

КУРЕНИЕ И ПАТОЛОГИЯ КОЖИ

(Крукович А.А., Андреюк В.И.)

Курение является одной из самых частых причин смерти, которую человек в силах предотвратить.

Курение четко связано с развитием рака легких, эмфиземы, хронического бронхита, стенокардии, инсульта, вызывает внезапную смерть, аневризму аорты и заболевания периферических сосудов, а также другую серьезную патологию внутренних органов.

Менее известны и еще менее изучены наружные проявления и последствия курения. Хотя кожные проявления как следствия курения и не столь зловещи в сравнении с болезнями внутренних органов, они вполне реальны и являются причиной значительного количества смертей.

Курение и риск развития злокачественных новообразований кожи и слизистых

Меланома

Понятно, что курение не является причиной возникновения меланомы, также нет исследований, доказывающих, что курение увеличивает риск возникновения этого смертельного заболевания. Но ряд положений, касающихся связи курения и меланомы, не подлежит сомнениям:

1. У курильщиков с большей вероятностью обнаруживаются метастазы при первичном обращении по поводу меланомы, чем у некурящих (в два раза).

Зависимость между курением и метастазированием имеет линейный характер: с ростом количества ежедневно выкуриваемых сигарет растет процент обнаружения метастазов при постановке диагноза.

2. У курильщиков снижена продолжительность жизни без рецидива меланомы после установления диагноза и проведения лечения. Так при наблюдении больных в течение 5 лет после постановки диагноза, признаков рецидива болезни не выявили у 53,5% курящих и у 63% некурящих мужчин. Десятилетний период без признаков рецидива установили у 47% курящих и 67% некурящих мужчин.

3. У курящих чаще обнаруживают первичные метастазы во внутренние органы - центральную нервную систему, печень, легкие, кости и др.

4. У курящих с большей вероятностью развиваются метастазы в течение первых 2 лет после диагностики меланомы.

5. Вероятность смерти от меланомы в 2 раза выше среди курящих, чем среди некурящих. Установлено, что курение является одним из статистически достоверных критериев, позволяющим предсказать гибель больных, имеющих I стадию меланомы.

Риск развития злокачественных образований аногенитальной области

Относительный риск возникновения *рака полового члена* у людей, выкуривающих более 10 сигарет в день, составляет 2,22 по сравнению с некурящими. У мужчин, выкуривающих более 45 пачек сигарет в год, риск возникновения *рака пениса* возрастает в 3,2 раза.

Отмечено, что 53,8-55,6% женщин, больных *раком анальной области*, на момент обследования и выявления болезни курили.

Установлено статистически достоверное преобладание курящих женщин среди больных раком вульвы по сравнению с контрольной группой. Статистически достоверным риск курения был установлен в группе женщин, выкуривающих 10-20 сигарет в день. Обнаружили, что курение является сильным фактором риска неинвазивного рака (in situ), чем инвазивной карциномы. Выявили достоверное кофакторное взаимодействие между курением и папилломавирусной инфекцией: у курящих женщин, имеющих генитальные бородавки, риск развития рака вульвы возрастал в 35 раз по сравнению с воздействием какого-либо одного из этих 2 факторов. Показана важная роль курения в развитии рака шейки матки. В цервикальной слизи обнаружили производные никотина, которые способствуют длительному сохранению вируса папилломы человека. Кроме этого, производные никотина могут стимулировать мутации, способствуя развитию новообразований.

Таким образом, считается, что хотя курение связано с развитием рака любой аногенитальной локализации, наиболее высокая ассоциация наблюдается с развитием *рака полового члена* (46,2% курящих против 23,9% в контрольной группе), *вульвы* (59,5% курящих против 26,8% в контрольной группе) и *анальной области* (57,9% мужчин и 60,2% женщин против 23,9 и 26,8% в контрольной группе соответственно).

Плоскоклеточный рак

Установлена достоверная связь между курением и риском возникновения плоскоклеточного рака. По сравнению с некурящими этот риск наиболее высокий у постоянно курящих (относительный риск 2,01), в меньшей степени он присутствует у бросивших курить (1,62). Риск возрастает с увеличением количества выкуриваемых сигарет и продолжительности курения.

Связь курения с развитием рака на слизистой оболочке полости рта и губ

Рак губы

Основными факторами риска возникновения рака губы считаются воздействие солнечных лучей и табака. Некоторые авторы считают, что только совместное воздействие инсоляции и курения несет достоверный риск возникновения рака губы. Другие авторы считают, что инсоляция и курение являются независимыми факторами риска появления на губах диспластических и злокачественных поражений.

Ясно, что в процессе развития новообразований участвуют и другие факторы, поскольку огромное число людей курят, но рак губы возникает относительно не часто. Тем не менее, явное большинство (примерно 80%) больных раком губы постоянно курят.

Рак слизистой оболочки полости рта

Рак на слизистой оболочке полости рта в подавляющем большинстве случаев связан с табачным дымом. Чрезмерный прием алкоголя действует синергично с табачным дымом, что значительно усиливает риск возникновения рака. Выкуривающие более 50 пачек в год имеют в 77,5 раза больший риск развития рака слизистой полости рта, чем некурящие.

Интересно, что среди мормонов, которые не употребляют алкогольные напитки и не курят, рак полости рта практически не встречается. Таким образом, все типы табака и способы его употребления увеличивают риск развития рака в полости рта.

Тот факт, что курящие имеют гораздо более плохой прогноз в отношении онкологических заболеваний, вероятно, связан с побочным воздействием сигаретного дыма на иммунную систему больных, в том числе на местный иммунитет. Большинство исследователей считают основным механизмом стимуляции онкологических заболеваний как прямое канцерогенное действие сигаретного дыма на кожу, так и системное воздействие, поскольку никотин и другие компоненты табака обнаружены в различных жидкостях и тканях организма.

Риск возникновения различных заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ

Лейкоплакия

Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, сопровождающееся воспалением, возникающее, как правило, в ответ на хроническое внешнее раздражение. Определенную роль в развитии лейкоплакии играют внутренние факторы, но более важны внешние (механические, термические, химические) раздражающие факторы, особенно при их сочетании. Первостепенное значение имеет воздействие горячего табачного дыма, который вызывает в эпителии увеличение ядер клеток, размеров клеток и раннее ороговение. При локализации лейкоплакии на красной кайме губ большое значение в ее возникновении придается хронической травме мундштуком, папиросой или сигаретой (давление), систематическому прижиганию губы при докуривании сигареты до конца, а также неблагоприятным метеорологическим условиям, в первую очередь инсоляции. Хотя лейкоплакия развивается не только у курящих, курение часто играет значительную этиологическую роль в развитии этой патологии.

Следует помнить: несмотря на то, что лейкоплакия считается доброкачественным заболеванием и обычно самостоятельно разрешается по мере удаления вредных агентов, у 6-10% больных наблюдается злокачественная трансформация поражений, т.е. лейкоплакия рассматривается как предраковое заболевание.

Лейкоплакия курильщиков Таппейнера (ЛКТ).

Это заболевание является разновидностью лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Возникает оно на слизистой оболочке твердого неба, причем исключительно у курящих. В литературе можно встретить другие названия этого патологического процесса: никотиновый лейкокератоз неба, никотиновый стоматит, небо курильщика. Слизистая оболочка твердого неба, и иногда и примыкающего к ней отдела мягкого неба, представляется слегка ороговевшей, серовато-белой, часто складчатой. На этом фоне хорошо становятся заметны красные точки - зияющие устья выводных протоков мелких слюнных желез. При резко выраженном процессе эти красные точки располагаются на вершине небольших узелков полушаровидной формы. Это заболевание особенно часто встречается у многокурящих, а также у людей, курящих трубки или папиросы. Несмотря на название болезни, основной причиной заболевания является воздействие смол и высокой температуры, а не никотина. В отличие от других форм лейкоплакии это заболевание быстро проходит, в течение примерно 2 нед после прекращения курения. Теоретически возможно озлокачествление лейкоплакии курильщиков Таппейнера, впрочем, как и любого процесса, сопровождающегося значительным изменением эпителия, возникающего под влиянием курения.

Никотиновый лейкокератоз языка

Никотиновый лейкокератоз языка (НКЯ), известный также под названием "язык курильщика", - гомогенная лейкоплакия с полусферическими вдавлениями, поражающая передние 2/3 спинки языка. Заболевание возникает исключительно у курящих, чаще у курящих папиросы.

Острый некротизирующий язвенный гингивит

Известен также под названием "вскопанный рот", или болезнь Венсана, вызывается бактериальной флорой, но это заболевание незаразно. При этой форме гингивита наиболее характерны перфорированные изъязвления сосочков между зубами. Больные жалуются на болезненность, кровоточивость и неприятный запах изо рта, а в тяжелых случаях развиваются лимфаденопатия и общие явления интоксикации. Заболевание возникает исключительно у курящих и четко зависит от количества выкуриваемых сигарет. Таким образом, курение - важнейший фактор риска этого заболевания. Другими факторами риска являются стресс и плохая гигиена полости рта.

Роль курения в этиологии и патогенезе псориаза

Хотя и не доказана четкая связь между курением и развитием псориаза, в ряде исследований показана некоторая ассоциация между этими двумя явлениями.

Результаты проведенных в разных странах исследований позволили установить, что среди больных псориазом постоянно и случайно курящие составляют 58,2%, тогда как в контрольной группе таких людей значительно меньше. Постоянно курящих среди больных псориазом 46,2-47,5%.

Ряд авторов, исследовавших различные факторы риска псориаза, не обнаружили какой-либо достоверной связи между возникновением псориаза и курением. Зато отметили, например, что псориаз ассоциирован с приемом алкоголя. Установлено, что у женщин, выкуривающих 1 пачку сигарет в день, риск возникновения псориаза в 3,3 раза выше, чем у некурящих женщин.

Исследования показали не только достоверную связь между псориазом и курением в момент проведения исследования, но и курением до начала заболевания. Кроме этого, установили связь между количеством выкуриваемых сигарет в день и риском возникновения псориаза - наибольший риск имели лица, выкуривающие 20 сигарет и более в день. Основными патологическими процессами, посредством которых табачный дым может воздействовать на псориаз, вероятно, являются нарушения в иммунной системе, нарушения микроциркуляции в коже, а также ослабление антиоксидантной защиты организма, которые наблюдаются у курящих людей.

Другие поражения, связанные с курением

Ряд исследований показал связь табакокурения с такой патологией полости рта, как веррукозная карцинома, черный волосатый язык, меланоз полости рта, бородавчатая дискератома.

Курение отягощает течение таких внутренних болезней, имеющих кожные проявления, как облитерирующий тромбангиит, сахарный диабет, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, системная красная волчанка.

У курящих больных эти болезни протекают более тяжело, с различными осложнениями, в том числе и со стороны кожи.

Поскольку при онкологических заболеваниях любой локализации может наблюдаться метастазирование в кожу, а курение является фактором риска опухолевых поражений внутренних органов (особенно органов дыхания), то логично ожидать преобладания курящих людей среди больных с метастазами в кожу.

Установлено, что потребление сигарет является достоверным фактором развития СПИДа у ВИЧ-инфицированных людей. Поскольку известно, что курение обладает иммуносупрессивным действием, ВИЧ-инфицированные курящие имеют гораздо больший риск развития СПИДа, чем некурящие ВИЧ-положительные пациенты. Длительность периода между инфицированием и развитием СПИДа у курильщиков значительно короче, чем у некурящих.

Влияние курения на заживляемость ран

Несмотря на вековой клинический опыт и десятки научных исследований, только в 1977г. научно доказали и обосновали отрицательное влияние курения на скорость заживления ран. В 1978 г. эти же авторы в экспериментальной модели на животных показали, что системное применение никотина существенно ухудшает процесс заживления ран.

Давно известно сосудосуживающее действие сигаретного дыма. Хотя этот дым содержит более 4000 отравляющих компонентов, установлено, что основным веществом, оказывающим сосудосуживающий эффект и нарушающим кровоток, является никотин. Истинный механизм этого воздействия неизвестен, но, возможно, все дело в вызванной никотином активации секреции вазопрессина.

Курение активирует симпатическую нервную систему, что, в свою очередь, также приводит к сужению периферических кровеносных сосудов. Кроме того, катехоламины, выброс которых усиливается при активации симпатической нервной системы, являются кофакторами образования кейлонов - гликопротеидов, тормозящих эпителизацию.

Курение снижает оксигенацию тканей. Оно также увеличивает содержание карбоксигемоглобина, который еще более ухудшает оксигенацию тканей, ограничивая кислородную емкость крови. Кроме того, курение вызывает агрегацию тромбоцитов, уменьшает образование простациклина, отложение коллагена, повышает вязкость крови. Выкуривание только 1 сигареты может вызывать сужение сосудов кожи на период до 90 мин. При этом, например, на 24 - 42% снижается кровоток в пальцах кисти. Курение в течение 10 мин приводит к снижению почти на 1 ч парциального давления кислорода в тканях. Таким образом – средний курящий (1 пачка в сутки) большую часть суток проводит в состоянии гипоксии.

Из всего сказанного следует, что весьма полезно советовать курящим больным воздерживаться от этой привычки до и после любых хирургических операций.

Влияние курения на образование морщин

Курение вызывает преждевременное старение и образование морщин на лице. Впервые это было отмечено еще в 1856 г. В 1965 г. предложен термин "сигаретная кожа" для обозначения бледно-серой морщинистой кожи. Такую кожу обнаруживают у 79% курящих и лишь у 19% некурящих женщин в возрасте 35-84 лет.

Установлено, что количество морщин коррелирует с количеством выкуриваемых за год пачек сигарет.

В 1985 г. предложен термин "лицо курильщика" и определены его диагностические критерии. Для определения "лица курильщика" достаточно одного из нижеперечисленных пунктов:

1. выступающие линии или морщины на лице;
2. изможденные черты лица с подчеркнутой линией костей черепа;

3. атрофичная, слегка пигментированная, сероватая кожа;

4. отечная кожа, с оранжевым, пурпурным или красноватым оттенком.

В своем исследовании автор определил наличие "кожи курильщика" у 46% курящих людей, у 8% куривших в прошлом и ни у одного некурящего человека. Корреляция между курением и наличием "лица курильщика" не зависела от времени пребывания на солнце, возраста, социальной принадлежности и недавнего похудания.

Риск преждевременного появления морщин усиливается при увеличении количества выкуриваемых сигарет за год, и выкуривающие более 50 пачек в год в 4,7 раза чаще имеют морщины, чем некурящие того же пола и возраста. Некоторые авторы считают воздействие солнечных лучей более мощным фактором появления морщин, чем курение. Очевидно, что взаимодействие этих факторов приводит к еще более выраженному эффекту.

Исследования показали, что организм женщин более чувствителен к воздействию сигаретного дыма, чем организм мужчин. До сих пор неизвестны истинные механизмы, с помощью которых сигаретный дым вызывает преждевременное старение кожи, но вероятнее всего это многофакторный процесс. Было установлено, что эластин в коже у курильщиков более плотный и более фрагментирован, чем у некурящих. Эти изменения в эластических волокнах подобны изменениям, происходящим от воздействия солнечных лучей, с той лишь разницей, что у курильщиков они затрагивают сетчатый слой дермы, а не сосочковый, как это имеет место при актиническом эластозе. Сигаретный дым усиливает активность эластазы нейтрофилов, способствуя этим образованию неполноценного эластина. *In vitro* сигаретный дым блокирует поперечные связи в эластине. Хроническая ишемия дермы, вероятно, способствует повреждению эластических волокон, а также уменьшает синтез коллагена. Морщины от курения могут также появляться из-за прооксидантного действия сигаретного дыма, а также вследствие снижения уровня витамина А и, следовательно, защиты от свободных радикалов. Выраженное снижение насыщенности водой рогового слоя кожи у курильщиков также ведет к преждевременному и чрезмерному образованию морщин.

Усиление гидроксирования эстрадиола, вызванное сигаретным дымом, вызывает у женщин состояние относительной гипострогении, которое, возможно, служит причиной сухости и атрофии кожи, потенциально способствуя этим образованию морщин. Тот факт, что не у всех курящих появляется "лицо курильщика", говорит о вероятной роли генетических факторов в механизмах образования морщин.

Литература:

1. «Курение и патология кожи». Центральный кожно-венерологический институт, Московский медицинский стоматологический институт. А.М. Соловьев, М.А. Гомберг, В.А. Аковбян.