлении беременности – соответственно 33,3 и 11,0% (p<0,05), причем особенно значительно (в 2 раза) различалась частота постоянного курения (соответственно 14,9 и 6,5%; p<0,05).

Наступление беременности у жены, безусловно, влияло на курительное поведение мужа (табл. 5), однако в семьях, где жены страдали БА, мужчины изменяли его в 3 раза реже, чем в семьях беременных без БА.

Достоверно выше (p<0,05) оказалась частота табакокурения во время беременности среди тех, кто пристрастился к табаку в более молодом возрасте. Так, молодые женщины, начавшие курить до 13 лет, во время беременности курили в 35% случаев, от 13 до 15 лет – в 24,1% случаев, от 15 до 18 лет – в 19,1% случаев, старше 18 лет – 5,4%.

При ранжировании факторы, влияющие на курение беременных женщин, распределились по значимости следующим образом: на 1-м месте – курение мужа; на 2-м – курение в семье; на 3-м – начало табакокурения в возрасте до 13 лет.

Таким образом, было установлено, что для больных БА беременность оказывается более мощным стимулом к раннему отказу от курения, чем для женщин без БА. Несомненно, определенную роль в этом играют и рекомендации по отказу от курения, которые дает пульмонолог при первичной консультации. С учетом выявленной более высокой степени НЗ у курящих женщин со средне-тяжелой БА необходимо проводить работу с этим кон-

тингентом на этапе планирования беременности, когда возможна лекарственная поддержка отказа от курения, противопоказанная во время беременности. Необходимо разъяснять членам семьи беременной (особенно мужу) вред пассивного курения для беременной женщины.

Литература

1. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака: метод. рекомендации. – М.: Атмосфера, 2003. – 92 с.
2. Hayashi K., Matsuda Y., Kawamichi Y. et al. Smoking During Pregnancy Increases Risks of Various Obstetric Complications: A Case-Cohort Study of the Japan Perinatal Registry Network Database // J. Epidemiol. – 2010; 13. [Epub ahead of print].
3. Braun J., Daniels J., Poole C. et al. Prenatal environmental tobacco smoke exposure and early childhood body mass index // Paediatr Perinat Epidemiol. – 2010; 24 (6): 524–534.
4. Lelong N., Blondel B., Kaminski M. Smoking during pregnancy in France between 1972 to 2003: Results from the national perinatal surveys // J. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). – 2010; 21. [Epub ahead of print].
5. Schneider S., Huy C., Schütz J. et al. Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review // Drug. Alcohol. Rev. – 2010; 29 (1): 81–90.

THE SMOKING STATUS OF PREGNANT WITH ASTHMA

O. Sukhovskaya¹, PhD; **O. Lavrova¹**, MD PhD; **Professor M. Petrova¹**, MD PhD; **E. Shapovalova²**, MD PhD; **N. Kolpinskaya¹**, MD PhD

¹Research Institute of Pulmonology, acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University; ²D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Russian Academy of Medical Sciences

Examination of 990 pregnant women showed that the frequency of smoking before pregnancy was virtually equal in women with ($n = 247$) and without asthma, as well as in the number of those who quit smoking during pregnancy (about 70%). In asthma, pregnancy was an impetus to early smoking refusal; smoking by pregnant women is affected by their husband's smoking, family smoking, and female smoking onset before the age of 13 years.

Key words: asthma, pregnancy, smoking.

Журнал «Фармация» предлагает



руководителям фарминдустрии, сотрудникам аптек, преподавателям и студентам уникальную информацию о проектах фармакопейных статей, научных исследованиях в области контроля качества лекарственных средств. С журналом «Фармация» вы всегда будете в курсе самых новейших достижений фармацевтической науки

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – **71477**
по каталогу «Пресса России» – **44772**
по каталогу «Почта России» – **73175**
Подписка на электронную версию журнала на сайте www.rusvrach.ru

**ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ГЛАУКОМЫ

А. Ермолаев, кандидат медицинских наук

НИИ глазных болезней РАМН, Москва

E-mail: ermolaeff127@yandex.ru

Гипертензионный болевой синдром при глаукоме в терминальной стадии не снимается ненаркотическими анальгетиками и может быть ослаблен только эффективной гипотензивной терапией. Важные дифференциально-диагностические признаки гипертензионного болевого синдрома – ломящая распирающая боль на фоне высокого внутриглазного давления, отсутствие болезненности при пальпации глазного яблока.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, глаукома в терминальной стадии, гипертензионный болевой синдром, боль в глазном яблоке.

Глаукома – тяжелое поражение глаз, исходом которого является глаукомная оптическая нейропатия, развивающаяся в результате нарушения микроциркуляции крови, аксоплазматического тока в зрительном нерве, активации процессов апоптоза нейросенсорных клеток на фоне повышенного внутриглазного давления (ВГД) [5].

В значительной части случаев повышенное ВГД может никак не беспокоить пациента [2] и не давать какой-либо субъективной симптоматики, что нередко является причиной позднего обращения к врачу, перехода заболевания в далеко зашедшую и терминальную стадию и полной потери зрительных функций.

Однако у некоторой части пациентов страдания могут не закончиться потерей зрения, так как на ослепшем глазу возможно развитие гипертензионного болевого синдрома (ГБС).

ГБС проявляется дискомфортными ощущениями и чувством тяжести в пораженном глазу, которые могут переходить в тяжелую, ломящую, распирающую боль, отдающуюся в надбровье, кости орбиты, скулу и висок с одноименной стороны или носить характер гемикрании.

Причины развития ГБС не вполне ясны, так как зависимость между высотой ВГД и силой болевых ощущений – весьма условная. Как уже упоминалось, при достаточно высоких цифрах ВГД не только боли, но и какие-либо дискомфортные ощущения в глазном яблоке могут отсутствовать.

К ГБС при глаукоме в терминальной стадии заболевания врачи относятся весьма неоднозначно. Глаз при терминальной стадии глаукомы полностью слеп или обладает лишь остаточными зрительными функциями, поэтому как орган зрения не представляет ценности, однако он является важнейшим косметически значимым органом, удаление которого воспринимается пациентами крайне негативно. Между тем боли в глазном яблоке и лобно-орбитальной области при ГБС могут приносить больному тяжелейшие страдания. Ситуация усугубляется тем, что