

# КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. П. Волков

*Тверская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. М.П.Литвинова*

При всех психических заболеваниях повышен риск преждевременной смерти [13, 19, 30]. В частности, больные шизофренией имеют худшие показатели здоровья и меньшую продолжительность жизни сравнительно с общей популяцией [17, 22, 30], а смертность при шизофрении выше, чем в популяции в целом [13, 14, 16, 19, 22, 25, 28, 30, 32].

Избыточная смертность при шизофрении в последние десятилетия значительно возросла и сохраняет тенденцию к дальнейшему повышению [13, 15, 16, 18, 23, 28, 30, 32], что не может не вызывать серьезных опасений [30]. Она обусловлена как насильственными (суицид, убийства, несчастные случаи), так и естественными причинами [14, 23]. Большинство больных шизофренией погибают от естественных причин [15, 23, 28], среди которых преобладают заболевания органов кровообращения [13, 15, 18, 22, 23, 28]. Причем в последнее время отмечается неуклонный рост частоты кардиальной смерти при шизофрении [15, 18, 23, 25, 26], что связывают с широким применением разнообразных нейролептических препаратов в терапии заболевания [17, 23, 25, 26].

Считается, что нейролептики могут увеличивать частоту развития кардиальной патологии как опосредованно, так и в силу прямого воздействия на сердце (кардиотоксичности) [5, 6, 25]. Косвенное действие антипсихотических средств реализуется путем влияния на появление таких факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы, как повышение веса тела пациентов и патологические сдвиги биохимических параметров гомеостаза [17, 23, 26].

Кардиотоксичность нейролептиков, присущая в той или иной степени всем препаратам [5, 6], проявляется тяжелыми повреждениями миокарда, что может привести к миокардиальной дисфункции и, в итоге, к фатальной сердечной недостаточности [8, 9]. Среди подобных изменений сердечной мышцы описаны выраженные дистрофические процессы (миокардиодистрофия) [8], лекарственный миокардит [12, 21], а также кардиомиопатия [3, 5, 21], по своим клиническим и электрокардиографическим

проявлениям сходная с идиопатической дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) [3, 4].

Кроме того, у больных шизофренией повышен риск внезапной сердечной смерти (ВСС) [11, 31], что напрямую связывается с приемом нейролептиков [11, 24, 27, 29, 31], причем как типичных, так и атипичных в равной степени [29, 31].

Исходя из изложенного, представляет теоретический интерес и практическую целесообразность изучение смертности при шизофрении, в частности, от кардиальной патологии, в различные временные периоды, а также ее изменения под влиянием различных факторов, в первую очередь, лечебных мероприятий – «танатоморфоз» [2]. При этом важен анализ секционного материала [1, 2, 20], позволяющий проследить клинко-морфологические параллели и детализировать причины смерти больных по нозологии.

Однако подавляющее большинство исследований в этой области, причем проведенных с помощью эпидемиологических методов без нозологического анализа, принадлежит иностранным авторам [13–16, 18, 22, 23, 29, 30]. Отечественные публикации, отражающие результаты изучения секционного материала, единичны [1, 2]. Одно из исследований проведено нами несколько лет назад [2]. Накопившиеся за последнее время данные литературы (главным образом, зарубежной) и анализ пополнившегося собственного секционного материала дали основание для обобщения в настоящей работе. Основная ее **цель** – изучить причины смерти больных шизофренией от кардиальной патологии в различные временные периоды и проследить ее «танатоморфоз».

## Материал и методы

Изучены материалы (истории болезни и протоколы вскрытий) архива Областной клинической психиатрической больницы №1 им. М.П.Литвинова за период с 1952 по 2010 годы, касающиеся 882 умерших больных шизофренией. Выделено 5 временных периодов: I – 1952–1955 годы; II – 1963–1967; III – 1975–1980; IV – 1988–1997; V – 1998–2010 годы.

При этом I период принципиально отличается от остальных тем, что в это время нейролептическая терапия шизофрении еще не проводилась. В нашей больнице фенотиазиновые нейролептики стали применяться с 1956 года [7].

Для статистической обработки полученных результатов использован пакет прикладных компьютерных программ «Statistica 6.0» («Statsoft Inc.», USA, 1999). Различие показателей считалось статистически достоверным при уровне значимости 95% и более ( $p \leq 0,05$ ).

### Результаты и обсуждение

Прежде всего, следует отметить, что по нашим данным в последнее время (IV и V периоды) продолжительность жизни при шизофрении значительно увеличилась. Так, в этом отрезке времени больных шизофренией старше 50 лет, умерших от различных причин, существенно (в 4 раза) и достоверно больше, чем в I период (66,1% и 16,6% соответственно). Это еще более наглядно представлено в группе лиц, у которых причиной смерти послужила кардиальная патология. Здесь уже начиная с 60-х годов (II период) резко преобладает число умерших старше 50 лет, достигая, в среднем, 80,3%.

На нашем материале болезни сердечно-сосудистой системы представлены пятью группами (таблица): а) ревматические поражения сердца (РПС); б) острый инфаркт миокарда (ОИМ); в) хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС); г) кардиомиопатия (КМП); д) острое нарушение мозгового кровообращения – инсульт (ОНМК). Рассмотрим каждую из групп.

**Ревматические поражения сердца.** Эта патология до 1980 года наблюдалась не так уж редко, составляя около 5–10% среди всех причин смерти больных шизофренией. Мужчины и женщины поражались одинаково часто. Из 18 пациентов 11 (61,1%) были моложе 50 лет. В половине наблюдений (50,0%) диагностировался митральный порок сердца, почти вдвое реже (27,7%) – митрально-аортальный, в 1 случае (5,6%) – аортальный. Актив-

ный ревматизм послужил причиной смерти 3 больных (16,7%). В последние годы (V период) РПС не наблюдались, что отражает общую тенденцию, наблюдающуюся в популяции, связанную с успешным лечением и профилактикой ревматизма, в том числе и у страдающих шизофренией.

**Острый инфаркт миокарда.** В нашем материале до 1975 года эта патология не встречалась. Затем смерть больных шизофренией от ОИМ стала регистрироваться с довольно постоянной частотой (в пределах от 5,6% до 8,9%). Среди умерших от ОИМ существенно преобладали мужчины (4:1 соответственно). Возраст 32 пациентов из 51 (62,7%) – более 50 лет. При этом прослеживается довольно значительная положительная корреляция частоты ОИМ с увеличением продолжительности жизни больных шизофренией ( $r=0,56$ ).

Повторный ОИМ наблюдался у 13 человек (25,5%). В 4 случаях (9,8%) смерть наступила от разрыва стенки левого желудочка сердца с гемоперикардом, что свидетельствует о тяжелом течении заболевания и обширном поражении миокарда. У 7 больных (17,1%) в качестве сопутствующей патологии отмечено ожирение, которое возможно связано с побочным эффектом нейролептиков. Вместе с тем, у 8 умерших (19,5%) ОИМ развился на фоне выраженной кахексии.

**Хроническая ишемическая болезнь сердца.** По нашим данным, ХИБС играет основную роль в существенном увеличении частоты смерти больных шизофренией от заболеваний системы кровообращения, наблюдающейся в течение предшествующего сорокалетнего периода и особенно последнего времени (V период). Эта патология начала регистрироваться со II периода наблюдений. Заметное и достоверное увеличение ее частоты отмечено в IV и, особенно, в V периодах. Причем скачок указанного показателя в последние годы существенно отличается от такового во всех предыдущих отрезках времени.

В нашем материале ХИБС наблюдалась у 143 умерших. Заболевание проявлялось в 2 различных по морфогенезу клинико-анатомических вариантах

Кардиальные причины смерти больных шизофренией (в % к числу аутопсий при шизофрении в каждом временном периоде)

Причина смерти	Временной период				
	I	II	III	IV	V
РПС	4,5±5,0	10,5±9,7	5,1±3,4	0,8±0,9***	– ***
ОИМ	–	–	8,9±4,5**	6,2±2,5**	5,6±2,8***
ХИБС	–	7,9±8,6	4,5±3,2*	16,8±3,9***	27,6±5,4*** #
НКМП	–	5,3±7,1	6,4±3,8*	6,5±2,6*	11,9±3,9*** #
ОНМК	–	7,9±8,6	4,5±3,2*	5,1±2,3*	2,6±1,9*
Всего	4,5±5,0	31,6±14,8*	29,4±7,1*	35,4±5,0*	47,7±6,0*** #

Примечания: \* – достоверное различие ( $p < 0,05$ ) с периодом I; \*\* – достоверное различие ( $p < 0,05$ ) с периодом II; \*\*\* – достоверное различие ( $p < 0,05$ ) с периодом III; # – достоверное различие ( $p < 0,05$ ) с периодом IV.

кардиосклероза: а) диффузный (атеросклеротический) – 104 наблюдения (72,7%) и б) очаговый (постинфарктный) – 39 (27,3%). Преобладание первой формы заболевания статистически значимо.

Как при атеросклеротическом, так и при постинфарктном кардиосклерозе существенно чаще поражаются мужчины, чем женщины (59,6% против 40,4% и 76,9% против 23,1% соответственно). Причем при последнем эта разница статистически достоверно более выражена. В целом, при ХИБС мужчины составили 64,3%, что статистически существенно превосходит долю женщин.

Возрастной состав в обеих группах примерно одинаков. Однако при атеросклеротическом кардиосклерозе в отличие от постинфарктного пациенты значительно чаще доживают до преклонного возраста (соответственно 13,5% и 2,6% были старше 70 лет). Это объясняется, скорее всего, тем, что больные часто погибают от ОИМ, и лишь у относительно небольшого их числа процесс завершается рубцеванием и формированием постинфарктного кардиосклероза. В этой связи следует отметить, что при жизни ОИМ у больных шизофренией, по существу, встречается значительно чаще, чем отмечено нами на секционном материале.

В целом, среди умерших от ХИБС 90,9% были старше 50 лет, а 10,5% – старше 70. Причем выявлена выраженная положительная корреляция ( $r=0,64$ ) частоты ХИБС с увеличением возраста пациентов.

Попутно следует отметить, что вообще суммарная частота ишемической болезни сердца (ИБС), включающей в себя ОИМ и ХИБС, в высокой степени зависит от возраста больных шизофренией ( $r=0,71$ ).

Из сопутствующей патологии, значительно утяжелявшей течение ХИБС, в нашем материале следует выделить артериальную гипертензию (АГ) и нарушения обменных процессов (сахарный диабет, ожирение, кахексия). Они встречались одинаково часто при обеих формах кардиосклероза. В общем, АГ диагностирована у 8 больных (5,6%), сахарный диабет – у 5 (3,5%), ожирение – у 12 (8,4%), кахексия – у 57 (39,9%). При этом не исключено, что повышение веса тела и диабет своим происхождением обязаны побочному действию антипсихотиков.

Непосредственной причиной смерти больных шизофренией, страдавших ХИБС, в 60,8% наблюдений явилась прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность, осложненная в 29,4% гипостатической пневмонией. ВСС констатирована в 35,0% исходов. Все перечисленные осложнения встречались одинаково часто как при диффузном, так и при очаговом кардиосклерозе.

*Кардиомиопатия.* На нашем материале выявлена своеобразная кардиальная патология, по своим клиническим и электрокардиографическим проявлениям сходная с ДКМП. Это фенотиазиновая, а точнее – нейролептическая кардиомиопатия (НКМП)

[3, 5]. Хотя она описана сравнительно недавно [5, 21], ретроспективный анализ протоколов вскрытий и историй болезни умерших больных шизофренией позволил обнаружить это заболевание и в предшествующие годы, несмотря на то, что оно и не звучало в патологоанатомическом диагнозе. При этом заслуживает внимания тот факт, что в I («донейролептическом») периоде наблюдений (1952–1955 гг.) НКМП не была отмечена. Это подтверждает точку зрения, что этиологическим фактором развития заболевания служат нейролептические препараты [3].

Начиная с 60-х годов (II период) и в дальнейшем это заболевание встречалось постоянно практически с одинаковой частотой (5,3–6,5% вскрытий умерших больных шизофренией). В V периоде этот показатель достоверно вырос до 11,9%.

Всего от НКМП умерли 67 больных шизофренией. Если же учитывать и те наблюдения, где НКМП фигурировала также в качестве сопутствующей патологии, то частота этого заболевания при шизофрении значительно возрастет. Так, за последние годы (IV и V периоды) НКМП встретилась на нашем материале в качестве основного или сопутствующего заболевания в 83 случаях, что составляет 13,4% случаев шизофрении и 2,5% всех вскрытий, проведенных за этот период в психиатрической прозектуре. Последний показатель (2,5%) существенно и достоверно выше, чем данные литературы относительно частоты сходной патологии – ДКМП на материале общих (непсихиатрических) прозектур (0,08–0,8%) [9, 10]. Этот факт также свидетельствует о важной роли, которую играют психотропные препараты в этиологии кардиомиопатии, развивающейся при шизофрении в ходе ее нейролептической терапии.

Из 67 больных шизофренией, погибших от НКМП, почти  $\frac{2}{3}$  (65,7%) составляли мужчины. Возраст большинства пациентов (61,2%) от 40 до 60 лет, причем 13,4% умерших были моложе 40 лет.

Среди отягощающей сопутствующей патологии АГ диагностирована у 5 больных (7,5%), ожирение – у 7 (10,5%), кахексия – у 25 (37,3%). При НКМП больные шизофренией чаще всего умирали от прогрессирующей хронической сердечной недостаточности (41,8%), нередко в сочетании с гипостатической пневмонией (19,4%). В 29,9% случаев наблюдалась ВСС.

Учитывая, что шизофрения, как правило, развивается в молодом возрасте, а нейролептическая терапия является практически пожизненной, интересно проследить, есть ли связь частоты НКМП при шизофрении с возрастом пациентов. В данном случае возраст выступает как косвенный показатель длительности воздействия на организм психофармакологических средств. Корреляционный анализ выявил очень высокую положительную связь ( $r=0,96$ ) частоты НКМП у больных шизофренией с их возрастом, то есть, по существу, с длительностью нейролептической терапии. Причем 92,7% из-

менений изучаемого показателя обусловлены именно длительностью указанного лечения. Таким образом, и результаты корреляционного анализа говорят в пользу этиологической роли антипсихотических препаратов в генезе НКМП при шизофрении.

*Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).* Эта патология представлена в нашем материале 2 различными по патогенезу заболеваниями: а) ишемическим поражением мозга (инфарктом) и б) геморрагическим инсультом. Она начала регистрироваться с 60-х годов с различной, но практически одинаковой частотой (2,6%–7,9%) в разные временные периоды. Однако складывается впечатление, что есть тенденция к более редкому появлению этой патологии в V периоде. Возможно, это связано с широким применением в последнее время ноотропов и других препаратов, улучшающих мозговое кровообращение и процессы микроциркуляции в головном мозге.

На нашем материале из 35 умерших в результате ОНМК 20 (57,1%) были женского пола, 32 (91,4%) – старше 50 лет. Преобладающий возраст – от 51 до 70 лет (29 случаев – 74,3%). Кроме того, 3 умерших пациентки были старше 71 года, у 9 человек (25,7%) отмечалась АГ.

Инфаркт мозга (ишемический инсульт) диагностирован в 19 наблюдениях (54,3%), одинаково часто у мужчин и женщин. Возраст 11 из них (57,9%) находился в интервале 61–70 лет, 2 (5,3%) были старше 71 года. Повторное или рецидивирующее поражение наблюдалось у 5 больных (26,3%). Также у 5 человек регистрировалась АГ.

В 1 случае встретился инфаркт ствола мозга вследствие тромбоза основной артерии. Подобная патология считается проявлением побочного эффекта нейролептиков [1].

Геморрагический инсульт (внутричерепное кровоизлияние) развился у 16 пациентов (45,7%) – 6 мужчин и 10 женщин. Их возраст, в целом, более молодой, чем у перенесших инфаркт мозга. Так, 8 умерших (50,0%) имели возраст от 51 до 60 лет, и только 6 (37,5%) были старше 61 года.

В четверти случаев (25,0%) геморрагии развивались на фоне АГ. Повторных геморрагических инсультов в нашем материале не встретилось, что объясняется, нужно полагать, особой тяжестью патологии и быстротой ее развития, практически исключая благоприятный исход первого приступа.

### **Заключение**

Таким образом, результаты нашего исследования причин смерти больных шизофренией от патологии органов кровообращения на протяжении более

чем 50 лет выявили существенные сдвиги изучаемых показателей, наблюдающиеся особенно четко в последние два с небольшим десятилетия. Это касается, в первую очередь, резкого учащения ХИБС, а также появления у пациентов таких заболеваний, как ОИМ и НКМП.

Часть отмеченных сдвигов, на наш взгляд, может быть обусловлена прямым побочным действием нейролептических препаратов при длительной антипсихотической терапии или их опосредованным влиянием, в частности, увеличением продолжительности жизни больных шизофренией.

Так, нарастание частоты ИБС (ОИМ и ХИБС) у страдающих шизофренией связано, прежде всего, именно с указанным фактором. Кроме того, результатом побочного эффекта нейролептиков могут быть увеличение массы тела, дислипидемия и другие нарушения обмена [17, 23, 26], что, как известно, относится к факторам риска развития коронарного атеросклероза, лежащего в основе ИБС.

Следствием прямого побочного воздействия антипсихотиков на миокард (кардиотоксичности) является НКМП. Появление этой патологии у больных шизофренией и нарастание ее частоты в последние годы непосредственно связано с широким внедрением в лечебную психиатрическую практику психотропных средств, в частности, нейролептических препаратов, как типичных, так и атипичных.

На нашем материале ВСС при шизофрении наблюдалась у больных ХИБС в 35,0% и у больных НКМП – в 29,9%. В подавляющем большинстве случаев она регистрировалась в последние десятилетия (IV и V периоды), когда психофармакотерапия достигла наивысшего расцвета. Эти данные подтверждают предположение, что ВСС среди страдающих шизофренией в той или иной степени связана с побочным действием различных антипсихотических препаратов, получаемых больными при терапии основной психической патологии. ВСС во всех этих наблюдениях, наиболее вероятно, обусловлена электрической нестабильностью миокарда и связана с различными нарушениями ритма и проводимости [11].

Выявленные изменения кардиальных причин смерти при шизофрении можно рассматривать как проявление танатоморфоза указанного заболевания. Следует надеяться, что знакомство практических врачей психиатрических стационаров с представленными материалами будет способствовать улучшению диагностики патологии органов кровообращения у больных шизофренией и более успешному ее лечению.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенштейн Ф.А. Некоторые вопросы соматической заболеваемости и причин смерти при шизофрении // Патологическая анатомия и некоторые вопросы танатогенеза шизофрении / Под ред. В.А.Ромасенко. М., 1972. С. 119–193.
2. Волков В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении // Журн. неврол. психиатр. 2009. № 5. С. 14–19.
3. Волков В.П. Фенотиазиновая дилатационная кардиомиопатия: некоторые аспекты клиники и морфологии // Клин. мед. 2009. № 8. С. 13–16.
4. Волков В.П. Особенности ЭКГ при фенотиазиновой кардиомиопатии // Верхневолжский мед. журнал. 2009. № 4. С. 3–7.
5. Волков В.П. Кардиотоксичность фенотиазиновых нейролептиков (обзор литературы) // Психиатр. психофармакотерапия. 2010. № 2. С. 41–45.
6. Дробижев М.Ю. Кардиологические аспекты проблемы переносимости и безопасности нейролептиков // Психиатр. Психофармакотер. 2004. № 2. С. 60–68.
7. Кувшинов В.А. К истории Калининской областной психиатрической больницы № 1 им. М.П. Литвинова // Тезисы докладов научно-практической конференции, посвященной 90-летию больницы им. доктора М.П. Литвинова (25 октября 1974 г.). Калинин, 1974.
8. Моисеев В.С., Сумароков А.В., Стяжкин В.Ю. Кардиомиопатии. М., 1993. 176 с.
9. Мухарлямов Н.М. Кардиомиопатии // Болезни сердца и сосудов: руководство для врачей / Под ред. Е.И.Чазова. М., 1992. Т. 2. С. 199–249.
10. Розенберг В.Д. Кардиомиопатии: нозологическая сущность, классификация и патоморфологический аспект диагностики // Клин. мед. 1990. № 6. С. 24–30.
11. Abdelmawla N., Mitchell A.J. Sudden cardiac death and antipsychotics. Part 1: Risk factors and mechanisms // Adv. Psychiatr. Treat. 2006. Vol. 12. P. 35–44.
12. Ansari A., Maron B.J., Berntson D.G. Drug-induced toxic myocarditis // Tex. Heart Inst. J. 2003. N 30. P. 76–79.
13. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis // J. Psychiatry. 1997. Vol. 171. C. 502–508.
14. Brown S., Inskip H., Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 177. P. 212–217.
15. Bushe C.J., Taylfr M., Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint // J. Psychopharmacol. 2010. Vol. 24. N 11. P. 17–25.
16. Capasso R.M., Lineberry T.W., Bostwick J.M. et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted County, Minnesota cohort: 1950–2005 // Schizophr. Res. 2008. Vol. 98, N 1–3. P. 287–294.
17. 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.
18. Fors B.M., Isacson D., Bingefors K., Widerlov B. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study // Nord. J. Psychiatry. 2007. Vol. 61. P. 252–259.
19. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // J. Psychiatry. 1997. Vol. 170. P. 205–228.
20. Hussar A.E. Leading causes of death in institutionalized chronic schizophrenic patients: a study of 1275 autopsy protocols // J. Nerv. Ment. Dis. 1966. Vol. 142. P. 45–58.
21. Killian J.G., Kerr K., Lawrence C. et al. Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine // Lancet. 1999. Vol. 354. P. 1841–1845.
22. Laursen T.M., Munk-Olsen T., Agerbo E. et al. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder // Arch. Gen. Psychiatry. 2009. Vol. 66, N 7. P. 713–720.
23. Lawrence D., Kisely S., Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness // Can. J. Psychiatry. 2010. Vol. 55, N 12. P. 752–759.
24. Mackin P. Cardiac side effects of psychiatric drugs // Hum. Psychopharmacol. 2008. Vol. 23, Suppl. 1. P. 3–14.
25. Montout C., Casadebaig F., Lagnaoui R. et al. Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients // Schizophr. Res. 2002. Vol. 57. P. 147–156.
26. Mortensen P.B., Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenia in Denmark // Acta Psychiatr. Scand. 1990. Vol. 8, N 4. P. 372–377.
27. Narang P., El-Rafai M., Parlapalli R. et al. Antipsychotic drugs: sudden cardiac death among elderly patients // Psychiatry (Edmont). 2010. Vol. 7, N 10. P. 25–29.
28. Osby U., Correia N., Brandt L. et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden // Schizophr. Res. 2000. Vol. 45, N 1–2. P. 21–28.
29. Ray W.A., Chung C.P., Murray K.T. et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death // N. Engl. J. Med. 2009. Vol. 360. P. 225–235.
30. 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.
31. Straus S.M.J.M., Sturkenboom M.C.J.M., Bleumink G.S. et al. Non-cardiac QTc-prolonging drugs and the risk of sudden cardiac death // Eur. Heart J. 2005. Vol. 26. P. 2007–2012.
32. Tiihonen J., Lonnqvist J., Wahlbeck K. et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) // Lancet. 2009. Vol. 374. P. 620–627.

## КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

### В. П. Волков

Изучены и статистически обработаны материалы архива больницы за период с 1952 по 2010 годы, касающиеся 882 умерших больных шизофренией. В последнее время выявлено значительное увеличение продолжительности жизни при шизофрении, особенно в группе лиц, у которых причиной смерти послужила кардиальная патология. Частота заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к смерти страдающих шизофренией, резко и достоверно возросла в 60-е годы, затем стабильно оставалась на высоком уровне, составляя около 1/3 среди всех причин смерти при шизофрении, а в последнее время вновь отмечен ее подъем до 47,7%. При этом обнаружена прямая и очень сильная корреляция ( $r=0,92$ ) между увеличением возраста страдающих шизофренией и частотой кардиальной патологии, приводящей их к смерти. Существен-

ные сдвиги изучаемых показателей, наблюдающиеся особенно четко в последние два с небольшим десятилетия, касаются, в первую очередь, резкого учащения хронической ишемической болезни сердца, а также появления у пациентов таких заболеваний, как острый инфаркт миокарда и нейролептическая кардиомиопатия. На наш взгляд, часть отмеченных сдвигов, прежде всего, учащение нейролептической кардиомиопатии, обусловлена побочным действием антипсихотических препаратов (прямым или опосредованным). Выявленные изменения кардиальных причин смерти при шизофрении можно рассматривать как проявление танатоморфоза указанного заболевания.

**Ключевые слова:** шизофрения, кардиальная патология, причины смерти, танатоморфоз, побочное действие нейролептиков.

## CARDIAC CAUSES OF DEATH IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

### V. P. Volkov

The author has studied the case histories of 882 deceased schizophrenic patients in the archive of the hospital, during the period 1952–2010. He reports a significant increase of life expectancy for schizophrenic patients, especially for the group that dies because of cardiac pathology. The prevalence of cardiovascular disorders that lead to death of schizophrenic patients abruptly and significantly increased in the 60s, than stabilized at high level making 1/3 of all causes of death in schizophrenia, and recently again increased to 47.7%. There is a strong and direct correlation ( $r=0.92$ ) between more advanced age of schizophrenics and the presence of cardiac

pathology that leads to death. First of all, recent two decades show an increase of chronic ischemic heart disease, as well as cases of acute myocardial infarction and neuroleptic cardiomyopathy. The author suggests that some of the changes, specifically, higher frequency of neuroleptic cardiomyopathy, could be caused by side effects (direct or indirect) of antipsychotics. The discovered changes in cardiac causes of death in schizophrenic patients can be interpreted as a manifestation of tanatomorphosis in schizophrenia.

**Key words:** schizophrenia, cardiac pathology, causes of death, tanatomorphosis, side effects of neuroleptics.

Волков Владимир Петрович – кандидат медицинских наук, областная клиническая психиатрическая больница №1 им. М.П.Литвинова, Тверь; e-mail: patowolf@yandex.ru