

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ И ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В г. МОСКВЕ

*А. Б. Демина, С. Г. Раденска-Лоповок, О. М. Фоломеева, Ш. Эрдес.
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва.*

Резюме

Цель. Изучить структуру летальных исходов и основные причины смерти пациентов с РЗ в г. Москве.

Материал и методы. Проведён анализ годовых отчётов 38 патологоанатомических отделений и анализ протоколов вскрытий 2-х патологоанатомических отделений Москвы (ГКБ № 4, Медсанчасть № 1 АМО ЗИЛ) за 1999 - 2002 гг.

Результаты. В патологоанатомическом диагнозе РЗ фигурировали в 1783 случаях, что составило 1,9% от общего числа вскрытий. В качестве основного патологоанатомического диагноза РЗ были установлены в 1503 случаях (1,6%), как сопутствующие заболевания РЗ встречались в 280 случаях (0,3%). Ревматические пороки сердца (РПС) были зарегистрированы в 1071 случаях как основное заболевание и в 139 случаях как сопутствующая патология, ревматическая лихорадка (РЛ) выявлена у 32 больных. Распределение различных нозологических форм внутри класса БКМС в качестве основного диагноза: ревматоидный артрит (РА) - 38,3%, серонегативные артриты (СА) - 5,3%, системные васкулиты (СВ) - 7,3%, системная красная волчанка (СКВ) - 9,5%, системная склеродермия (ССД) - 4,0%, остеоартроз (ОА) - 1,5%. Такие нозологические формы, как остеопороз (ОП), подагра и другие микрокристаллические артриты, были объединены нами в группу "другие ревматические заболевания" и составили - 11,8 %. В качестве сопутствующей патологии распределение БКМС по различным нозологическим формам выглядит следующим образом: РА - 54%, ОА - 8,1%, СА - 27%, ССД - 5,4%, СКВ - 2,7%, другие РЗ - 2,7%.

В 2-х патологоанатомических отделениях г. Москвы РЗ в протоколах вскрытий фигурировали в 165 случаях (2,0% от общего числа вскрытий). РПС были обнаружены в 99 случаях, рецидив РЛ в 4. РА встречался в - 28, СКВ - 8, ОА - 12, ССД - 3, СА - 2, распространённый ОП - 3 случаях, СВ - 2, подагра - 3, полимиозит (ПМ) - 1. Наиболее частые причины смерти пациентов с РПС и РЛ: декомпенсация кровообращения (ДК), острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН), тромбозы (ТЭ). При БКМС в основном диагнозе наиболее частая причина смерти - уремия. В тех случаях, когда БКМС выступали в качестве сопутствующей патологии, смерть пациентов была вызвана сердечно-сосудистой патологией.

Заключение. Частота встречаемости РЗ в патологоанатомическом диагнозе составила 1,8% от общего числа вскрытий, что скорее всего не отражает истинного положения и связано с недостаточной регистрацией РЗ в патологоанатомическом диагнозе, а также со снижением общего числа аутопсий за последние 10 лет. Для Москвы характерно преобладание смерти от ревматических болезней сердца (76%), в основном РПС, над смертностью от БКМС (24%). Среди причин смерти при разных нозологических формах РЗ преобладала сердечно-сосудистая патология.

Ключевые слова: *ревматические заболевания, летальный исход, причина смерти.*

Смерть больного является самым неблагоприятным исходом любого заболевания. Основные усилия врачей любых специальностей направлены на то, чтобы избежать или как можно дольше не допустить подобного исхода для своих пациентов. В связи с этим всегда представлялось важным оценить частоту и причину, которая привела к такому результату.

Анализ летальных исходов позволяет получить сведения о: 1) структуре причин смерти, 2) структуре смертельных и других важнейших осложнений, 3) месте сопутствующих заболеваний как факторов, возможно косвенно влияющих на причину смерти, 4) качестве лечебно-диагностического процесса. Необходимо не только анализ собственно причин смерти, но и смертельных осложнений, так как нередко именно эти состояния требуют наибольших лечебно-диагностических усилий и затрат, включая высокотехнологичные и дорогостоящие методы лечения. Важную информацию даёт анализ сопутствующих заболеваний, особенно в настоящее время, когда среди умерших преобладают лица пожилого и старческого возраста с полипатиями. Известно,

что на практике только часть заболеваний, требующих проведения лечебно-диагностических мероприятий, включается в состав основного диагноза, остальные трактуются как сопутствующие, а нередко они вообще не выносятся в клинические и патологоанатомические диагнозы [1]. Это особенно относится к хроническим, длительно текущим патологическим процессам, какими являются большинство ревматических заболеваний (РЗ).

Существовавшее в течение многих десятилетий мнение, что РЗ "в большинстве случаев имеют хороший прогноз и не приводят к гибели больных" [2], в последнее время подвергается пересмотру. Под воздействием целой серии как зарубежных, так и отечественных работ формируется иной взгляд на проблему, который лучше всего сформулировали Т. Pincus с соавт., утверждающие что РЗ являются "серьезной угрозой для образа жизни, благосостояния и для жизни как таковой" [3]. Но до настоящего времени в большинстве исследований, посвящённых социальным аспектам РЗ, основное внимание уделялось заболеваемости, а также снижению работоспособности и качества жизни больных. Проблема смертности при этих заболеваниях редко является предметом обсуждения. Малое число исследований в этой области объясняется рядом причин. Во-первых, вы-

сокая летальность даже при таких тяжёлых заболеваниях, как системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД), системные васкулиты (СВ) и полимиозит (ПМ), вследствие их низкой распространённости составляет небольшую часть в общей структуре смертности населения. Во-вторых, смерть при таких хронических РЗ, как ревматоидный артрит (РА), остеоартроз (ОА) и серонегативные спондилоартриты (СА) от инфекционных осложнений или сердечно-сосудистой патологии, не всегда связывается непосредственно с наличием хронического РЗ. В-третьих, для проведения подобных исследований необходимо иметь базу данных, содержащую большое количество больных, прослеженных в течение 10 и более лет. Подобные базы данных имеются только в крупных ревматологических центрах в нескольких странах мира [3].

В последние годы вопрос о более частом и раннем развитии сердечно-сосудистой патологии у пациентов с РЗ и уменьшении продолжительности их жизни, обусловленных как самим заболеванием, так и, возможно, проводимой терапией, приобрел большую актуальность. Вклад в изучение этой проблемы могут внести не только современные клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования больного, но и ретроспективный анализ причин смерти этих пациентов и характера имевшихся морфологических изменений. В мире проведены крупные исследования в этой области, опубликованы обзоры по общей смертности при РЗ и отдельно по нозологическим формам [3-8]. В России в последнее время по разным причинам усилилась негативная тенденция, выразившаяся в недооценке роли патологоанатомических вскрытий, отмечается снижение их числа и редкости публикаций, содержащих анализ летальных исходов [1]. Данные о структуре летальности и причинах, приведших к смерти больных с РЗ в России за последние 10 лет, практически отсутствуют. В этой связи представляется важным изучить причины смерти больных РЗ в современных условиях, что и явилось целью данной работы.

Цель

Изучение структуры летальных исходов и причин смерти больных с РЗ по данным годовых отчётов и протоколов вскрытий патологоанатомических отделений г. Москвы.

Материал и методы

На I этапе проведён анализ годовых отчётов 38 патологоанатомических отделений лечебно-профилактических учреждений Комитета здравоохранения г. Москвы за 1999 - 2002 года. Форма отчета является приложением № 2 к приказу № 114 от 19.03.99 Комитета здравоохранения г. Москвы. За указанный период произведено 94781 вскрытий. Были выделены случаи смерти больных, у которых в патологоанатомическом диагнозе фигурировали РЗ.

В настоящее время в практической медицине понятие "ревматические заболевания" включает нозологические формы, относящиеся к двум разным классам, представленным по Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-X). В это понятие входит:

1) значительная часть болезней XIII класса (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - БКМС). Из XIII класса (БКМС) в данной работе мы выделили заболевания, входящие в круг РЗ, включившие: РА, ОА, СКВ, ССД, СВ, СА, выявлены также единичные случаи смерти больных с полимиозитом (ПМ), подагрой. К XIII классу также относятся заболевания, не связанные непосредственно к ревматологии, такие как остеомиелит, туберкулёз костей, септические (пиогенные) артриты, переломы костей при новообразованиях и после эндопротезирования и т.д. В данной работе эти патологические состояния не учитывались.

2) относящиеся к IX классу по МКБ-X ревматическая лихорадка и хронические ревматические болезни сердца. В отечественной литературе до последнего времени использо-

вался термин "ревматизм", объединяющий ревматическую лихорадку ("ревматизм в активной фазе") и хронические ревматические болезни сердца ("ревматизм в неактивной фазе с формированием порока сердца или без такового").

Для более детального изучения причин смерти на II этапе был проведён анализ протоколов вскрытий 2-х патологоанатомических отделений г. Москвы (ГКБ № 4, Медсанчасть № 1 АМО ЗИЛ) за тот же период. На обоих этапах были проанализированы случаи, где РЗ выступали в качестве как основного заболевания, так и сопутствующей нозологической единицы.

Основное заболевание - одна или несколько нозологических форм, которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу. Сопутствующие заболевания - это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (при наступлении летального исхода) не были непосредственно связаны с основным заболеванием и не принимали участия в танатогенезе [9].

Результаты

Всего за 4 года в 38 патологоанатомических отделений г. Москвы поступило 217976 умерших, из них вскрытия произведены в 94781 (44%) случаях. РЗ фигурировали в качестве основного или сопутствующего патологоанатомического диагноза в 1783 (1,9%) протоколах.

В качестве основного диагноза РЗ были установлены в 1503 случаях (1,6% от всех произведённых вскрытий). При этом БКМС, как видно из таблицы 1, являлись причиной смерти в 2,5 раза реже, чем ревматические болезни сердца. Как сопутствующие заболевания РЗ фигурировали в 280 случаях (0,3% из общего числа вскрытий). В таком качестве БКМС и ревматические болезни сердца встречались практически с одинаковой частотой.

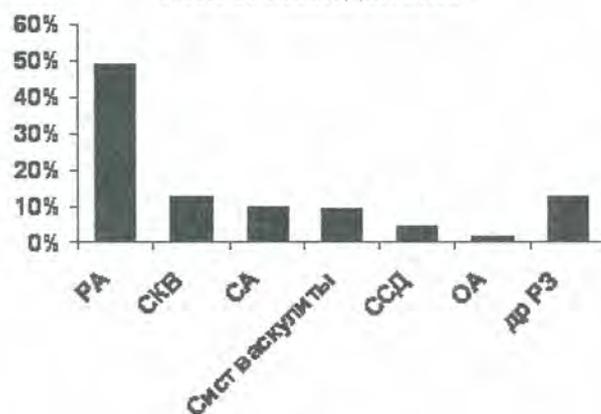
Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЗ КАК ОСНОВНОГО И СОПУТСТВУЮЩЕГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

ДИАГНОЗ РЗ ПРИ ВСКРЫТИИ			
Диагноз	Всего, п/%	Ревматические болезни сердца, п/%	БКМС, п/%
Основной	1503/1.6	1071/1.13	400/0.42
Сопутствующий	280/0.3	139/0.15	141/0.15
Всего	1783/1.9	1210/1.28	541/0.57

Рисунок 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВНУТРИ КЛАССА БКМС В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА ПО ДАННЫМ I ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ



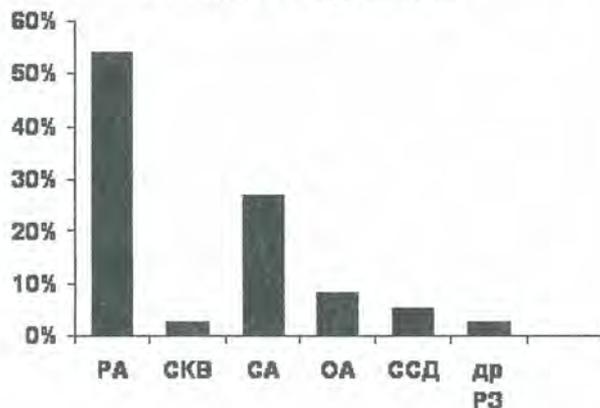
Ревматические пороки сердца (РПС) были определены в качестве основного диагноза в 1071, в качестве сопутствующего заболевания в 139 случаях. В свою очередь, ревматическая лихорадка (РЛ) выявлена как основной диагноз у 32 больных, а в качестве сопутствующей патологии не фигурировала.

Распределение различных нозологических форм внутри класса БКМС в качестве основного диагноза приведено на рисунке 1. Наиболее часто встречался РА - 38,3%. СКВ фигурировала в 9,5% случаях. СВ выявились в 7,3%, а СА в 5,3% случаях. На долю ССД приходилось 4,0%. ОА встретился в 1,5%. Такие нозологические формы, как ОП, подагра и другие микрокристаллические артриты каждая в отдельности составили очень низкий процент. В связи с чем, на данном этапе они были объединены в группу "другие РЗ". Эта группа заболеваний составила 11,8 %.

В качестве сопутствующей патологии распределение БКМС по различным нозологическим формам представлено на рисунке 2. Несколько увеличилась доля РА - 51,1%. ОА был установлен в 14,9%. Группа "другие РЗ" составила 6,4%. Совсем не встречались СВ и ССД как сопутствующая патология, и в значительно меньшем проценте чем в группе основного патологоанатомического диагноза фигурировала СКВ - 1,4%.

Рисунок 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БКМС В КАЧЕСТВЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПО ДАННЫМ I ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ



В вышеуказанных 2-х патологоанатомических отделениях г. Москвы за 1999-2002 гг было проведено 8039 вскрытий. РЗ в протоколах вскрытий также фигурировали как в качестве основного, так и сопутствующего патологоанатомического диагнозов в 165 случаях (2,0%). Среди всех выявленных в протоколах РЗ хронические ревматические болезни сердца, представленные РПС, были обнаружены в 99 случаях, рецидив РЛ в 4. РА встретился в 28, СКВ - 8, ОА - 12, ССД - 3, АС - 2, распространённый ОП - 3, СВ - 2, подагра - 3, ПМ - 1 случаях (табл. 2).

Данные по распределению РЗ в качестве основной или сопутствующей патологии представлены в табл. 2.

Среди 99 умерших с РПС преобладали женщины (ж:м - 2,7:1), средний возраст для женщин на момент смерти составил 69,7±10,7 лет (от 43 до 93), для мужчин 59,7±10,5 лет (от 32 до 83). Среди пороков чаще всего встречался комбинированный митрально-аортальный (33%), на втором месте - сочетанное поражение митрального клапана (21%), вовлечение в процесс сразу трёх клапанов сердца (митрального, аортального и трикуспидального) было выявлено в 6% случаев, другие виды пороков составили 40%. РПС оказались основным патологоанатомическим диагнозом у 86 и сопутствующим - у 14 умерших. Причины смерти пациентов, у которых РПС являлись основным диагнозом, были следующие: декомпенсация кровообращения (ДК) на фоне хронической сердечно-сосудистой недостаточности - 53, острая сердечно-сосудистая недостаточность

СООТНОШЕНИЕ РЗ В ОСНОВНЫХ И СОПУТСТВУЮЩИХ ДИАГНОЗАХ

Таблица 2

Нозология	Пол ж/м	Диагноз	
		основной (n)	сопутствующий (n)
РПС	72/27	86	14
РЛ	1/3	4	
РА	23/5	14	14
АС	0/2	2	
СКВ	6/2	8	
ССД	2/1	3	
Подагра	0/3	1	2
СВ	2/0	2	
ПМ	1/0	1	
Распростр.ОП	2/1	1	2
ОА	9/3	1	11

(ОССН) - 13, тромбэмболические осложнения (ТЭ) - 6 случаев. Если РПС указывался как сопутствующее заболевание, фигурировали другие причины смерти (анемия, отёк головного мозга и лёгких, почечно-печёночная недостаточность и др.), связанные с основным заболеванием. В основном патологоанатомическом диагнозе в этих случаях чаще встречались болезни системы кровообращения (инфаркт миокарда (ИМ) - 2, инсульты - 7, острый мезентериальный тромбоз - 1, гипертоническая болезнь - 1, а также другие патологические состояния: миома матки с кровотечением - 1, хронический пиелонефрит с формированием вторично-сморщенной почки - 1 и острая странгуляционная кишечная непроходимость - 1. Развитие или более тяжёлое течение основных заболеваний, по мнению патологоанатомов, проводивших вскрытия, было в определённой степени спровоцировано наличием такой тяжёлой патологии, как длительно существующий РПС.

Таким образом, смертность от РПС у лиц пожилого возраста по нашим результатам остаётся высокой (1,2 % от общего числа вскрытий и 1,7% от сердечно-сосудистых заболеваний IX класса, выявленных в 2-х вышеуказанных патологоанатомических отделениях). Пациенты с РПС чаще всего погибают от ДК на фоне хронической сердечно-сосудистой недостаточности (76% по нашим данным). В обзоре, посвящённом летальности вследствие хронической сердечной недостаточности [10], показано, что РПС являются одной из 3-х основных групп заболеваний, приводящих к развитию данного состояния. ОССН и ТЭ, как причины смерти при РПС, возникали реже, чем ДК, как по нашим данным, так и по мнению других авторов [11].

Особое внимание следует уделить РЛ, поскольку по данным мировой литературы и статистики, в разных странах люди продолжают умирать от РЛ как первичной, так и рецидивирующей, несмотря на активную профилактику и значительное снижение заболеваемости и смертности по сравнению с началом XX века. Первичная выявляемость РЛ на сегодняшний день составляет от 0,06 на 1000 новых случаев в год в индустриально развитых странах (Япония, Великобритания) до 19,2 на 1000 в развивающихся (Южная Африка) [9]. Смерть от первичной РЛ в Москве не регистрировалась в последние десятилетия [12,13]. На I этапе при анализе годовых отчётов 38 патологоанатомических отделений г. Москвы не было возможности получить сведения о характере фигурирующей в основном патологоанатомическом диагнозе РЛ (первичная или повторная атака). При углублённом анализе протоколов вскрытия было выявлено 4 случая РЛ и установлено, что во всех этих случаях имел место возвратный эндокардит, т.е. рецидив или повторная атака РЛ на фоне уже сформированного РПС. Такое заключение сделано врачами-патологоанатомами после

проведения аутопсии на основании данных, полученных как при макро-, так и микроскопическом исследовании сердца. При макроскопическом исследовании были обнаружены: склероз, умеренный кальциноз поражённого клапана, укорочение хордальных нитей, множественные полиповидные образования шаровидной формы, а гистологически выявлен гиалиноз с мелкими отложениями извести, лимфогистиоцитарные инфильтраты, неглубокие изъязвления с наложением фибрина. Конечно, патогномичным гистологическим признаком РЛ являются гранулёмы Ашоффа-Талалаева. Но в настоящее время при патоморфологическом исследовании гранулёмы обнаруживаются очень редко, что связано, по-видимому, с изменением как клинического, так и морфологического "облика" РЛ, с так называемым патоморфозом заболевания. Наиболее важным морфологическим субстратом поражения клапана при активном ревматическом процессе является неспецифическая воспалительная реакция, которая складывается из отёка, пролиферации межмышечной соединительной ткани, выпотевания фибрина, инфильтрации клеточными элементами, преимущественно полиморфно-ядерными лимфоцитами [9,12]. Именно эти изменения имели место в клапанах указанных 4-х пациентов. В 3-х случаях отмечено поражение митрального, в 1 случае трикуспидального клапанов. Возраст этих больных составил: 36, 46, 57 и 62 года, муж-3, жен-1. Смерть в 2-х случаях наступила от ТЭ, 1 от ОССН и 1 - на фоне ДК. Ни в одном случае диагноз рецидива РЛ не был установлен клинически. Причинами расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов в протоколах были указаны следующие: краткость нахождения пациентов в стационаре и тяжесть их состояния.

Таким образом, можно говорить о недостатках диагностики данной патологии. Невозможность постановки диагноза в стационаре при жизни пациентов связана с несколькими факторами. Во-первых, рецидивы или повторные эпизоды РЛ встречаются чаще в молодом (детском, подростковом и юношеском) возрасте, с увеличением возраста пациентов их частота прогрессивно снижается. Во-вторых, клиническая диагностика активности (рецидивирования) ревматического процесса зачастую бывает значительно затруднена. Это обусловлено тем, что "масками" по-

вторных атак РЛ могут быть: признаки застойной недостаточности кровообращения у больных РПС, тромбоз ветвей лёгочной артерии и сосудов головного мозга, инфекционный эндокардит, гипостатическая пневмония и др. В подобных ситуациях у пациентов с РПС могут возникать симптомы, сходные с таковыми при рецидиве РЛ: потливость, слабость, субфебрильная температура, кашель, повышение острофазовых гуморальных показателей [9]. Усугубляет сложность постановки диагноза также тяжесть состояния этих больных, иногда невозможность сбора анамнеза и быстрое развитие смертельных осложнений. Основные клинические диагнозы у выявленных нами 4-х умерших звучали как: септический эндокардит, токсическое поражение печени, левожелудочковая недостаточность и острое нарушение мозгового кровообращения. Вероятно, необходимо более тщательное диспансерное наблюдение и регулярное обследование пациентов с РПС с целью своевременной диагностики и лечения повторных атак РЛ. Тем более что, по-видимому, это не столь редкая патология среди жителей Москвы, т.к. за 4 года выявлено 4 случая по данным всего 2-х патологоанатомических отделений.

Среди умерших с БКМС в основном диагнозе наиболее частой причиной смерти была уремия (11 случаев) и интоксикация (7 случаев). Причины возникновения уремии были различны. У 5 больных РА и 1 пациента с СА она была следствием вторичного амилоидоза. 2 случая возникновения данного состояния вызваны волчаночным нефритом. У 2 умерших с диагнозом ССД уремия также расценена как исход склеродермического поражения почек. 1 пациент с подагрой погиб при явлениях уремии на фоне мочекаменной болезни.

Второй по частоте причиной смерти у больных с БКМС явилась интоксикация, в основном индуцированная присоединением интеркуррентной инфекции. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, приведшие к смерти, встречались также в 7 случаях: ДК-1 и ОССН-6. ОССН указана в качестве причины смерти у троих пациентов с диагнозом РА с желудочно-кишечным кровотечением на фоне язвенного поражения ЖКТ. Эти данные представляют интерес в связи с повышением в последнее время внимания к вопросу об НПВП-индуцированных гастропатиях в

ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РПС И РЛ (IX КЛАСС ПО МКБ-X) В ОСНОВНОМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ

Таблица 3

Нозологическая форма	Причины смерти							
	ДК	ОССН	ТЭ	Уремия	Отёк головного мозга	Интоксификация, инфекционные осложнения	Отёк лёгких, ДН	Другие
РПС	53	13	6	2	8	1	1	1
РЛ	1	1	2					
РА	1	3		5		3		2
АС				1			1	
СКВ		2		2	1	2	1	
ССД				2		1		
подагра				1				
СВ		1				1		
ПМ							1	
ОП					1			
ОА								1
Всего	56	20	8	13	10	8	4	4

Примечание: ДК - декомпенсация кровообращения, ОССН - острая сердечно-сосудистая недостаточность, ТЭ - тромбоз ветвей лёгочной артерии, ДН - дыхательная недостаточность.

рамках проблемы безопасности антиревматической терапии. Более подробную информацию мы надеемся получить в дальнейшем при предметном анализе историй болезни. В 2-х других случаях ОССН являлась причиной смерти больных с СКВ на фоне тромбозомболических осложнений. Смерть больной с гранулематозом Вегенера также наступила на фоне ОССН. Развитие дыхательной недостаточности (ДН) явилось причиной смерти 3-х пациентов. В первом случае у больной течение СКВ осложнилось 2-х сторонней крупозной пневмонией. Во втором случае механизм развития ДН был сходным: развитие пневмонии и плеврита у пациента с СА. У третьей пациентки с диагнозом полимиозит к ДН привёл паралич мышц дыхательной мускулатуры. Другими причинами смерти являлись: лекарственная панцитопения на фоне длительного приёма метотрексата у больного с РА; длительная анемия смешанного генеза также при РА; и развитие язвенной болезни желудка с перфорацией стенки и перитонитом.

Следует также обратить внимание на осложнения со стороны ЖКТ, выявленные у 8 из 28 умерших с диагнозом РА (29%), и у 2-х из 12 с диагнозом ОА (16%). У 4-х из них язвенное поражение ЖКТ было расценено как смертельное осложнение и сопровождалось кровотечением (у 3-х больных с РА) или перфорацией стенки желудка (у 1 больной с ОА). В первых 3-х случаях из протоколов вскрытия, к сожалению, невозможно было получить информации о причине возникновения у этих больных столь серьёзного осложнения. Но в последнем случае врачом-патологоанатомом, проводившим вскрытие, был сделан акцент на том факте, что данное смертельное осложнение развилось на фоне длительного приёма нестероидных противовоспалительных препаратов (ОА при этом был расценен как тяжёлая фоновая патология).

В тех случаях, когда БКМС указывались в качестве сопутствующей патологии, причины смерти были связаны с основным диагнозом, где преобладали сердечно-сосудистые заболевания (инсульт, инфаркт миокарда, распространённый атеросклероз).

Обобщённые данные по причинам смерти пациентов с РЗ приведены в табл. 3 и 4.

Средний возраст больных с РА на момент смерти составлял для женщин $71,8 \pm 10,3$ лет (от 50 до 88), для мужчин $68,6 \pm 9,1$ лет (от 57 до 81), больных с ОА - $74,0 \pm 14,2$ лет (от 47 до 88) для женщин и $73,3 \pm 4,7$ лет (от 68 до 77) для мужчин. Смерть 3-х пациентов мужского пола с диагнозом подагра наступила в возрасте от 62 до 73 лет. Возраст умерших пациентов с перечисленными нозологическими формами незначительно отличался от среднего возраста смерти в популяции Российской Федерации (для женщин - 72,2, для мужчин - 59,0) [14].

Заключение

Таким образом, проведённый на I этапе исследования анализ годовых отчётов патологоанатомических отделений выявил, что частота встречаемости РЗ среди умерших в г. Москве в качестве основного или сопутствующего диагнозов составляет 1,9% от общего числа вскрытий, при этом выявлено преобладание смерти от ревматических болезней сердца над смертностью от БКМС.

В качестве как основного диагноза, так и сопутствующей патологии в классе БКМС доминирует РА, что обусловлено большей, чем при других воспалительных РЗ, распространённостью данного заболевания в популяции (0,24% среди взрослого населения г. Москвы).

Отсутствие СВ и ССД, а также низкий процент СКВ в сопутствующих диагнозах закономерны. Тяжелое течение,

Таблица 4

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ДИАГНОЗОВ И ПРИЧИН СМЕРТИ В СЛУЧАЯХ, КОГДА РЗ ВЫСТУПАЛИ КАК СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

РЗ как сопутствующая патология	Основные диагнозы	Число случаев (n)	Причина смерти
РПС	Инфаркт мозга (инсульт)	7	Отек головного мозга
	Инфаркт миокарда	2	ОССН
	Гипертоническая болезнь	1	ДК
	Острая странгуляционная кишечная непроходимость	1	Интоксикация
	Венозный мезентериальный тромбоз	1	Интоксикация
	Хронический пиелонефрит (вторично-сморщенная почка)	1	Уремия
	Миома матки	1	Анемия
РА	Инфаркт миокарда	2	ДК и ОССН
	Инфаркт мозга (инсульт)	1	Отек головного мозга
	Распространённый атеросклероз	6	ДК-1; ОССН-3; ТЭ-1; дых нед-ть-1 (на фоне пневмонии)
	Атеросклероз сосудов нижних конечностей	1	Интоксикация (на фоне инфекц. ослож-й)
	Острый мезентериальный тромбоз	1	Интоксикация
	Злокачественные новообразования	1	Интоксикация
	Пневмония	1	Интоксикация
	Бронхиальная астма	1	Дых нед-ть
Подагра	Хронический пиелонефрит	1	Уремия
	Постинфарктный кардиосклероз	1	ОССН
Распространённый ОП	Инфаркт мозга (инсульт)	1	Отек головного мозга
	Распространённый атеросклероз	1	ДК
ОА	Инфаркт мозга (инсульт)	3	Отек головного мозга-2; ТЭ-1
	Распространённый атеросклероз	4	ОССН-2; ТЭ-1; отек головного мозга-1
	Инфаркт миокарда	2	Отек головного мозга
	Хронический пиелонефрит	1	Септицемия
	Милиарный туберкулёз	1	Интоксикация

частое развитие жизнеугрожающих осложнений на фоне глюкокортикоидной терапии непосредственно приводят к летальному исходу этого контингента больных.

Следует обратить особое внимание, что ОА в качестве сопутствующей патологии находится лишь на 3-м месте, несмотря на то, что занимает лидирующую по частоте позицию среди всех РЗ (60%). Этот факт, скорее всего, связан с недостаточной его регистрацией в патологоанатомическом диагнозе, поскольку данное заболевание, как правило, развивается у лиц старше 45 лет, и у этих пациентов имеются другие тяжёлые заболевания, явившиеся непосредственной причиной смерти. ОА при этом расценивается, видимо, не как болезнь, а как проявление процесса старения организма и не выносится в диагноз.

С учётом анализа протоколов вскрытий, проведённого на II этапе исследования, можно заключить, что наиболее частой причиной смерти больных с РПС являлась ДК, обусловленная поражением клапанов сердца и длительным нарушением гемодинамики.

Особое внимание мы постарались уделить РЛ. При анализе протоколов вскрытия отдельных пациентов с данной патологией было выявлено, что у всех умерших имел место рецидив РЛ. Обратили на себя внимание сложности прижизненной диагностики активного ревматического процесса у взрослых пациентов с повторными эпизодами РЛ, что привело к расхождению клинических и патологоанатомических диагнозов во всех 4-х выявленных случаях. Данные наблюдения свидетельствуют о том, что проблема РЛ у лиц

зрелого возраста с РПС, как и сами пороки, сохраняет свою актуальность.

Причинами смерти пациентов, у которых БКМС были определены как основной диагноз, чаще всего являлась уремия как следствие поражения почек и интоксикация на фоне присоединившихся интеркуррентных инфекций. Обратило на себя внимание достаточно частое выявление осложнений со стороны ЖКТ у пациентов с РА и ОА, возможно связанное с НПВП-индуцированными гастропатиями, а также такое смертельное осложнение как лекарственная панцитопения на фоне длительного приёма метотрексата. Эти случаи представляются интересными в рамках актуальной в последнее время проблемы безопасности антиревматического лечения.

В тех случаях, когда БКМС выступали в качестве сопутствующего заболевания, причиной смерти, как правило, была сердечно-сосудистая патология.

Возраст умерших пациентов с РПС, РА, ОА, подагрой, т.е. тех РЗ, которым свойственно длительное хроническое течение, статистически не отличался от среднего возраста смерти в российской популяции.

Мы выражаем большую благодарность за предоставленную возможность проведения анализа годовых отчётов патологоанатомических отделений и протоколов вскрытий главному патологоанатому г. Москвы проф. Зайратьянцу О.В., зав. патологоанатомическим отделением ГКБ № 4 к.м.н. Рогову К.А., зав. патологоанатомическим отделением АМО ЗИЛ Петренко Н.В.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000гг.). М., ООО "Макс Пресс", 2002, 18-20.
2. Pincus T., Callahan L.F. Scand.J.Rheum., 1989, 9 (suppl), 67-96.
3. Callahan L.F., Pincus T. Mortality in the rheumatic diseases. Arth. Care Res., 1995, 8, 4, 229-241.
4. Symmons D.P.M., Brennan P., Clavlic A.G. et al. Symposium: Mortality in reumatic diseases. Rheumatol. in Europe, 1996, 25, 4-2
5. Pincus T., Callahan L.F.. Early mortality in RA predictor by poor clinical status. Bul. on the Rheum. Dis., 1992, 41, 4, 1-4.
6. Kroot E. J. A. , Leeuwen M. A. , van Rijswijk M. H. et al. No increased mortality in patients in rheumatoid arthritis: up to 10 years of follow up from disease onset. Ann. Rheum. Dis., 2000, 59, 954-958.
7. Jacobsen S., Halberg P., Ullman S. Mortality and causes of death of 344 Danish patients with systemic sclerosis (scleroderma). Br. J. Rheumat., 1998, 37, 750-755.
8. Abu-Shakra M., Urowits M.B., Gladman D.D. et al. Mortality studies in systemic lupus erythematosus. Result from a single center I. Cause of death. J. Rheumatol., 1995, 22, 1259-1264.
9. Раденска-Лоповок С. Г., Шостак Н. А., Зайратьянц О. В. Ревматическая лихорадка - вопросы клинико-морфологической диагностики и лечения, ООО "Корина-офсет", 2002, 5-6.
10. Doughty R., Yee T., Sharpe N. et al. Hospital admission and deaths due to congestive heart failure in New Zealand, 1988-1991. N. Z. Med. J., 1995, 108(1012), 473-475.
11. Обухова О.А., Орехов О.О., Цурко В.В. с соавт. Летальные исходы у больных среднего и пожилого возраста с ревматическими пороками сердца. Научно-практич. ревматол., 2003, 1, 33-35.
12. Избранные лекции по клинической ревматологии под ред. Насоновой В.А., Бунчука Н.В. М., Медицина, 2001, 45-47
13. Насонова В.А. Ревматическая лихорадка (ревматизм) в XX веке. Тер. арх., 1998, 9, 41-44.
14. Смертность населения Российской Федерации (статистические материалы Министерства Здравоохранения Российской Федерации). Москва, 2001.

Поступила 5.01.04

*Abstract**A.B. Demina, S.G. Radenska-Lopovok, O.M. Folomeeva, Sh.F. Erdes***Analysis of lethal outcomes structure and mortality causes in rheumatic diseases in Moscow**

Objective. To study lethal outcomes structure and main death causes in pts with rheumatic diseases (RD) in Moscow.

Material and methods . Annual accounts of morbid anatomy unites analysis and analysis of autopsy protocols of 2 Moscow morbid anatomy units for 1999-2002 was performed.

Results. RD were mentioned in pathologoanatomic diagnosis in 1783 cases which represents 1,9% from the whole number of autopsies. In 1503 cases (1,6%) RD was the main pathologoanatomic diagnosis. In 280 cases (0,3%) RD was a concomitant disease. Rheumatic valvular heart diseases (RVHD) were recorded in 1071 cases as the main disease and in 139 cases as a concomitant disease. Rheumatic fever was revealed in 32 pts. Distribution of different nosologic units as main diagnoses in musculoskeletal system diseases (MSSD) class was as follows: Rheumatoid arthritis (RA) - 38,3%, seronegative arthritides (SNA) - 5,3%, systemic vasculitides (SV) - 7,3%, Systemic lupus erythematosus (SLE) - 9,5%, Systemic sclerosis (SS) - 4,)% , osteoarthritis (OA) - 1,5%. Such nosologic units as osteoporosis (OP), gout and other microcrystalline arthritides were combined in "other RD" group and constitute 11,8%. Distribution of MSSD in different nosologic units as concomitant diseases was as follows: RA - 54%, OA - 8,1%, SNA - 27%, SS - 5,4%, SLE - 2,7% and other RD - 2,7%. In 2 Moscow morbid anatomy units RD in autopsy protocols were mentioned in 165 cases (2,0% from the whole number of autopsies). RVHD were revealed in 99 cases, RF relapse - in 4, RA - in 28, SLE -8, OA - 12, SS - 3, SNA - 2, generalized OP - 3, SV - 2, gout - 3, polymyositis - in 1 case. Most frequent causes of death in pts with RVHD and RF: blood circulation decompensation, cardiovascular failure, thromboembolism. Uraemia is the most frequent cause of death in pts with MSSD as the main diagnosis. Death of pts with MSSD as concomitant diseases was connected with cardio-vascular diseases.

Conclusion. RD frequency in pathologoanatomic diagnosis was 1,8% from the whole number of autopsies what most probably does not reflect the true state and may be explained by incorrect RD recording in pathologoanatomic diagnosis and decrease of the overall number of autopsies during last 10 years. Prevalence of morbidity due to rheumatic heart diseases (76%) mainly due to RVHD over morbidity due to MSSD (24%) is characteristic for Moscow. Cardiovascular diseases were prevalent among mortality causes in different nosological units.

Key words: *rheumatic diseases, lethal outcome, mortality cause.*