Российский кардиологический журнал 2024;29(2):5590
doi:10.15829/1560-4071-2024-5590
https://russjcardiol.elpub.ru

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ
ISSN 1560-4071 (print)
ISSN 2618-7620 (online)

Роль психоэмоциональных факторов в оценке прогноза разных типов инфаркта миокарда

Кинаш В. И.[1,2], Кашталап В. В.[3,4], Воробьев А. С.[1,2], Урванцева И. А.[1,2], Коваленко Л. В.[2]

Цель. Изучить особенности психоэмоционального статуса и его клинико-прогностическое значение у пациентов с первым и вторым типами инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Из 1293 пациентов, госпитализированных в БУ "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии" с диагнозом "острый коронарный синдром", в наблюдательное исследование последовательно включено 277 (21,4%) пациентов с подтвержденным ИМ. У 194 (15,0%) пациентов установлен ИМ 1 типа (ИМ1) и у 83 (6,4%) — ИМ 2 типа (ИМ2). Типы ИМ определялись на основании IV Универсального определения инфаркта миокарда (УОИМ). В госпитальном периоде тип личности Д выявляли российской версией опросника DS-14 (The Type D scale-14), наличие и выраженность тревоги и депрессии оценивались по шкале HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Последующее наблюдение проводилось в рамках амбулаторных виз
итов пациентов, опроса по телефону или электронной почте на протяжении 12 мес. после выписки. Приверженность пациентов медикаментозной терапии оценивалась заполнением опросника Мориски-Грина MMAS-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale), а оценка качества жизни (КЖ) — путем заполнения опросника SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study).

Результаты. В госпитальном периоде в группе пациентов с ИМ2 чаще выявляли больных с типом Д по сравнению с ИМ1 (30 (36,1%) vs 55 (28,3%), p<0,05). У больных с ИМ2 были значимо выше субклинический уровень тревоги (34 (41,0%) vs 43 (22,2%), p=0,002), выраженный уровень тревоги (10 (12,1%) vs 12 (6,2%), p=0,011), а также выраженный уровень депрессии (13 (15,7%) vs 14 (7,2%), p=0,03). При этом у пациентов с типом Д, независимо от типа ИМ, были значимо выражены субклинические уровни тревоги и депрессии (63 (74,1%) vs 14 (7,3%) (p<0,001) и 58 (68,2%) vs 25 (13,0%) (p<0,001)). Не было статистически значимых различий в развитии госпитальных осложнений между группами ИМ1 и ИМ2 в зависимости от наличия типа Д. Через 12 мес. наблюдения среди пациентов с дистрессорным типом чаще наблюдались смерть от любых причин (5 (7,2%) vs 5 (1,6%), p<0,05 без типа Д), повторная госпитализация по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности (8 (11,5%) vs 9 (4,8%), p=0,04). Пациенты с типом Д были менее привержены медикаментозной терапии по сравнению с пациентами без типа Д (30 (43,4%) vs 9 (4,8%), p=0,001 соответственно), у них были более низкие показатели КЖ.

Заключение. Тип личности Д, наличие тревоги и депрессии, высокая общая смертность и частота повторных госпитализаций по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности чаще наблюдались при ИМ2 по сравнению с ИМ1, а также у больных с типом Д независимо от типа ИМ. Низкая приверженность медикаментозной терапии и низкое КЖ, независимо от типа ИМ, также ассоциировались с дистрессорным типом.

Ключевые слова: типы инфаркта миокарда, тип личности Д, тревога, депрессия, качество жизни, прогноз.

Отношения и деятельность: нет.

[1]БУ ВО ХМАО — Югры Сургутский государственный университет, Сургут; [2]БУ ХМАО — Югры Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут; [3]ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово; [4]ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, Кемерово, Россия.

Кинаш В. И.* — врач, рентгенэндоваскулярный хирург; ассистент кафедры кардиологии медицинского института, ORCID: 0000-0002-0209-4878, Кашталап В. В. — д.м.н., доцент, зав. отделом клинической кардиологии; профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, ORCID: 0000-0003-3729-616X, Воробьев А. С. — к.м.н., доцент, врач-кардиолог; доцент кафедры кардиологии, в.н.с. научно-образовательного центра медицинского института, ORCID: 0000-0001-7014-2096, Урванцева И. А. — к.м.н., зав. кафедрой кардиологии, Медицинский институт; главный врач, ORCID: 0000-0002-5545-9826, Коваленко Л. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей патологии и патофизиологии, директор Медицинского института, ORCID: 0000-0002-0918-7129.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
vkinash597@gmail.com

ИМ — инфаркт миокарда, ИМ1 — инфаркт миокарда 1 типа, ИМ2 — инфаркт миокарда 2 типа, КЖ — качество жизни, MACE — неблагоприятные сердечно-сосудистые события.

Рукопись получена 03.09.2023
Рецензия получена 21.09.2023
Принята к публикации 11.10.2023

CC BY 4.0

Для цитирования: Кинаш В. И., Кашталап В. В., Воробьев А. С., Урванцева И. А., Коваленко Л. В. Роль психоэмоциональных факторов в оценке прогноза разных типов инфаркта миокарда. *Российский кардиологический журнал.* 2024;29(2):5590. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5590. EDN KEFUCF

The role of psycho-emotional factors in assessing the prognosis of different types of myocardial infarction

Kinash V. I.[1,2], Kashtalap V. V.[3,4], Vorobiev A. S.[1,2], Urvantseva I. A.[1,2], Kovalenko L. V.[2]

Aim. To study the features of psycho-emotional status and its clinical and prognostic significance in patients with type 1 and 2 myocardial infarction (MI).

Material and methods. Of the 1293 patients hospitalized at the District Cardiology Dispensary "Center for Diagnostics and Cardiovascular Surgery" with a diagnosis of acute coronary syndrome, 277 (21,4%) patients with confirmed MI were consecutively included in the observational study. There were 194 (15,0%) patients with type 1 MI (MI1) and 83 (6,4%) with type 2 MI (MI2). MI types were determined based on the IV Universal Definition of Myocardial Infarction (UDMI). During the hospital period, type D personality was identified using the Russian version of the Type D scale-14 (DS-14), while the presence and severity of anxiety and depression was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Follow-up was conducted through outpatient visits, telephone or email interviews for 12 months after discharge. Patients' adherence to drug therapy was assessed using 8-item Morisky Medication Adherence Scale, and quality of life (QoL) using Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) questionnaire.

Results. During the hospital period, in the group of patients with MI2, patients with type D personality were more often identified compared with MI1 (30 (36,1%) vs 55 (28,3%), p<0,05). Patients with MI2 had a significantly higher subclinical level of anxiety (34 (41,0%) vs 43 (22,2%), p=0,002), expressed level of anxiety (10 (12,1%) vs 12 (6,2%), p=0,011), as well as a significant level of depression (13 (15,7%) vs 14 (7,2%), p=0,03). At the same time, in patients with type D, regardless of MI type, subclinical levels of anxiety and depression were significantly

expressed (63 (74,1%) vs 14 (7,3%) (p<0,001) and 58 (68,2%) vs 25 (13,0%) (p<0,001)). There were no significant differences in inhospital complications between the MI1 and MI2 groups depending on type D personality. After 12-month follow-up, patients with the distressed personality type had higher rate of all-cause death (5 (7,2%) vs 5 (1,6%), p<0,05 without type D), rehospitalization for decompensated heart failure (8 (11,5%) vs 9 (4,8%), p=0,04). Patients with type D were less adherent to drug therapy compared to patients without type D (30 (43,4%) vs 9 (4,8%) p=0,001, respectively), and they had lower QoL scores.

Conclusion. Type D personality, the presence of anxiety and depression, high all-cause mortality and rehospitalization rate of decompensated heart failure were more often observed in MI2 compared to MI1, as well as in patients with type D, regardless of MI type. Low adherence to drug therapy and poor quality of life, regardless of MI type, were also associated with the type D personality.

Keywords: types of myocardial infarction, type D personality, anxiety, depression, quality of life, prognosis.

Relationships and Activities: none.

[1]Surgut State University, Surgut; [2]Center for Diagnostics and Cardiovascular Surgery, Surgut; [3]Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo; [4]Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

Kinash V. I.* ORCID: 0000-0002-0209-4878, Kashtalap V. V. ORCID: 0000-0003-3729-616X, Vorobiev A. S. ORCID: 0000-0001-7014-2096, Urvantseva I. A. ORCID: 0000-0002-5545-9826, Kovalenko L. V. ORCID: 0000-0002-0918-7129.

*Corresponding author:
vkinash597@gmail.com

Received: 03.09.2023 **Revision Received:** 21.09.2023 **Accepted:** 11.10.2023

For citation: Kinash V. I., Kashtalap V. V., Vorobiev A. S., Urvantseva I. A., Kovalenko L. V. The role of psycho-emotional factors in assessing the prognosis of different types of myocardial infarction. *Russian Journal of Cardiology.* 2024;29(2):5590. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5590. EDN KEFUCF

Ключевые моменты

- Тип личности Д превалирует у пациентов с инфарктом миокарда 2 типа (ИМ2) по сравнению с инфарктом миокарда 1 типа (ИМ1).
- Частота неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в госпитальном периоде преобладает у пациентов с ИМ1 по сравнению с ИМ2 и независимо от наличия типа личности Д.
- Частота осложнений и смертность от любых причин в отдаленном периоде (12 мес.) наблюдений выше у пациентов с ИМ2 и типом личности Д.

Key messages

- Type D personality prevails in patients with MI2 compared to MI1.
- The prevalence of adverse cardiovascular events during hospitalization prevails in patients with MI1 compared to MI2 regardless of the presence of type D personality.
- The prevalence of complications and all-cause mortality in the long-term period (12 months) is more often detected in patients with MI2 and personality type D.

Сердечно-сосудистые заболевания, включая инфаркт миокарда (ИМ), являются ведущей причиной глобальной смертности и оказывают глубокое негативное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов [1]. Пациенты, перенесшие острый ИМ, относятся к группе высокого риска развития значительных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (MACE) [2]. Наряду с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска, такие эмоциональные факторы, как тревога, депрессия, тип личности Д, являются значимыми предикторами MACE после ИМ [3, 4]. При этом остаются неизученными особенности психоэмоционального статуса пациентов в зависимости от типа ИМ, а также клинико-прогностическая значимость этих факторов при ИМ.

Цель исследования: изучить особенности психоэмоционального статуса у пациентов с разными типами ИМ, а также определить клинико-прогностическое значение этих показателей.

Материал и методы

Число пациентов с подтвержденным ИМ составило 277 (21,4%) человек, из которых группа ИМ 1 типа (ИМ1) — 194 (15,0%) человека, а группа ИМ 2 типа (ИМ2) — 83 (6,4%) больных. Ангиографическими критериями ИМ1 было наличие внутрипросветного тромбоза с окклюзией коронарной артерии на уровне TIMI 0, и/или снижением коронарного кровотока ниже уровня TIMI 3, как результат нарушения целостности атеросклеротической бляшки. ИМ2 диагностировали в случае отсутствия ангиографических признаков коронарного тромбоза и при доказанном наличии пускового фактора (триггера), будь то коронарный спазм, эмболия или спонтанная диссекция коронарной артерии, подтвержденные при помощи внутрисосудистых методов визуализации. В отсутствие значимых стенозов имело значение наличие доказанных зон острой ишемии миокарда при помощи магнитно-резонансной томографии. Настоящее исследование было одобрено локальным этическим комитетом по месту проведения (протокол № 4 от 19.01.2022г). Клинико-анамнестические характеристики пациентов с различными типами ИМ представлены в таблице 1.

Анкетирование проводилось на госпитальном этапе лечения ИМ после стабилизации состояния

Таблица 1

Основные клинико-анамнестические характеристики пациентов с ИМ1 и ИМ2

Показатели	ИМ1 (n=194)	ИМ2 (n=83)	p
Возраст, M(±SD)	57,03±9,91	62,69±10,23	<0,01
Отсутствие "классической" загрудинной боли, n (%)	7 (3,61)	34 (41,0)	<0,01
Женский пол, n (%)	34 (17,53)	25 (30,1)	0,02
ЧКВ в анамнезе, n (%)	15 (7,73)	16 (19,28)	0,006
Сахарный диабет, n (%)	38 (19,59)	33 (39,76)	<0,001
ОНМК в анамнезе, n (%)	11 (5,67)	15 (18,07)	0,002
Хроническая болезнь почек, n (%)	22 (11,4)	15 (18,8)	<0,05
Хроническая обструктивная болезнь легких, n (%)	4 (2,06)	11 (14,0)	<0,001
Заболевания периферических артерий, n (%)	21 (10,82)	32 (38,55)	<0,001
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	21 (10,82)	25 (30,12)	<0,001
Подъем сегмента ST, n (%)	140 (76,16)	32 (38,55)	<0,001

Сокращения: ИМ1 — инфаркт миокарда 1 типа, ИМ2 — инфаркт миокарда 2 типа, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

Таблица 2

Распространенность типа Д, госпитальной тревоги и депрессии у пациентов с ИМ1 и ИМ2 и в зависимости от типа Д

Показатели	ИМ1 (n=194)	ИМ2 (n=83)	p
Тип личности Д	55 (28,3%)	30 (36,1%)	<0,05
Отсутствие тревоги	139 (71,7%)	39 (47,0%)	<0,001
Субклинический уровень тревоги	43 (22,2%)	34 (41,0%)	0,002
Выраженный уровень тревоги	12 (6,2%)	10 (12,1%)	0,011
Отсутствие депрессии	115 (59,3%)	49 (59,0%)	0,91
Субклинический уровень депрессии	62 (32,0%)	21 (25,3%)	0,27
Выраженный уровень депрессии	14 (7,2%)	13 (15,7%)	0,03
Показатели	Тип Д (n=85)	Тип "не Д" (n=192)	
Отсутствие тревоги	—	178 (92,7%)	
Субклинический уровень тревоги	63 (74,1%)	14 (7,3%)	<0,001
Выраженный уровень тревоги	22 (25,9%)	—	
Отсутствие депрессии	—	164 (85,4%)	
Субклинический уровень депрессии	58 (68,2%)	25 (13,0%)	<0,001
Выраженный уровень депрессии	27 (31,8%)	—	

Сокращения: ИМ1 — инфаркт миокарда 1 типа, ИМ2 — инфаркт миокарда 2 типа.

пациентов. Тип Д верифицировался российской версией опросника DS-14 по сумме баллов из двух подшкал: "негативная возбудимость" и "социальное ингибирование". Десять и более баллов по каждой из субшкал позволяли верифицировать тип Д. Уровни тревоги и депрессии оценивались по шкале HADS. При значениях от 0 до 7 баллов — тревога или депрессия отсутствовала, от 8 до 10 баллов — диагностировался субклинический уровень тревоги или депрессии, от ⩾11 баллов констатировали клинически выраженную тревогу или депрессию. Через 12 мес. обследованы 255 (92,0%) пациентов, 180 (70,5%) — с ИМ1 и 75 (29,4%) — с ИМ2. Пациенты осмотрены на повторном приеме в клинике, либо опрошены по телефону или электронной почте. Потеря выборки составила 22 пациента (7,9%), отклик составил 92,0%. Приверженность пациентов медикаментозной терапии оценивалась путем заполнения опросника Мориски-Грина (MMAS-8). Высокой считалась приверженность, если испытуемый набирал ⩾8 баллов. Средней приверженностью считались значения от 6 до 7. При значениях <6 баллов констатировали низкую приверженность терапии. Для оценки КЖ использовался опросник SF-36, 36 пунктов которого сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Шкалы группируются в два показателя "физический компонент здоровья" и "психологический компонент здоровья". Показатели каждой шкалы (ответы на вопросы) оценивались по балльной системе от 0 до 100. Высокие баллы по любой из шкал интерпретировались как высокое КЖ.

Непрерывные переменные выражались в виде значений среднего (M) и стандартного отклонения

Таблица 3

Осложнения в отдаленном периоде у пациентов с ИМ1 и ИМ2 и в зависимости от типа Д

Показатели	ИМ1 (n=180)	ИМ2 (n=75)	p
Тип Д, n (%)	45 (25)	24 (32)	>0,05
Тип "не Д", n (%)	135 (75)	51 (68)	>0,05
Смерть от любых причин, n (%)	2 (1,1)	8 (10,6)	0,001
Смерть от инфаркта миокарда, n (%)	3 (1,6)	2 (2,6)	>0,05
Повторный инфаркт миокарда, n (%)	8 (4,4)	5 (6,6)	>0,05
Повторная госпитализация по поводу ХСН, n (%)	8 (4,4)	9 (12,0)	0,03
Показатели	Тип Д (n=69)	Тип "не Д" (n=186)	
Смерть от любых причин, n (%)	5 (7,2)	5 (1,6)	<0,05
Смерть от инфаркта миокарда, n (%)	2 (2,8)	3 (1,4)	>0,05
Повторный инфаркт миокарда, n (%)	5 (7,2)	8 (4,3)	>0,05
Повторная госпитализация по поводу ХСН, n (%)	8 (11,5)	9 (4,8)	0,04

Сокращения: ИМ1 — инфаркт миокарда 1 типа, ИМ2 — инфаркт миокарда 2 типа, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Таблица 4

Приверженность медикаментозной терапии у пациентов с ИМ1 и ИМ2 и в зависимости от типа Д

Показатели	ИМ1 (n=180)	ИМ2 (n=75)	p
Шкала MMAS-8: (<6 баллов), n (%)	27 (15)	12 (16)	>0,05
Шкала MMAS-8: (6-7 баллов), n (%)	91 (50,5)	31 (41,3)	>0,05
Шкала MMAS-8: (8 баллов), n (%)	57 (31,6)	22 (29,3)	>0,05
Показатели	Тип Д (n=69)	Тип "не Д" (n=186)	
Шкала MMAS-8: (<6 баллов), n (%)	30 (43,4)	9 (4,8)	0,001
Шкала MMAS-8: (6-7 баллов), n (%)	27 (39,1)	93 (50)	0,007
Шкала MMAS-8: (8 баллов), n (%)	18 (26,1)	61 (32,1)	>0,05

Сокращения: ИМ1 — инфаркт миокарда 1 типа, ИМ2 — инфаркт миокарда 2 типа, MMAS-8 — 8-item Morisky Medication Adherence Scale.

(SD) при нормальном распределении, или медианы и квартилей (Me [LQ; UQ]) при распределении, отличном от нормального, и сравнивались с использованием непарного t-критерия или U-критерия Манна-Уитни. При анализе категориальных переменных оценивались значения статистики Пирсона (χ^2) или точного критерия Фишера. Предикторы неблагоприятного исхода выявляли при помощи регрессионного анализа Кокса. Статистический анализ данных проводился с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 12.0.

Результаты

В группе ИМ2 чаще выявляли пациентов с типом личности Д по сравнению с ИМ1, что составило 30 (36,1%) vs 55 (28,3%) (p<0,05), соответственно. Оценка уровней тревоги и депрессии показала, что у больных с ИМ2 выше субклинический уровень тревоги — 34 (41,0%) vs 43 (22,2%) (p=0,002), выраженный уровень тревоги — 10 (12,1%) vs 12 (6,2%) (p=0,011), а также выраженный уровень депрессии — 13 (15,7%) vs 14 (7,2%) (p=0,03), по сравнению с ИМ1. Анализ уровня госпитальной тревоги и депрессии в зависимости от наличия типа Д показал, что у пациентов с дистрессорным типом, по сравнению с пациентами без типа Д, более выражены субклинические уровни тревоги и депрессии, что составляет 63 (74,1%) vs 14 (7,3%) (p<0,001) и 58 (68,2%) vs 25 (13,0%) (p<0,001), соответственно (табл. 2).

Госпитальные осложнения в группе ИМ1 и ИМ2 развились у 17 (8,7%) и 3 (3,6%) пациентов, соответственно. Фибрилляция желудочков — у 10 (5,15%) пациентов с ИМ1 и у 1 (1,2%) пациента с ИМ2, острое желудочно-кишечное кровотечение у 3 (1,55%) и 1 (1,2%) пациентов, соответственно. Отек легких развился у 1 (1,2%) пациента с ИМ2, а летальный исход — у 4 (2,06%) пациентов с ИМ1. Среди пациентов с госпитальными осложнениями тип Д был выявлен у 2 (10,0%) больных. У 1 (5,8%) — в группе ИМ1 развилась фибрилляция желудочков, и у 1 (33,3%) больного из группы ИМ2 развилась острая левожелудочковая недостаточность, что не достигало при этом уровня статистической значимости. В группе пациентов с летальным исходом не отмечено типа личности Д.

Через 12 мес. наблюдений количество обследованных пациентов составило 255 (92,0%) человек. Группа ИМ1 — 180 (70,5%) больных, а ИМ2 — 75 (29,4%) человек. Осложнения развились у 53 (20,7%) пациентов, из них — 27 (15,0%) в группе ИМ1 и 26 (34,6%) — в группе ИМ2 (табл. 3). Смерть от любых причин и повторные госпитализации по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности преоб-

Таблица 5

Оценка КЖ больных с ИМ1 и ИМ2 типа и в зависимости от типа Д

Шкала	ИМ1 (n=180)	ИМ2 (n=75)	p
Физическое функционирование,	85,6 (78,3-92,8)	79,3 (75,8-82,9)	0,607
Ролевое функционирование (физическое состояние)	68,4 (57,3-79,5)	64,9 (53,4-74,6)	0,550
Интенсивность боли	91,9 (84,3-99,6)	84,2 (77,8-90,7)	0,644
Общее состояние здоровья	87,0 (81,9-92,1)	82,4 (78,0-86,9)	0,568
Жизненная активность	85,5 (79,2-91,8)	75,3 (68,4-82,3)	0,301
Социальное функционирование	84,6 (78,8-90,4)	81,6 (74,7-88,5)	0,690
Ролевое функционирование (эмоциональное состояние)	77,85 (69,7-86,0)	75,1 (64,4-85,8)	0,768
Психическое здоровье	77,9 (72,3-87,5)	74,8 (67,2-82,4)	0,759
Шкала	Тип Д (n=69)	Тип "не Д" (n=186)	
Физическое функционирование	76,05 (68,3-82,8)	81,3 (77,8-84,9)	0,547
Ролевое функционирование (физическое состояние)	65,4 (57,3-73,5)	70,5 (66,4-74,6)	0,689
Интенсивность боли	77,9 (71,3-84,6)	84,2 (77,8-90,7)	0,841
Общее состояние здоровья	56,0 (49,9-62,1)	92,4 (78,0-86,9)	<0,001
Жизненная активность	52,05 (44,3-59,8)	84,8 (78,4-91,3)	<0,001
Социальное функционирование	44,6 (38,8-50,4)	91,6 (84,7-98,5)	<0,001
Ролевое функционирование (эмоциональное состояние)	67,1 (61,7-72,4)	74,6 (69,4-79,8)	0,468
Психическое здоровье	64,9 (52,3-77,5)	85,8 (77,2-94,4)	<0,001

Сокращения: ИМ1 — инфаркт миокарда 1 типа, ИМ2 — инфаркт миокарда 2 типа.

ладали в группе ИМ2 (8 (10,6%) vs 2 (1,1%) (p=0,001) с ИМ1, и 9 (12,0%) vs 8 (4,4%) (p=0,03)), а также при наличии типа Д, вне зависимости от типа ИМ, что составило 5 (7,2%) vs 5 (1,6%) (p<0,05) без типа Д и 8 (11,5%) vs 9 (4,8%) (p=0,04), соответственно. Не было статистически значимых различий в приверженности медикаментозной терапии между двумя группами пациентов с ИМ, но выявлены статистически значимые различия в низкой приверженности медикаментозной терапии у пациентов с дистрессорным типом (табл. 4).

Данные настоящего исследования не выявили статистически значимых различий в группах ИМ1 и ИМ2 по всем показателям КЖ (табл. 5). У пациентов с дистрессорным типом показатели КЖ значительно ниже по таким критериям, как "общее состояние здоровья" 56,0 в группе типа Д vs 92,4 без типа Д (p<0,001), "социальное функционирование" 44,6 vs 91,6 (p<0,001), "жизненная активность" 52,05 vs 84,8 (p<0,001) и "психическое здоровье" 64,9 vs 85,8 (p<0,001), соответственно. Остальные критерии КЖ не показали статистически значимых различий между группами.

Обсуждение

Связь между психоэмоциональными факторами у пациентов, перенесших ИМ и повторные MACE, постулирует необходимость скрининга неблагоприятных психоэмоциональных факторов у таких больных для формирования программ вторичной профилактики [5].

Тип Д — это "уязвимый психотип" для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и усугубляющий фактор, негативно влияющий на исходы после ИМ [4, 6, 7], что, однако, подтверждается не всеми исследованиями [8]. Распространенность дистрессорного типа у пациентов с ишемической болезнью сердца — ~33,5% [9], что согласуется с данным исследованием, где тип Д в общей группе больных с ИМ — составил 30,6%, однако мало данных о распространенности типа Д в зависимости от типа ИМ. Наше исследование демонстрирует распространенность дистрессорного типа в группе ИМ1 — 28,3%, а в группе ИМ2 — 36,1%. Ряд исследований показывают, что тип Д ассоциирован с низкой приверженностью лечению, низким КЖ, развитием депрессивных реакций [10], что потенцирует риск повторных MACE [10]. Согласно нашему исследованию, пациенты с типом Д были наименее привержены медикаментозной терапии по сравнению с пациентами без типа Д, а также с низкими показателями КЖ. Доказано, что тревога и депрессия являются самостоятельными факторами риска неблагоприятного прогноза у пациентов с ИМ [3]. Данные настоящего исследования показали, что субклинические и выраженные уровни тревоги, выраженный уровень депрессии были значительно выше у пациентов с ИМ2. При этом уровни тревоги и депрессии также были значительно выражены у пациентов с типом Д по сравнению с лицами без типа Д, независимо от типа ИМ. Таким образом, более неблагоприятный психоэмоциональный фенотип чаще встречается у пациентов с ИМ2, что может объяснять более неблагоприятный отдаленный прогноз у таких пациентов. Однако вопрос самостоятельного влияния ИМ2 на отдаленный прогноз у пациентов остается спорным,

поскольку более высокая частота неблагоприятных событий у этих больных может быть связана с негативным влиянием типа Д на приверженность назначенной терапии, с большей распространенностью тревожно-депрессивных реакций и высокой коморбидностью пациентов с ИМ2, что несомненно является предметом дальнейших исследований.

Заключение

Пациенты с дистрессорным типом личности, умеренными и высокими уровнями тревоги и депрессии преобладают среди пациентов с неатеротромботическим типом ИМ. Высокая частота неблагоприятных исходов в отдаленном периоде преобладает у пациентов с типом личности Д, при этом нет статистически значимых различий в неблагоприятных исходах в госпитальный период в зависимости от наличия типа Д между группами ИМ. Низкая приверженность медикаментозной терапии и низкое КЖ преобладают у пациентов с дистрессорным типом, что указывает на важность междисциплинарного и персонализированного терапевтического подхода к пациентам, перенесшим острую сердечно-сосудистую катастрофу, учитывая психологический профиль каждого пациента. Помимо улучшения КЖ, в четко определенных случаях психологическое вмешательство, иногда в сочетании с психофармакологическим лечением, может привести к продлению периода выживания у пациентов с ишемической болезнью сердца и типом личности Д за счет воздействия на измененные психофизиологические пути. Необходимы дальнейшие более масштабные и проспективные исследования, включающие дополнительные биологические, клинические и анамнестические данные.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Kinash VI, Vorobyev AS, Urvantseva IA, et al. Controversial issues of management of patients with myocardial infarction of the second type. Complex problems of cardiovascular diseases. 2022;11(1):78-89. (In Russ.) Кинаш В. И., Воробьев А. С., Урванцева И. А. и др. Спорные вопросы ведения пациентов с инфарктом миокарда второго типа. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2022;11(1):78-89. doi:10.17802/2306-1278-2022-11-1-78-89.
2. Coscia T, Nestelberger T, Boeddinghaus J, et al. Characteristics and Outcomes of Type 2 Myocardial infarction. JAMA Cardiol. 2022;7(4):427-34. doi:10.1001/jamacardio.2022.0043.
3. Ying S, Haojie Zh, Bin W, et al. Wang Joint exposure to positive affect, life satisfaction, broad depression, and neuroticism and risk of cardiovascular diseases: A prospective cohort study. Atherosclerosis. 2022;359:44-51. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2022.08.007.
4. Pogosova NV, Sokolova OY, Yufereva YM, et al. Psychosocial risk factors in patients with the most common cardiovascular diseases - arterial hypertension and coronary heart disease (according to the Russian multicenter study COMET). Kardiologiia. 2019;59(8):54-63. (In Russ.) Погосова Н. В., Соколова О. Ю., Юферева Ю. М. и др. Психосоциальные факторы риска у пациентов с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями — артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (по данным российского многоцентрового исследования КОМЕТА). Кардиология. 2019;59(8):54-63. doi:10.18087/cardio.2019.8.n469.
5. Pah AM, Bucuras P, Buleu F, et al. The importance of DS-14 and HADS questionnaires in quantifying psychological stress in type 2 diabetes mellitus. Medicina. 2019;55:569. doi:10.3390/medicina55090569.
6. Kupper N, Denollet J. TDP as a risk factor in coronary heart disease: a review of current evidence. Curr Cardiol Rep. 2018;20:104. doi:10.1007/s11886-018-1048-x.
7. Bekendam MT, Kop WJ, Barzilay S, et al. The predictive value of positive affect and Type D personality for adverse cardiovascular clinical outcomes in patients with non-obstructive coronary artery disease. J Psychosom Res. 2018;104:108-14. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.11.003.
8. Kinash VI, Vorobyev AS, Urvantseva IA, et al. Clinical significance of psychological personality traits in patients with coronary heart disease: focus on personality type D Atherosclerosis and dyslipidemia. 2021;4(45):24-32. (In Russ.) Кинаш В. И., Воробьев А. С., Урванцева И. А. и др. Клиническая значимость психологических особенностей личности у пациентов с ишемической болезнью сердца: фокус на тип личности Д. Атеросклероз и дислипидемии. 2021;4(45):24-32. doi:10.34687/2219-8202.JAD.2021.04.0003.
9. Sumin AN, Shcheglova AV. Is the concept of personality type D a component in the formation of a personalized approach or a prognostic factor in the treatment of cardiovascular diseases? Russian Journal of Cardiology. 2020;25(9):3996. (In Russ.) Сумин А. Н., Щеглова А. В. Концепция типа личности Д — это компонент в формировании персонифицированного подхода или прогностический фактор при лечении сердечно-сосудистых заболеваний? Российский кардиологический журнал. 2020;25(9):3996. doi:10.15829/1560-4071-2020-3996.
10. Enatescu VR, Cozma D, Tint D, et al. The Relationship Between Type D Personality and the Complexity of Coronary Artery Disease Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2021;17:809-20. doi:10.2147/NDT.S303644.