

ТИП ЛИЧНОСТИ Д И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Сумин А. Н., Райх О. И., Гайфулин Р. А., Моськин М. Г., Корок Е. В., Безденежных А. В., Иванов С. В., Барбараш О. Л.

Цель. Изучить влияние поведенческого типа Д на психологический статус (ПС) и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца через год после коронарного шунтирования.

Материал и методы. Оценка ПС до и после проведения КШ выполнена у 408 больных, из которых было сформировано 2 группы: пациенты с наличием типа Д (n=93), и 2 группа — пациенты без типа Д (n=315). Изучение ПС проводилась с помощью опросников Спилберга-Ханина, шкалы депрессии, SF-36, DS-14.

Результаты. Через год после операции коронарного шунтирования отмечено уменьшение числа лиц с высоким уровнем тревожности, улучшение качества жизни по шкалам физического функционирования и физического состояния ($p < 0,05$). Распространенность типа личности Д в динамике не изменилась, что свидетельствует о стабильности появлений этого хронического психологического фактора риска. Отмечено также неблагоприятное влияние факта наличия типа личности Д на уровень депрессии, тревожности и качества жизни через год после операции коронарного шунтирования. При множественном логистическом регрессионном анализе независимым предиктором низкого уровня как физического, так и психологического компонентов КЖ было наличие типа личности Д, а также повышенный уровень личностной тревожности и депрессии.

Заключение. Склонность к психологическому дистрессу является стабильной личностной характеристикой больных до и через год после КШ, сопровождается снижением как психологического, так и физического компонента КЖ. Оценка личностных особенностей пациентов перед КШ может помочь в проведении целенаправленных мероприятий, направленных на повышение их КЖ.

Российский кардиологический журнал 2014, 4 (108): 92–99

Ключевые слова: коронарное шунтирование, психологический дистресс, качество жизни, тип личности Д.

ФГБУ — Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения РАМН, Кемерово, Россия.

Сумин А. Н.* — д.м.н., и.о. зав. отделом мультифокального атеросклероза, Райх О. И. — м.н.с. лаборатории патологии кровообращения, Гайфулин Р. А. — к.м.н., н.с. лаборатории интервенционных методов, Моськин М. Г. — лаборант-исследователь лаборатории патологии кровообращения, Корок Е. В. — н.с. лаборатории патологии кровообращения, Безденежных А. В. — к.м.н., с.н.с. лаборатории патологии кровообращения, Иванов С. В. — д.м.н., зав. лабораторией реконструктивной хирургии, Барбараш О. Л. — д.м.н., профессор, директор.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
sumian@cardio.kem.ru

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ГБ — гипертоническая болезнь, ДИ — доверительный интервал, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ИМТ — индекс массы тела, КА — коронарные артерии, КИМ — комплекс интима-медиа, КШ — коронарное шунтирование, КЖ — качество жизни, МФА — мультифокальный атеросклероз, ОР — отношение рисков, ПС — психологический статус, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФВ — фракция выброса левого желудочка, ЛЖ ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЧТКА — чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика, ЭКГ — электрокардиограмма.

Рукопись получена 15.02.2013

Рецензия получена 05.03.2013

Принята к публикации 12.03.2013

TYPE D PERSONALITY AND QUALITY OF LIFE ONE YEAR AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Sumin A. N., Raikh A. N., Gaifullin R. A., Mos'kin M. G., Korok E. V., Bezdenezhnykh A. V., Ivanov S. V., Barbarash O. L.

Aim. To investigate the effects of Type D personality traits on psychological status (PS) and quality of life (QoL) in patients with coronary heart disease one year after coronary artery bypass graft surgery (CABG).

Material and methods. PS was assessed at baseline and after CABG in 408 patients, who were divided into two groups: with Type D personality traits (n=93; Group 1) and without these traits (n=315; Group 2). The Spielberger-Khanin, depression, SF-36, and DS-14 scales were used for PS assessment.

Results. One year after CABG, fewer patients reported high levels of anxiety, and there was an improvement in physical functioning and physical status QoL domains ($p < 0,05$). The percentage of patients with Type D personality traits did not change over time, suggesting that this chronic psychological risk factor is relatively stable. Type D personality traits negatively affected the levels of anxiety, depression, and QoL one year after CABG. According to the results of multivariate logistic regression analyses, type D personality and elevated levels of trait anxiety

and depression independently predicted lower levels of psychological and physical QoL parameters.

Conclusion. The tendency towards psychological distress, a stable personality trait observed both before and one year after CABG, was associated with reduced psychological and physical QoL parameters. The pre-CABG assessment of personality traits could optimise the complex management strategy and improve QoL.

Russ J Cardiol 2014, 4 (108): 92–99

Key words: coronary artery bypass graft surgery, psychological distress, quality of life, Type D personality.

Research Institute for Complex Cardiovascular Disease Issues, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo, Russia.

В соответствии с накопленными на сегодняшний день данными, психологические расстройства, в первую очередь, тревожные и депрессивные состояния, формирующиеся как в период ожидания хирургического вмешательства, так и после коронарного шунтирования (КШ), рассматриваются как значимые и независимые прогностические факторы

неблагоприятного клинического и социального прогноза в отдаленном послеоперационном периоде. Известно, что операция КШ улучшает не только прогноз, но и качество жизни (КЖ) у больных ИБС с многососудистым поражением коронарного русла, с наличием систолической дисфункции левого желудочка. Также отмечено, что индивидуальная

динамика КЖ после операции КШ может сильно различаться у отдельных пациентов. Так, в ряде работ показано влияние на изменение КЖ после КШ не только соматических, но и психосоциальных факторов. В этом плане заслуживают внимания личностные особенности пациентов, в частности, тип личности Д, отражающий склонность пациентов к развитию психологического дистресса [1]. Для таких больных характерно сочетание негативной возбудимости и выраженного социального подавления (то есть пациенты склонны испытывать отрицательные эмоции в повседневной жизни и подавлять их выражение в межличностных взаимодействиях) [1]. В первых исследованиях по изучению значения типа личности Д у кардиологических больных показана его стабильность в течение времени [1, 2], неблагоприятное влияние на прогноз [3] и на КЖ после инвазивных вмешательств и операций [4] у больных ИБС. В последующих исследованиях некоторые из этих данных поставлены под сомнение. В частности, это касается стабильности проявлений типа личности Д [5], его неблагоприятного влияния на прогноз при коронарной патологии [6]. Поэтому возникает потребность в дополнительном изучении различных аспектов взаимоотношений личностных особенностей больных ИБС и индикаторных показателей качества лечения. Это послужило предпосылкой для проведения настоящего исследования, целью которого было изучить влияние типа личности Д на качество жизни больных после операции коронарного шунтирования.

Материал и методы

За период с 1 февраля 2009г по 31 января 2010г в клинике НИИ КПССЗ СО РАМН плановая операция КШ выполнена 866 больным. Оценка психологического статуса до проведения КШ выполнена 709 больным в возрасте от 31 до 79 лет, среди которых 578 (81,5%) мужчин и 131 (18,5%) женщина (часть пациентов операцию КШ проводили по срочным показаниям, и оценка психологического статуса у них до операции не проводилась). Через год после проведения операции не удалось связаться с 47 больными (6,6%), со 118 больными (16,6%) проводилась беседа по телефону, приехать на обследование они не смогли, 36 больных (5,1%) не заполнили опросники, хотя и обследовались у кардиолога. В итоге повторная оценка психологического статуса выполнена у 408 больных, из них было сформировано 2 группы больных: 1 группа — пациенты с наличием типа Д (n=93), и 2 группа — пациенты без типа Д (n=315).

Наличие типа личности Д до и через год после КШ оценивалось с помощью опросника DS-14 [2], который состоит из двух подшкал, содержащих по 7 вопросов, оценивающих негативную аффективность (NA) и социальное подавление (SI). Ответ на каждый

вопрос оценивался 5 баллами (от 0 до 4). При значениях ≥ 10 баллов по каждой из подшкал диагностировалось наличие типа личности Д.

Для исследования показателей КЖ использован неспецифический опросник SF-36. Результаты оценивались в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывала на более высокий уровень КЖ. Шкалы сгруппированы в два интегральных показателя — физический компонент КЖ (Physical health — PH), включавший шкалы физического и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, интенсивности боли и общего состояния здоровья, и психологический компонент КЖ (Mental Health — MH), в котором представлены шкалы психического здоровья, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, социального функционирования и жизненной активности.

Определение уровня депрессии проводилось с помощью опросника “Шкала депрессии”. Уровень ситуационной и личностной тревожности оценивали с помощью опросника Спилбергер-Ханина.

До проведения операции КШ всем больным проводилась коронароангиография (КАГ), эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) с оценкой размеров, объемных показателей и фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), ультразвуковое исследование (УЗИ) аорты, брахиоцефального и периферического артериального бассейнов (аппарат “Aloka 5500”). В сонных артериях оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ). Ангиографические исследования экстракраниальных артерий и артерий нижних конечностей проводились в случае выявления стенозов более 50% по данным ультразвукового исследования. Критерием мультифокального атеросклероза (МФА) являлось значимое поражение (стенозы более 50%) двух и более артериальных бассейнов. Из лабораторных показателей оценивались уровень глюкозы, креатинина, общего холестерина и его фракций (липопротеиды низкой, очень низкой и высокой плотности) с последующим расчетом индекса атерогенности.

При анализе периоперационного этапа, помимо оценки риска вмешательства по шкале EuroSCORE, учитывали длительность искусственного кровообращения (ИК), длительность пережатия аорты, процент выполнения операций с ИК и без него, сочетанных операций КШ с проведением радиочастотной абляции (РЧА), число накладываемых шунтов. В качестве неблагоприятных событий после КШ учитывали развитие инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), сердечной недостаточности, требовавшей пролонгированную инотропную терапию и/или внутриаортальную баллонную контрапульсацию, а также пароксизмов фибрилляции предсердий, острой почечной недоста-

Таблица 1

Характеристика больных в зависимости от наличия или отсутствия типа личности Д

Показатель	1 группа Тип Д (n=93)	2 группа Тип "не Д" (n=315)	p
Возраст, лет (Me±Q)	60±3	58±4	0,07
Мужской пол (n,%)	63 (69,2)	264 (83,8)	0,12
Индекс массы тела, кг/м ² (Me±Q)	22,1±4,2	21,4±4,0	0,57
Курение (n,%)	73 (80,2)	213 (67,6)	0,01
Пенсионеры (n,%)	54 (58,1)	189 (60)	0,846
Инвалидность (n,%)	39 (41,8)	129 (41)	0,757
Работающие (n,%)	40 (43,2)	123 (39)	0,165
Артериальная гипертензия (n,%)	82 (90)	275 (87,3)	0,54
Сахарный диабет (n,%)	18 (19,7)	43 (13,7)	0,056
Общий холестерин, ммоль/л	5,6±1,4	5,4±1,3	0,74
Индекс атерогенности (Me±Q)	3,7±0,8	3,4±0,9	0,72
Глюкоза, ммоль/л (Me±Q)	6,1±1,3	5,7±1,5	0,91
Креатинин, мкмоль/л (Me±Q)	84±13	90±18	0,81
Инфаркт в анамнезе (n,%)	62 (68,1)	234 (74,3)	0,13
Инсульт в анамнезе (n,%)	11 (12,1)	22 (6,9)	0,01
Каротидная эндартерэктомия в анамнезе (n,%)	8 (8,8)	7 (2,2)	0,80
РОАНК в анамнезе (n,%)	7 (7,7)	14 (4,4)	0,48
РОАо в анамнезе (n,%)	4 (4,4)	8 (2,5)	0,28
Комплекс интима-медиа, мм	1,26±0,17	1,23±0,14	0,09
Мультифокальный атеросклероз (n,%)	34 (37,4)	53 (16,8)	0,01
Наличие стенозов в двух и более артериальных бассейнов более 30%	48 (52,7)	42 (13,3)	0,002
Наличие стенозов в двух и более артериальных бассейнов более 50%	39 (42,9)	32 (10,1)	0,003
Фибрилляция предсердий (n,%)	12 (13,2)	23 (7,3)	0,11
Фракция выброса левого желудочка, % (Me±Q)	55±10,48	57±10,06	0,13
КДРЛЖ, см (Me±Q)	5,7±0,73	5,7±0,65	0,55
EuroSCORE, баллы (Me±Q)	2,4±0,10	1,4±0,12	0,01
Прием аспирина (n,%)	87 (95,6)	269 (85,4)	0,98
Прием бета-блокаторов (n,%)	67 (73,6)	277 (87,9)	0,78
Прием иАПФ (n,%)	54 (59,3)	169 (53,6)	0,64
Прием статинов (n,%)	83 (91,2)	249 (79,1)	0,85

Сокращения: иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, РОАНК — реконструктивные операции на артериях нижних конечностей, РОАо — реконструктивные операции на аорте, КДРЛЖ — конечно-диастолический размер левого желудочка.

точности, синдрома полиорганной недостаточности и пневмонии.

Для статистической обработки использовался стандартный пакет прикладных программ "STATISTICA 8.0". Для принятия решения о виде распределения использовался критерий Шапиро-Уилка. При распределении переменных, отличном от нормального, данные представлялись в виде медианы и квартилей (Me±Q). При сравнении более двух групп по качественному и количественному признакам использовали метод рангового анализа вариаций по Краскелу-Уоллису. При сопоставлении двух независимых групп по количественному признаку использовали критерий Манна-Уитни. Для сравнения двух связанных выборок по количественным признакам при распределении, отличном от нормального, использован критерий Вилкоксона. Оценка взаимосвязи количественных

признаков проводилась методом ранговой корреляции по Спирмену. Влияние различных факторов на выявление низкого уровня КЖ (отнесение к нижней трети значений по каждому из компонентов) через год после оперативного вмешательства изучалось с помощью модели логистической регрессии. В многофакторный анализ включались переменные, для которых критерий статистической значимости при однофакторном анализе составлял меньше 0,1. Многофакторный анализ выполнялся методом пошагового исключения. Первоначально выделялся признак, наиболее тесно связанный с изучаемым исходом. Включение последующих переменных происходило только в случае, если их добавление к уже отобранным факторам демонстрировало значимость вклада на уровне $\alpha \leq 0,1$. Уровень статистической значимости показателей был определен как $p < 0,05$.

Таблица 2

Характеристика периоперационного периода у больных с наличием или отсутствием типа личности Д

Показатель	1 группа тип Д (n=93)	2 группа тип "не Д" (n=317)	p
КШ с ИК (n,%)	74 (81,3)	251 (79,6)	0,49
КШ без ИК (n,%)	18 (19,8)	53 (16,8)	0,67
КШ+РЧА (n,%)	7 (7,7)	14 (4,4)	0,34
Время ИК, мин.	99,2±4,9	94,9±5,0	0,12
Время пережатия аорты, мин.	61,7±3,1	54,4±2,0	0,44
Количество шунтов КА (Me±Q)	2,31±0,06	2,29±0,06	0,16
Послеоперационные осложнения			
Инфаркт миокарда (n,%)	0	3	0,54
Инсульт (n,%)	1 (1,1)	3 (0,9)	0,62
Фибрилляция предсердий (n,%)	20 (21,9)	46 (14,6)	0,02
Сердечная недостаточность (n,%)	7 (7,7)	22 (6,9)	0,82
ОПН (n,%)	5 (5,5)	9 (2,9)	0,08
Пневмония (n,%)	9 (9,9)	24 (7,6)	0,28
СПОН (n,%)	3 (3,3)	6 (1,9)	0,69

Сокращения: КШ — коронарное шунтирование, ИК — искусственное кровообращение, РЧА — радиочастотная абляция, КА — коронарная артерия, ОПН — острая почечная недостаточность, СПОН — синдром полиорганной недостаточности.

Результаты

В группе больных с типом личности Д возраст пациентов был несколько выше, чем у лиц без типа Д, но различия не достигли статистической достоверности ($p=0,07$). Не было выявлено различий между группами по половому составу и индексу массы тела, по проценту пенсионеров, работающих лиц и имеющих инвалидность. Распространенность таких факторов риска, как артериальная гипертензия, уровни холестерина и ожирения в группах была сопоставима. В группе с типом личности Д по сравнению с пациентами без типа Д чаще встречались курильщики ($p=0,01$) и больные с сахарным диабетом, но в последнем случае различия между группами не достигали статистической достоверности ($p=0,056$). Распространенность атеросклероза в группе больных с типом личности Д была выше, чем у больных без типа Д. Так, при оценке наличия стенозов в двух и более артериальных бассейнах, как в случае рассмотрения 30% и 50% стенозов, получены достоверные различия между группами (52 и 43% в группе с типом Д и 13 и 10% без типа Д; $p=0,002$). Это в итоге проявлялось большей встречаемостью мультифокального атеросклероза (37,4% и 16,8%, соответственно, $p=0,01$) и большей частотой инсультов в анамнезе ($p=0,01$), хотя различия по толщине КИМ между группами не достигли статистической значимости ($p=0,09$). По количеству ранее выполненных операций каротидной эндартерэктомии, реконструктивных операций на периферических артериях и аорте группы между собой не различались. Не выявлено достоверной разницы между исследуемыми группами по размерам левых отделов сердца и фракции выброса левого желудочка по данным ЭхоКГ. Отсутствовали

межгрупповые различия и по значениям индекса атерогенности, уровню глюкозы и креатинина. Группы также не различались между собой по получаемой медикаментозной терапии, они одинаково часто получали аспирин, β -блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и статины ($p>0,05$) (табл. 1).

Несмотря на то, что в группе с типом личности Д отмечены более высокие показатели риска КШ по шкале EuroScore ($p=0,01$), по числу большинства послеоперационных осложнений группы не различались между собой. Только по числу случаев фибрилляции предсердий после КШ группа с типом личности Д превосходила группу больных без типа Д ($p=0,02$), хотя и до операции у больных с типом Д отмечалась тенденция к более частой встречаемости фибрилляции предсердий. Не получено достоверных межгрупповых различий по количеству операций КШ с искусственным кровообращением и без него, по количеству шунтированных коронарных артерий ($p=0,16$) и по проведению сочетанного вмешательства с КШ — радиочастотной абляции левого предсердия (РЧА) ($p=0,28$) (табл. 2).

Личностный тип Д в предоперационном периоде выявлялся у 93 (22,8%) больных, схожие результаты обнаружены и при оценке годового этапа — 91 (22,3%) из общего числа пациентов имели тип личности Д ($p>0,05$); можно отметить также высокую стабильность личностных характеристик пациентов — они оставались стабильными у 96% пациентов (рис. 1).

При оценке выраженности психологического дистресса можно отметить неблагоприятный психологический профиль у больных с типом личности Д. До операции КШ у них был выше уровень негатив-

Таблица 3

Показатели психологического статуса до и через год после коронарного шунтирования у больных с наличием или отсутствием типа личности Д

Показатели (Me±Q)	До КШ		После КШ		p
	Тип Д (n=93)	Не тип Д (n=315)	Тип Д (n=91)	Не тип Д (n=317)	
Негативная возбудимость, баллы	13,7±2,98	6,8±2,08*	13,5±1,4	7,0±1,2*	0,062
Социальное подавление, баллы	14,3±3,73	7,7±1,88*	12,8±1,3	6,9±1,4*	0,051
Уровень депрессии	56,7±6,5	50,9±5,3*	53,2±7,3	49,9±7,1*#	0,0013
Уровень личностной тревожности	40,8±6,6	32,6±5,6*	37,2±5,7#	31,6±4,9*#	<0,001
Уровень ситуативной тревожности	43,7±7,5	38,6±5,1*	41,8±7,5	37,9±5,0*#	<0,001

Примечание: * — p<0,05 в сравнении с типом Д, # — p<0,05 в сравнении со значениями до КШ; КШ — коронарное шунтирование.

Таблица 4

Показатели качества жизни по шкалам опросника SF-36 до и через год после коронарного шунтирования у больных с наличием или отсутствием типа личности Д

Показатели (Me±Q)	До КШ		После КШ		p
	Тип Д (n=93)	Не тип Д (n=315)	Тип Д (n=91)	Не тип Д (n=317)	
Общее состояние здоровья (GH), баллы	57,1±19,7	68,8±14,3*	65,9±14,9	71,5±13,5*#	<0,001
Физическое функционирование (PF), баллы	56,6±20,1	69,9±14,9*	64,2±14,8	73,1±14,2*#	<0,001
Физическое состояние (RP), баллы	50,7±27,7	67,7±21,2*	55,4±23,8	71,3±18,3*#	<0,001
Эмоциональное состояние (RE), баллы	49,6±29,2	68,9±23,9*	54,7±24,2	71,7±21,3*#	<0,001
Физическое функционирование (PH), баллы	53,5±23,8	68,7±16,9*	60,1±16,2	71,9±14,1*#	<0,001
Социальное функционирование (SF), баллы	54,8±18,5	62,7±16,5*	60,5±15,5	66,6±17,3*	<0,002
Интенсивность боли (BP), баллы	53,01±22,4	66,7±15,3*	64,2±17,5	71,2±15,2*	<0,001
Жизнеспособность (VT), баллы	52,3±21,6	63,5±14,7*	61,8±16,4	67,6±14,9*	<0,002
Самооценка психического здоровья (MH), баллы	49,8±20,5	62,3±13,7*	60,1±15,8	66,1±15,7*	<0,005

Примечание: * — p<0,01 в сравнении с типом Д, # — p<0,05 в сравнении со значениями до КШ; КШ — коронарное шунтирование.

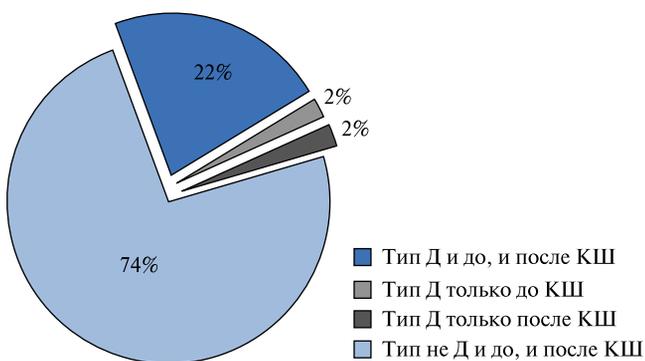


Рис. 1. Распределение типа личности Д до и после операции КШ.

ной возбудимости (p=0,062), социального подавления (p=0,051), депрессии (p=0,0013), личностной (<0,001) и ситуационной (<0,001) тревожности, чем в группе без типа личности Д. После операции КШ некоторое уменьшение выраженности психологического дистресса не повлияло на различия в его уровне в исследуемых группах (табл. 3).

В таблице 4 представлены показатели КЖ в группах по подшкалам опросника SF-36. Как до, так и после операции КШ, больные с типом личности Д имели более низкое КЖ по всем подшкалам, нежели

пациенты без типа личности Д. Хотя после операции КЖ возросло в обеих группах, выраженные межгрупповые различия оставались.

Интегральный показатель физического компонента КЖ также был ниже в группе больных с типом личности Д по сравнению с контрольной группой как до (46,9±22,8 и 67,8±16,8 баллов; p<0,001), так и после операции КШ (67,8±17,4 и 72,1±15,1 баллов; p<0,001) (рис. 2).

При этом через год после КШ отмечен достоверный прирост показателей КЖ в обеих группах. По психологическому компоненту различия были схожими — 37,9±20,7 и 64,6±15,2. баллов (p<0,002) до операции и 45,6±16,2 и 68,2±15,8 баллов (p<0,002) через год после КШ (рис. 3).

В однофакторной модели логистической регрессии показана высокая зависимость физического и психологического компонентов КЖ от наличия типа личности Д (ОШ — 5,21; 95% ДИ — 3,16–8,57; p<0,01 и ОШ — 2,03; 95% ДИ — 1,26–3,28; p<0,01, соответственно), то же доказано для уровня личностной тревожности и уровня депрессии (ОШ — 2,93; 95% ДИ — 2,42–3,44; p<0,01 и ОШ — 2,07; 95% ДИ — 1,53–2,62; p<0,01, соответственно). Менее выраженная взаимосвязь с физическим компонентом КЖ отмечена для МФА (p<0,01) и индекса атерогенности

Таблица 5

Факторы, влияющие на снижение физического и психологического компонентов здоровья у больных после коронарного шунтирования

Показатель	ОШ (95% ДИ)	p
Однофакторный анализ PH (Physical health) — физический компонент здоровья		
Мультифокальный атеросклероз	1,86 (1,13–3,08)	<0,01
Сахарный диабет	1,83 (1,05–3,18)	0,03
Фибрилляция предсердий	2,06 (0,92–4,58)	0,08
Риск по шкале EuroSCORE	1,10 (0,98–1,23)	0,09
Индекс атерогенности	1,18 (1,02–1,37)	0,02
Тип личности Д	5,21 (3,16–8,57)	<0,01
Личностная тревожность	2,93 (2,42–3,44)	<0,01
Ситуативная тревожность	1,97 (1,28–2,66)	<0,01
Уровень депрессии	2,07 (1,53–2,62)	<0,01
МН (Mental Health) — психологический компонент здоровья		
Тип личности Д	2,03 (1,26–3,28)	0,01
Пол	1,58 (0,89–2,84)	0,10
Мультифокальный атеросклероз	1,47 (0,89–2,45)	0,10
Личностная тревожность	1,83 (1,32–2,34)	<0,01
Ситуативная тревожность	1,97 (1,43–2,52)	<0,01
Уровень депрессии	2,17 (1,38–2,96)	<0,01
Многофакторный анализ PH (Physical health) — физический компонент здоровья		
Тип личности Д	5,51 (2,60–11,63)	<0,01
Индекс атерогенности	1,18 (1,00–1,38)	0,04
Личностная тревожность	1,35 (1,13–1,58)	0,03
Уровень депрессии	1,25 (1,00–1,50)	0,04
МН (Mental Health) — психологический компонент здоровья		
Тип личности Д	2,07 (1,27–3,37)	<0,01
Личностная тревожность	1,38 (1,01–1,75)	0,02
Уровень депрессии	1,49 (1,13–1,86)	0,03

Сокращения: ОШ — отношение шансов, ДИ — доверительный интервал.

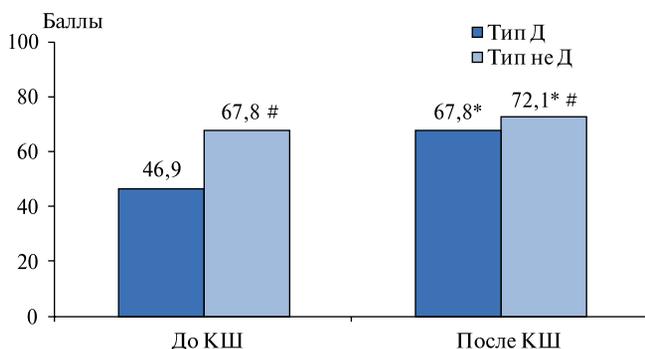


Рис. 2. Годовая динамика суммарного показателя "физического компонента здоровья" (PH) у больных в зависимости от типа личности Д.

Примечание: * — $p < 0,05$ в сравнении до КШ, # — $p < 0,05$ в сравнении с типом Д; КШ — коронарное шунтирование.

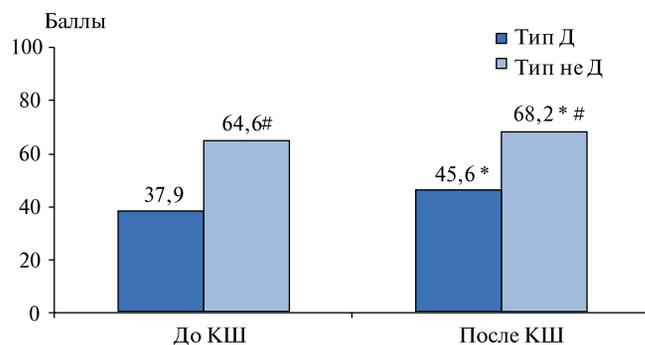


Рис. 3. Годовая динамика суммарного показателя "психологического компонента здоровья" (МН) у больных в зависимости от типа личности Д.

Примечание: * — $p < 0,05$ в сравнении с показателем до КШ, # — $p < 0,05$ в сравнении с типом личности Д; КШ — коронарное шунтирование.

($p=0,02$). Пограничная статистическая достоверность для данной взаимосвязи выявлена для фибрилляции предсердий ($p=0,08$) и риска вмешательства по шкале EuroSCORE ($p=0,09$). В свою очередь, взаимосвязь психологического компонента КЖ с полом пациентов и наличием МФА не достигала статистической значимости ($p < 0,10$).

При множественном логистическом регрессионном анализе выявлено выраженное влияние наличия типа личности Д до операции на вероятность выявления низкого КЖ через год после КШ (для физического компонента риск возрастал в 5,51 раз, для психологического — в 2,07 раза). Также на физический компонент КЖ независимо влияли следующие пре-

дооперационные показатели: уровень личностной тревожности ($p=0,03$) и депрессии ($p=0,04$), а также индекс атерогенности ($p=0,04$). Независимое влияние на уровень психологического компонента оказывали уровень личностной тревожности ($p=0,02$) и депрессии ($p=0,03$) (табл. 5).

Обсуждение

В настоящем исследовании показано, что тип личности Д является стабильной психологической характеристикой больных в течение года после коронарного шунтирования и его наличие связано со снижением качества жизни как до, так и после операции.

Стабильность типа личности Д при наблюдении в течение 18 месяцев была показана ранее [1], опосредовано это было, в том числе, генетическими факторами. В Голландском регистре близнецов было показано, что корреляции типа личности Д среди монозиготных близнецов была существенно выше ($r=0,55$; 95% ДИ — 0,42–0,65), чем у дизиготных ($r=0,22$ (95% ДИ — 0,10–0,33) [7]. Какие факторы опосредуют генетическую детерминированность типа Д (особенности метаболизма, стресс-реактивности и т.д.), остается неясным, это еще предстоит изучить. Возможные метаболические связи между наличием типа личности Д и предрасположенностью к развитию сердечно-сосудистых заболеваний изучали в популяционном исследовании Altmaier E, et al. [8]. В этой работе показано, что у лиц с типом Д более низкий уровень метаболита триптофана кинуренина ($p=0,042$). Также с помощью Гауссовской модели графического анализа выявлены четыре потенциальных метаболических пути с включением андростерона сульфата, тирозина, индоксила сульфата или кофеина, которые связаны с типом личности Д [8]. Кроме того, лица с типом личности Д отмечают больший уровень ощущаемого стресса по сравнению с лицами с отсутствием такого типа [9].

Длительность наблюдения за пациентами в настоящем исследовании была несколько меньше (1 год), чем в вышеупомянутом исследовании Denollet J. et al. [1], поэтому не следует удивляться высокой стабильности типа личности Д — его характеристики оставались неизменными у 96% пациентов. Можно отметить, что при недлительном наблюдении (8 недель) даже целенаправленные воздействия по коррекции дисстрессорных черт личности не влияли на распространенность типа личности Д [10]. От этого ряда наблюдений отличаются результаты исследования Dannemann S, et al. [5], в котором через полгода после операции на сердце (КШ и клапанной) у 60% пациентов отмечались изменения типа личности по данным опросника DS-14. Сами авторы данной работы признают необходимость дальнейших исследований по уточнению полученных данных. При шестилетнем наблюдении за когортой кардиологических больных

в Германии средний уровень социального подавления не изменился со временем, в то же время отмечена тенденция к росту негативной возбудимости ($p=0,08$). При индивидуальном анализе примерно у 22% пациентов произошло изменение типа личности через шесть лет [11]. При более длительном наблюдении (в течение 9 лет) отмечено, что генетические факторы способствовали стабильности типа личности Д, в то время как различные факторы окружающей среды влияют на изменение типа личности Д [2]. Последнее указывает на то, что поведенческие вмешательства могут быть целесообразными и полезными у пациентов с типом Д [10].

Не так много исследований посвящено влиянию типа личности Д на КЖ после операции КШ. В одной из первых работ по этой теме [4] было показано, что наличие желудочно-кишечных проблем, застойной сердечной недостаточности и типа личности Д до операции КШ были независимыми предикторами низкого физического компонента КЖ. Наличие периферического атеросклероза, инфекционных осложнений и типа личности Д были независимыми предикторами низкого психологического компонента КЖ через год после операции КШ. При этом больные с типом личности Д имели в два раза большую вероятность низкого физического компонента КЖ после операции КШ и более чем в 5 раз ниже — показатели психологического компонента КЖ [4]. В более позднем исследовании также было показано снижение КЖ у больных с наличием типа личности Д после операции на сердце [5]. В настоящей работе также превалировало неблагоприятное влияние типа личности Д на оба компонента КЖ после операции КШ. Не отмечено независимого неблагоприятного влияния периферического атеросклероза, по-видимому, вследствие широкого использования в нашей клинике этапных реконструктивных операций на различных сосудистых бассейнах. Более того, поскольку мы изучали и тип личности Д, и показатели КЖ как до, так и после операции КШ, то нам удалось выявить интересную закономерность. Несмотря на более низкие значения КЖ у больных с типом личности Д через год после КШ прирост как физического, так и психического, компонента КЖ в этой группе был заметно выше, чем у больных с отсутствием типа личности Д. Это свидетельствует о большем реабилитационном резерве у больных с типом личности Д и еще раз подчеркивает целесообразность выделения такой категории больных для проведения у них целенаправленных поведенческих воздействий.

В связи с этим, хотелось бы вернуться к развернувшейся в последнее время дискуссии о клиническом значении типа личности Д. После того, как в одном из исследований не подтвердились первоначальные данные о негативном влиянии типа личности Д на прогноз у кардиологических больных [6],

стало высказываться мнение об отсутствии необходимости изучать личностные особенности пациентов в данном ракурсе. Тем не менее, в опубликованном позже мета-анализе 12 исследований по прогностическому значению типа Д при сердечно-сосудистых заболеваниях (n=5341), отмечена существенная взаимосвязь типа Д с развитием твердых конечных точек (ОР –2,28; 95% ДИ — 1,43–3,62), хотя в более поздних исследованиях значимость влияния типа личности Д снижалась (с ОР 5,02 до ОР 1,54). То есть речь идет о переоценке в ранних исследованиях влияния типа личности Д на прогноз, но не об отсутствии его [12]. В работах нашей научной группы показана взаимосвязь типа личности Д с наличием мультифокального атеросклероза [13], а, как известно, поражение нескольких сосудистых бассейнов является неблагоприятным прогностическим фактором. Кроме того, в последние годы расширяется понимание значения типа личности Д в различных клинических ситуациях. По данным исследования TWIST, у больных с незначимыми поражениями коронарных артерий наличие дистрессорных личностных черт существенно связано с повышенной частотой ощущения боли в грудной клетке, меньшим удовлетворением от лечения и более низкими физическим и психологическими компонентами здоровья [14]. В исследовании Gutenberg Health Study в общей популяции у лиц

с типом личности Д отмечались более низкий социально-экономический статус, повышенная частота обращений за медицинской помощью, ассоциация с наличием ишемической болезни сердца (ОР 1,54; p=0,044) [15]. Поэтому даже возможное отсутствие негативного предсказательного значения типа личности Д не снижает его значения для оценки психологических особенностей пациентов, без чего трудно представить по-настоящему персонифицированную медицину.

Заключение

Склонность пациентов к развитию психологического дистресса (т.е. наличие “дистрессорного” типа личности Д) встречается у 22,8% больных до операции КШ и у 22,3% больных через год после нее. Наличие типа личности Д сопровождается более частым выявлением мультифокального атеросклероза, большим риском операции согласно шкале EuroSCORE, а также снижением качества жизни как до, так и через год после операции КШ. При многофакторном анализе наличие типа личности Д до операции наряду с уровнем личностной тревожности и депрессии обладает независимым влиянием на выявление низкого КЖ через год после КШ, причем как физического, так и психологического компонентов.

Литература

- Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67: 89–97
- Kupper N, Boomsma DI, de Geus EJ, et al. Nine-year stability of type D personality: contributions of genes and environment. *Psychosom Med* 2011; 73: 75–82.
- Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, et al. Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2006; 97: 970–3.
- Al-Ruzzeq S, Athanasiou T, Mangoush O, et al. Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart*. 2005; 91 (12): 1557–62.
- Dannemann S, Matschke K, Einsle F, et al. Is type-D a stable construct? An examination of type-D personality in patients before and after cardiac surgery. *J Psychosom Res*. 2010; 69 (2): 101–9
- Coyne JC, Jaarsma T, Luttik ML, et al. Lack of prognostic value of type D personality for mortality in a large sample of heart failure patients. *Psychosom Med*. 2011; 73: 557–62.
- Kupper N, Denollet J, de Geus EJ, et al. Heritability of type-D personality. *Psychosom Med*. 2007; 69 (7): 675–81.
- Altaimer E, Emery RT, Krumsiek J, et al. Metabolomic profiles in individuals with negative affectivity and social inhibition: A population-based study of Type D personality. *Psychoneuroendocrinology*. 2012 Dec 10. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.11.014. [Epub ahead of print].
- Williams L, Wingate A. Type D personality, physical symptoms and subjective stress: the mediating effects of coping and social support. *Psychol Health*. 2012; 27 (9): 1075–85.
- Nykl ek I, van Beugen S, Denollet J. Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (Type D) personality traits: a randomized controlled trial. *J Behav Med*. 2012 May 15. [Epub ahead of print].
- Romppel M, Herrmann-Lingen C, Vesper JM, et al. Six year stability of Type-D personality in a German cohort of cardiac patients. *J Psychosom Res*. 2012; 72 (2): 136–41.
- Grande G, Romppel M, Barth J. Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2012; 43 (3): 299–310.
- Raih O. I., Sumin A. N. Prevalence of Type D Personality and Its Impact on Life Quality of Patients with Multiple Cardiovascular Pathology — Novokuzneck: “VlastaProm TD”, 2012. 106p. Russian. (Райх О.И., Сумин А.Н. Тип личности Д у больных атеросклерозом различной локализации: распространенность, влияние на качество жизни — Новокузнецк: “ВластаПром ТД”, 2012. 106с).
- Mommersteeg PM, Pot I, Aarnoudse W, et al. Type D personality and patient-perceived health in nonsignificant coronary artery disease: the TWeesteden mild STenosis (TWIST) study. *Qual Life Res*. 2012 Dec 21. [Epub ahead of print].
- Beutel ME, Wiltink J, Till Y, et al. Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general population: results from the Gutenberg health study. *Psychother Psychosom*. 2012; 81 (2): 108–17.