

*И.А.Зарембо, А.Н.Кокосов, Л.Н.Карлова, Е.А.Киселева, Н.И.Ухварина,
Н.К.Андреева, М.Л.Родос*

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

(на основании анализа протоколов патологоанатомических исследований)

Лаборатория хронической обструктивной патологии легких НИИ пульмонологии
СПбГМУ им. акад. ИЛ.Павлова; госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург

**SOME ASPECTS OF PNEUMONIA IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE (BASED ON ANALYSIS OF POSTMORTEM EXAMINATION)**

I.A.Zarembo, A.N.Kokosov, L.N.Karlova, E.A.Kiseleva, N.I.Ukhvarina, N.K.Andreeva, M.L.Rodos

Summary

Forty-six medical histories and autopsy protocols of died elderly and senile patients with chronic respiratory diseases treated in a pulmonology department of Saint-Petersburg War Veterans' hospital in 1997 were analyzed. Their average age was 76.76 yrs. There were 39 (84.78 %) males and 7 (15.22 %) females. COPD as basic, co-existing or underlying pathology was found during the autopsy in 43 of 46 died patients (93.48 %). The postmortem examination revealed 21 pneumonia cases considering as complications. Pneumonia complicating the basic COPD were registered in 14 patients (66.67 %), pneumonia complicating carcinoma in underlying COPD were detected in 7 (33.33 %) of the patients. Most pneumonias were community-acquired (85.71 %) and only 3 ones were nosocomial (14.29%). Pneumonic foci in COPD patients was prevalently small-sized (38.10 %) or local (33.33 %) and situated in lower lung fields (85.72 %), mostly in the right lung (42.86 %). COPD and pneumonia combined in elderly and senile patients should be considered as mutually aggravating diseases. Pneumonia in elderly as a threatening complication can cause a poor outcome and, on the other hand, it often results in COPD exacerbation and death.

Резюме

Проведен анализ 46 историй болезни и протоколов аутопсий умерших больных с хроническими болезнями органов дыхания пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении Госпиталя для ветеранов войн Санкт-Петербурга в 1997 г. Средний возраст составил 76,76 лет. Мужчин было 39 (84,78 %), женщин — 7 (15,22 %). Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), отнесенная в рубрику основная, сопутствующая или фоновая патология, обнаружена при аутопсии у 43 из 46 умерших, что составило 93,48 %. Всего по результатам патологоанатомических исследований была выявлена 21 пневмония, отнесенная в рубрику осложнения. Пневмонии, осложнившие ХОБЛ как основное заболевание, зафиксированы в 14 случаях (66,67 %), осложнившие злокачественные образования в сочетании с ХОБЛ (как фоновая патология) — в 7 (33,33 %). Подавляющее число пневмоний развивались как внебольничные (85,71 %), и лишь в 3 случаях имела место внутрибольничная пневмония (14,29 %). При анализе протоколов аутопсий умерших пациентов с ХОБЛ, осложненной пневмонией, выявлены следующие особенности пневмоний: мелкоочаговый (38,10 %) и очаговый (33,33 %) характер с локализацией в нижних долях (85,72 %), преимущественно справа (42,86 %). Сочетание ХОБЛ и пневмонии в пожилом и старческом возрасте следует рассматривать как взаимноотягающие заболевания. С одной стороны, пневмония как грозное осложнение для больных пожилого возраста может определить неблагоприятный исход болезни, с другой — часто приводит к быстрой декомпенсации ХОБЛ и смертельному исходу.

Несмотря на значительные достижения в этиологической верификации пневмонии и более тщательный подбор современных антибактериальных препаратов, обладающих высокой эффективностью, пневмония во всем мире продолжает оставаться актуальной пробле-

мой медицины, т. к. является одной из главных причин смертности во всем мире [1]. Данное положение в первую очередь относится к больным пожилого и старческого возраста, страдающим хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), для которых

риск развития тяжелых форм заболевания и неблагоприятного исхода слишком велик. Пневмония как наиболее распространенное заболевание встречается у 3–5 человек на 1 000 населения [2]. По данным Р.А.Галкина (1999), в развитых странах заболеваемость пневмонией составляет от 3,6 до 16 на 1 000 человек.

Риск развития пневмонии существенно увеличивается с возрастом. Распространенность внебольничных пневмоний среди лиц пожилого и старческого возраста в Москве составляет 17,4 ‰, а в США — 20–40 ‰ [3]. В США ежегодная заболеваемость пневмонией у стариков, проживающих в домашних условиях, составляет 20–40 на 1 000; среди находящихся в гериатрических учреждениях — 60–115 на 1 000, а частота госпитальных пневмоний составляет 250 на 1 000 человек [4].

В настоящее время в мире пневмонии занимают 4–5-е место в структуре причин летальных исходов после сердечно-сосудистых заболеваний, онкологической патологии и ХОБЛ, а среди инфекционных болезней — 1-е место [5]. Данные статистического учета смертности от пневмонии свидетельствуют о 3-кратном возрастании этого показателя в России с 1989 по 1993 гг. (с 6,6 до 18,1 на 100 тыс. взрослого населения). За последние 10 лет смертность от пневмонии в Санкт-Петербурге возросла с 8,1 до 18,3 на 100 тыс. [1]. Высокий риск смертельного исхода от внебольничной пневмонии у людей старше 65 лет: летальность составляет 10–33 ‰, а от пневмонии, осложненной бактериемией — 50 ‰ [5]. Особую опасность для пожилых больных представляет внутрибольничная пневмония, в силу возрастных морфофункциональных изменений, значительного снижения иммунитета и сопутствующей патологии различных органов и систем. Нозокомиальная пневмония составляет приблизительно 10–15 ‰ всех госпитальных инфекций и занимает 2-е место в структуре внутрибольничных инфекций у пожилых и стариков после инфекций мочевыводящих путей. Смертность от внутрибольничных пневмоний в пожилом возрасте достигает очень высоких цифр: от 30 до 80 ‰ [5].

Был проведен анализ 46 историй болезни и протоколов вскрытия умерших больных с хроническими болезнями органов дыхания пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении госпиталя для ветеранов войн (ГВВ) Санкт-Петербурга в 1997 г. Средний возраст больных составлял 76,76 лет. Среди них мужчин было 39 (84,78 ‰), женщин — 7 (15,22 ‰).

При анализе протоколов вскрытий была выявлена следующая структура основных заболеваний, приведших к летальному исходу: на 1-е место вышла ХОБЛ, которая была обнаружена у 32 умерших больных (69,57 ‰); вторыми по частоте выставленных основных патологоанатомических диагнозов были заболевания сердечно-сосудистой системы (в основном ишемическая болезнь сердца), диагности-

рованные у 17 больных (36,96 ‰); далее следуют злокачественные новообразования, ставшие причиной смерти у 14 пациентов (30,44 ‰). Однако ХОБЛ как фоновая и как сопутствующая патология была зафиксирована еще у 11 умерших пациентов, что в сумме составило 43 из 46 умерших с хронической бронхолегочной патологией, что составило 93,48 ‰.

Принимая во внимание, что в пожилом и старческом возрасте в исходе заболевания, особенно ХОБЛ, часто решающее значение имеют возникающие инфекционные осложнения, нами была проанализирована частота развития пневмоний на фоне ХОБЛ, осложнивших течение данного заболевания. Был проведен анализ 43 историй болезни, в которых диагноз ХОБЛ в протоколах аутопсий был отнесен в рубрику основное, сопутствующее или фоновое заболевание. Всего по результатам патологоанатомических исследований пневмония была расценена как осложнение в 21 случае (46,51 ‰).

Изучая истории болезни 21 больного, страдавшего ХОБЛ, течение которой осложнилось пневмонией, было выявлено, что в 18 случаях (85,71 ‰) имела место внебольничная пневмония и в 3 (14,29 ‰) — внутрибольничная. То есть, в большинстве случаев пневмония присоединялась к ХОБЛ во внебольничных условиях и далее, больной направлялся на лечение в пульмонологический стационар. Систематизировав полученные результаты, мы выделили 2 основные группы умерших больных с ХОБЛ, заболевание и осложнения которых привели к летальному исходу:

1. Пневмонии, осложнившие ХОБЛ как основное заболевание, были выявлены в 14 случаях из 21 (66,67 ‰). В 13 из 14 протоколов было отмечено гнойное обострение ХОБЛ (92,86 ‰), и лишь в 1 протоколе было указание на наличие ремиссии (7,14 ‰). Принимая во внимание неоднородность этой группы больных по сочетанию основных диагнозов, был проведен более детальный анализ протоколов вскрытия, и выделены 4 подгруппы:
 - 1.1. В 10 случаях пневмония осложняла течение ХОБЛ, которая была зафиксирована единственным основным диагнозом.
 - 1.2. В 2 случаях осложнение в виде пневмонии присоединилось на фоне сочетания ХОБЛ и ишемической болезни сердца как основных диагнозов.
 - 1.3. В 1 протоколе вскрытия было указано на сочетание гиперплазии предстательной железы и ХОБЛ как основных диагнозов;
 - 1.4. В 1 случае пневмония осложнила течение 2 основных заболеваний — цереброваскулярной болезни и ХОБЛ.
2. Пневмония в 7 случаях из 21 (33,33 ‰) стала осложнением злокачественных новообразований легких в сочетании с ХОБЛ, которая была зафиксирована как фоновая патология. Во всех протоколах аутопсий этой группы умерших было отмечено гнойное обострение ХОБЛ.

Таким образом, пневмония осложнила течение ХОБЛ у больных пожилого и старческого возраста, умерших в пульмонологическом отделении ГВВ в 46,51 % случаев.

По данным И.А.Черемисиной (1997), которая проанализировала частоту пневмоний в стационарах Санкт-Петербурга (по протоколам аутопсий), пневмонии наблюдаются в 70,9 % случаев летальных исходов при хроническом бронхите. К сожалению, автор не уточняет частоту развития пневмонии на фоне ХОБЛ, возможно, в ряде случаев хронический обструктивный процесс в бронхах интерпретировался как хронический бронхит. Высокие цифры развития пневмонии на фоне хронического бронхита позволяют предполагать, что, по-видимому, имел место также хронический обструктивный процесс, по клиникo-морфологическому субстрату более предрасполагающий к развитию инфекционного осложнения со стороны легочной паренхимы. Принимая во внимание преклонный возраст больных, находящихся на лечении в ГВВ (76 лет), можно было ожидать более высоких цифр, по сравнению с приведенными выше данными, полученными по результатам работы городского патологоанатомического бюро. Однако в случае с контингентом больных ГВВ (преимущественно инвалиды и участники Великой Отечественной войны), по-видимому, имеет значение постоянное наблюдение за больными, своевременное проведение лечения и максимальный контроль над заболеванием.

Изучая истории болезни 21 пациента, страдавших ХОБЛ, течение которой осложнилось пневмонией, было выявлено, что в 18 случаях (85,71 %) имела место внебольничная пневмония и в 3 (14,29 %) — внутрибольничная. То есть, в большинстве случаев пневмония присоединялась к ХОБЛ во внебольничных условиях, и далее больной направлялся на лечение в пульмонологический стационар.

Локализация пневмоний в зависимости от стороны поражения была следующей: у 9 умерших — правосторонняя (42,86 %), у 8 обнаружен двухсторонний процесс (38,10 %) и у 4 — левосторонняя пневмония (19,04 %). Локализация в долях была следующей: у 18 умерших больных процесс был сосредоточен в нижних долях (85,72 %), у 2 — в верхних (9,52 %) и у 1 — в средней доле (4,76 %). Морфологическая характеристика и степень распространенности процесса в протоколах патологоанатомических исследований были следующими: в 8 случаях выявлена мелкоочаговая пневмония (38,10 %), в 7 — очаговая (33,33 %), в 3 — очаговая сливная (14,29 %), в 2 — крупноочаговая (9,52 %) и в 1 случае — абсцедирующая пневмония, что составило 4,76 %.

Таким образом, пневмония как осложнение ХОБЛ в пожилом и старческом возрасте чаще является мелкоочаговой и очаговой и располагается в нижних долях, преимущественно справа.

Среди умерших больных с ХОБЛ, осложнившейся пневмонией, было подавляющее большинство муж-

чин — 20 (95,24 %), по сравнению с женщинами — 1 (4,76 %). Анализируя случаи развития первичной пневмонии со смертельным исходом, по данным городского патологоанатомического бюро, также было выявлено преобладание мужчин (72,1 % всех наблюдений) [6].

Сочетание пневмонии и ХОБЛ, особенно в пожилом и старческом возрасте, следует рассматривать как взаимно отягчающие заболевания. В одном случае длительное течение ХОБЛ, возрастные морфофункциональные изменения, многочисленная сопутствующая патология и повышенная колонизация микрофлоры в дыхательных путях приводят к грозному осложнению — пневмонии, которая определяет исход заболевания. В другом случае пневмония, развивающаяся на фоне относительно благоприятного течения ХОБЛ, ведет к быстрой декомпенсации основного заболевания, что особенно ярко прослеживается у больных старше 60 лет.

Таким образом, на основании изучения протоколов вскрытия умерших больных ХОБЛ, течение которой осложнялось пневмонией, можно сделать следующие выводы:

1. По данным патологоанатомических исследований, пневмония как осложнение выявлена в 46,51 % случаев у умерших больных с ХОБЛ (отнесенной в рубрику основного, сопутствующего и фонового заболевания) пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГВВ в 1997 г.

2. В пожилом и старческом возрасте пневмония в качестве осложнения ХОБЛ как основного диагноза зафиксирована в протоколах аутопсий в 66,67 % случаев, в качестве осложнения рака легких и ХОБЛ как фоновой патологии — в 33,33 % случаев.

3. Пневмония как осложнение ХОБЛ у больных старше 60 лет чаще развивается у мужчин (95,24 %) и является внебольничной (85,71 %).

4. По данным аутопсий, пневмонии, осложняющие течение ХОБЛ у лиц пожилого и старческого возраста, имеют мелкоочаговый (38,10 %) и очаговый (33,33 %) характер, локализацию в нижних долях, преимущественно справа (42,86 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Илькович М.М. (ред.). Заболевания органов дыхания. СПб.: Нордмед-Издат; 1998; т. 2.
2. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития. Пульмонология 1998; прил.: 6–22.
3. Яковлев С.В. Внебольничная пневмония у пожилых: особенности этиологии, клинического течения и антибактериальной терапии. Рус. мед. журн. 1999; 7 (16): 763–768.
4. Дворецкий Л.И. Пожилой больной с хроническим обструктивным заболеванием легких в практике интерниста. Рус. мед. журн. 1999; 7 (16): 788–795.
5. Галкин Р.А., Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Пожилой пациент. Самара: ГП "Перспектива"; 1999.
6. Черемисина И.А., Черняев А.Л., Ковальский Г.Б., Грантьев В.А. Пневмонии и их диагностика в стационарах Санкт-Петербурга по данным аутопсий. Пульмонология 1997; 1: 13–18.

Поступила 10.10.02