

СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ГОРОДЕ
(2007-2013 гг.)

Владимир Олегович Щепин¹, Антон Валерьевич Масыкин²

¹Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН,
г.Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр.1, ²Департамент здравоохранения города Москвы,
г.Москва, Оружейный переулок, д.43, e-mail: MasyakinAnton@yandex.ru

Реферат. Изучены и статистически обработаны материалы архива 296 умерших больных шизофренией, получивших лечение в психиатрических больницах г. Москвы за период с 2007 по 2013 г. Описана структура соматической патологии при их поступлении в стационар, структура причин смерти, возрастные особенности летальности. Показано, что наиболее распространенные соматические заболевания, приводящие к летальности больных шизофренией, относятся к классам болезней системы кровообращения, органов дыхания и злокачественных новообразований.

Ключевые слова: психические расстройства, смертность, заболеваемость, шизофрения.

STRUCTURE OF MAIN REASONS OF LETHALITY OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE CITY
(2007-2013)

Vladimir O. Shepin¹, Anton V.Masyakin²

¹National scientific-research institute of public health
RAMS, Moscow, Vorontsovo Pole street, 12, building 1,

²Department of health protection of Moscow
Moscow, Oruzhejny street, 43,
e-mail: MasyakinAnton@yandex.ru

There were studied and statistically processed the archives of the psychiatric hospitals of Moscow, during the period 2007-2013 of 296 died schizophrenic patients. There was described the somatic morbidity rate at the moment of admission to hospital, causes of death and age mortality peculiarities of schizophrenic patients. It was demonstrated the prevalence of cardiovascular disorders, respiratory diseases and oncopathology that lead to death of schizophrenic patients.

Key words: Mental illness, mortality, morbidity, schizophrenia.

Риск преждевременной смерти повышается при большинстве психических расстройств [4, 9, 14]. В частности, при шизофрении наблюдается ухудшение состояния соматического здоровья и продолжительности жизни сравнительно с общей популяцией [7, 10, 14]. При шизофрении наблюдается повышенная смертность по сравнению с общей смертностью в популяции в целом с ростом показателей смертности в 1,5-3 раза [3, 4, 9, 11, 12, 14, 15] вследствие

как естественных, так и насильственных причин, причем в последние годы сохраняется тенденция к её повышению. Н.Е. Максимова [3], изучая закономерности 14-летней динамики здоровья психических больных старше 60 лет, отметила, что с 1989 по 2000 г. общая численность наблюдаемой выборки сократилась более чем в 5 раз, а с 2000 до 2003 г. – еще почти в 1,5 раза.

Большинство смертельных исходов среди больных шизофренией происходит в силу естественных причин [6, 12], к которым традиционно относят интеркуррентные соматические заболевания. Изучение причин летальности больных шизофренией является важным для своевременного выявления факторов риска и организации профилактических мероприятий, направленных на увеличение продолжительности жизни этих пациентов.

Целью настоящей работы являлось изучение структуры основных причин летальности больных шизофренией в г. Москве с 2007 по 2013 г. с описанием следующих аспектов – структуры соматических расстройств при поступлении в стационар и причин смерти, возрастных особенностей летальности. В исследовании использовалась архивная медицинская документация 296 больных с диагнозом «шизофрения», умерших в психиатрических больницах г. Москвы (психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева, психиатрическая клиническая больница № 15). Анализировались истории болезни и протоколы вскрытий.

По нашим данным (табл. 1), в структуре больницы смертности больных шизофренией с 2007 по 2013 г. преобладали болезни системы кровообращения (БСК) – 74,7%, что соотносится с результатами, полученными другими исследова-

Таблица 1

Причины смерти больных шизофренией в стационаре

Соматические расстройства	Причина смерти	
	абс.	%
Болезни органов дыхания		
Пневмония	36	12,16
Хроническая обструктивная болезнь легких	4	1,35
Всего	40	13,51
Болезни системы кровообращения		
Инфаркт миокарда	144	48,65
Хроническая ишемическая болезнь сердца	42	14,19
Дилатационная кардиомиопатия	12	4,05
Острое нарушение мозгового кровообращения	8	2,70
Тромбоэмболия легочной артерии	6	2,03
Всего	221	74,66
Злокачественные новообразования		
Желудочно-кишечного тракта	9	3,04
Легких	11	3,72
Прочие	7	2,36
Всего	27	9,12
Прочие причины	8	2,70

телями из разных стран [1, 4, 6, 8, 13]. Наиболее частой причиной летальности являлся острый либо повторный инфаркт миокарда (ИМ, рубрика I21-I22 по МКБ-10) – 48,7% случаев, развивавшийся, как правило, на фоне стенозирующих атеросклеротических изменений коронарных артерий и диффузного мелко- или крупноочагового (при повторном инфаркте) кардиосклероза. Также отмечались хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС, рубрика I25) – 14,2%, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА, рубрика I26), дилатационная кардиомиопатия (ДКМП, рубрика I42.0), поражение сосудов головного мозга – ишемический инфаркт головного мозга (рубрика I63; острое нарушение мозгового кровообращения – ОНМК по ишемическому типу). В 3% случаев имела место внезапная сердечная смерть (рубрика I46.1).

На втором месте по распространенности были заболевания органов дыхания – 13,5%, среди которых преобладала долевая или очаговая пневмония как непосредственная причина смерти, на третьем – злокачественные опухоли (9,1%), преимущественно метастазирующий рак легких (3,7%). В единичных случаях в качестве причин летальности наблюдались алиментарная кахексия при непрерывном типе течения с исходом в апато-абулический дефект и отказом от приёма пищи, сосудистая деменция (отличная от первичных атрофий), злокачественный нейролептический

синдром. Часто наблюдавшиеся ранее туберкулез легких и ревматические поражения сердца в нашей выборке не отмечались.

Средний возраст смерти больных шизофренией составлял 61,3 года; самый ранний случай летальности наблюдался в 20 лет, самый поздний – в 87 лет. Наиболее высокие показатели летальности были у лиц среднего и пожилого возраста (45–74 года), на этот период приходилось 70,3% умерших. Соотношение числа умерших до и после 45 лет составляло примерно 7:1 (87,9% и 12,1% соответственно). Пики летальности приходились на возрастные периоды от 51 до 55 лет и 71 год и старше.

Общее соотношение частоты соматических причин больничной смертности в данных возрастных группах сохранялось (табл. 2, рис.), однако были выявлены статистически значимые отличия в распространенности летальной сердечно-сосудистой и легочной патологии в пожилом возрасте. Болезни системы кровообращения в возрастном промежутке от 60 до 74 лет являлись причиной смерти на 15–25% реже, чем у более молодых или более старших по возрасту больных шизофренией, а болезни органов дыхания отмечались, напротив, на 10–15% чаще ($p < 0,05$). Наблюдалась тенденция к снижению частоты злокачественных новообразований как основной причины смерти в старческом возрасте на 6–10% по сравнению с другими возрастными

Таблица 2

Возрастные особенности летальности больных шизофренией

Причины смерти, %	Возраст больных			
	молодой 18–44 года	средний 45–59 лет	пожилой 60–74 года	старческий 75–90 лет
Доля умерших всего	12,16	32,43	37,84	17,57
Причины смерти (% от каждой возрастной группы)				
Болезни органов дыхания	11,11	7,29	22,32	7,69
Болезни системы кровообращения	77,78	82,29	61,61	86,54
Злокачественные новообразования	8,33	9,38	12,50	1,92
Прочие причины	2,78	1,04	3,57	3,85

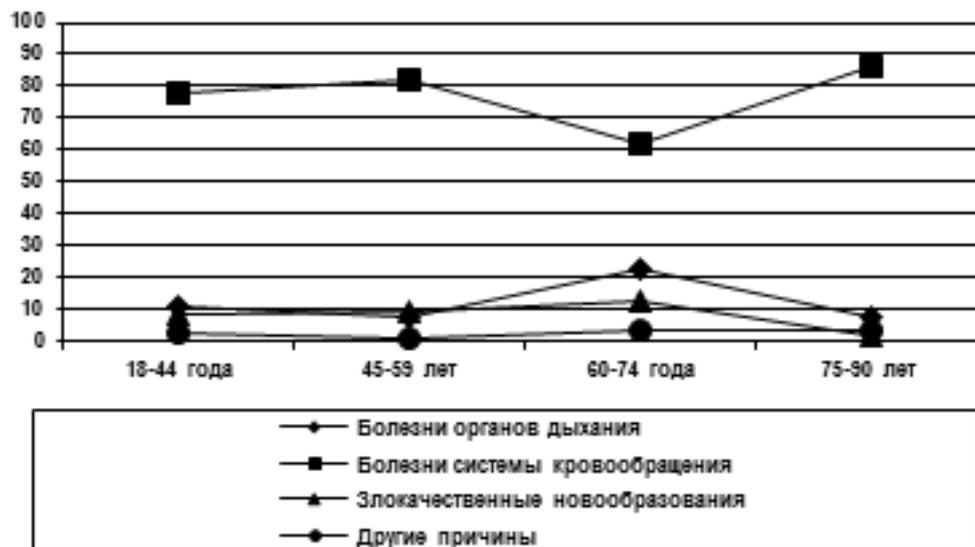


Рис. Возрастные особенности структуры причин летальности больных шизофренией.

группами, не достигавшая уровня статистической значимости.

Таким образом, наиболее распространенные соматические заболевания, приводящие к летальности больных шизофренией, относятся к классам болезней системы кровообращения, органов дыхания и злокачественных новообразований. В общепопуляционной структуре смертности населения России заболевания сердечно-сосудистой системы составляют около 65%, при этом на ИБС приходится почти 70% случаев смерти от всех сердечно-сосудистых заболеваний. Внутрибольничная летальность от болезней системы кровообращения с 1995 г. постепенно снижается [2]. В структуре летальности больных шизофренией БСК встречались на 10% чаще, чем в популяции (74,7%), ИБС и её последствия составляли 85% от этого числа. Полученные результаты указывают на повышение риска летальности от БСК у пациентов шизофренией и необходимость профилактических мероприятий в этом направлении.

В качестве основных управляемых факторов риска смертности от сердечно-сосудистой патологии ВОЗ выделяет следующие: высокое АД (13% от всех случаев смерти), курение (9%), высокий уровень глюкозы в крови (6%), гиподинамия (6%), ожирение (5%) и повышение содержания холестерина (5%). Важно учитывать, что помимо общих факторов риска утяжеления течения соматических расстройств есть и специфичные для больных шизофренией факторы – это низкая обращаемость за медицинской помощью, некомплайентность, отсутствие критики к своему состоянию [4], в связи с этим необходимо более внимательное отношение к этому контингенту как специалистов, так и родственников. Стратегия раннего выявления и своевременной медицинской и психосоциальной коррекции факторов риска рекомендуется уже при первом психотическом эпизоде.

С 45 лет наблюдается резкий рост внутрибольничной смертности больных шизофренией, что

может быть связано как с длительностью течения психического расстройства, так и с накоплением негативных факторов, ведущих к развитию коморбидных соматических заболеваний. Из полученных данных следует, что БСК сохраняют ведущее значение во все возрастные периоды. Профилактика пневмонии и хронических обструктивных болезней легких наиболее актуальна в пожилом возрасте и должна осуществляться прежде всего за счёт соблюдения внутрибольничных правил противоэпидемического режима и дезинфекции, позволяющих снизить риск возникновения внутрибольничных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. Т. 109, № 5. С. 14–19.
2. Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах (справочное издание). М.: РУСАКИ, 2007. С. 288.
3. Максимова Н. Е. Катамнестическое исследование диспансерной когорты психически больных в возрасте старше 60 лет // Казанский мед. ж. 2006. №6. С. 469–472.
4. Менделевич Б.Д., Куклина А.М. К вопросу о распространённости соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами // Казанский мед. ж. 2012. №3. С. 532–534.
5. Смертность населения Российской Федерации – 2002 г. (Статист. мат. МЗ РФ). М., 2003 (и за 1991–2000 гг.).
6. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis // *D.J. Psychiatry*. 1997. Vol. 171. P. 502–508.
7. Brown S., Inskip H., Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 177. P. 212–217.
8. Bushe C., Taylor M., Haukka J. Mortality in schizophrenia – A measurable clinical endpoint // *J. Psychopharmacol*. 2010. Vol. 24 (Suppl 4). P. 17–25.
9. De Hert M., Dekker J.M., Wood D. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Psychiatry*. 2009. Vol. 24, N 6. P. 412–424.
10. Fors B.M., Isacson D., Binge-fors K., Widerlov B. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study // *Nord. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 61. P. 252–259.
11. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // *D.J. Psychiatry*. 1997. Vol. 170. P. 205–228.
12. Killian J.G., Kerr K., Lawrence C. et al. Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine // *Lancet*. 1999. Vol. 354. P. 1841–1845.
13. Laursen T.M., Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder changes in the danish population between 1994 and 2006 // *J. Psych. Res.* 2011. Vol. 45. P. 29–35.
14. Lawrence D., Kisely S., Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness // *Can. J. Psychiatry*. 2010. Vol. 55, № 12. P. 752–759.
15. Osby U., Correia N., Brandt L. et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden // *Psych. Res.* 2000. Vol. 45. P. 21–28.
16. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007. Vol. 64. P. 1123–1131.
17. Tiihonen J., Suokas J.T., Suvisaari J.M., Haukka J., Korhonen P. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry*. 2012 May. Vol. 69(5). P. 476–483.

REFERENCES

1. Volkov V.P. *Zhurnal neurologii i psikiatrii*. 2009. Vol. 109, № 5. pp. 14–19. (in Russian)
2. Kalabekov I.G. *Rossiiskie reformy v tsifrakh i faktakh (spravochnoe izdanie)*. Moscow: RUSAKI, 2007. p. 288. (in Russian)
3. Maksimova N. E. *Kazanskii med. zh.* 2006. №6. pp. 469–472. (in Russian)
4. Mendeleevich B.D., Kuklina A.M. *Kazanskii med. zh.* 2012. №3. pp. 532–534. (in Russian)
5. *Smertnost' naseleniya Rossiiskoi Federatsii – 2002 g. (Statisticheskie materialy Minzdrava Rossii)*. Moscow, 2003 (i za 1991–2000 gg.).
6. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *D.J. Psychiatry*. 1997. Vol. 171. pp. 502–508.
7. Brown S., Inskip H., Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 177. pp. 212–217.
8. Bushe C., Taylor M., Haukka J. Mortality in schizophrenia – A measurable clinical endpoint. *J. Psychopharmacol*. 2010. Vol. 24 (Suppl 4). pp. 17–25.
9. De Hert M., Dekker J.M., Wood D. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Psychiatry*. 2009. Vol. 24, N 6. pp. 412–424.
10. Fors B.M., Isacson D., Binge-fors K., Widerlov B. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study. *Nord. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 61. pp. 252–259.
11. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *D.J. Psychiatry*. 1997. Vol. 170. pp. 205–228.
12. Killian J.G., Kerr K., Lawrence C. et al. Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine. *Lancet*. 1999. Vol. 354. pp. 1841–1845.
13. Laursen T.M., Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder changes in the danish population between 1994 and 2006. *J. Psych. Res.* 2011. Vol. 45. pp. 29–35.
14. Lawrence D., Kisely S., Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Can. J. Psychiatry*. 2010. Vol. 55, № 12. pp. 752–759.
15. Osby U., Correia N., Brandt L. et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Psych. Res.* 2000. Vol. 45. pp. 21–28.
16. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007. Vol. 64. pp. 1123–1131.
17. Tiihonen J., Suokas J.T., Suvisaari J.M., Haukka J., Korhonen P. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 May. Vol. 69(5). pp. 476–483.

Поступила 17.03.14.