

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д

МУТАЛОВА ЭЛЬВИРА ГАЗИЗОВНА, ORCID ID: 0000-0002-7454-9819; докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии №, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450000, Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8-347-272-41-73. E-mail: emutalova@mail.ru

ГАЛЯУТДИНОВА ВЕЛЕНА РАМИЛЕВНА, ORCID ID: 0000-0001-9715-6930; ассистент кафедры госпитальной терапии №1, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450000, Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8-347-272-41-73. E-mail: velen.galyautdinova1704@gmail.com

КАМАЛТДИНОВА ГУЛЬНАРА ЯДГАРОВНА, ORCID ID: 0000-0002-1193-7240; канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной терапии №, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450000, Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8-347-272-41-73. E-mail: kgj69@mail.ru

САМИГУЛЛИНА ЛИАНА ИСКАНДАРОВНА, ORCID ID: 0000-0003-1876-7325; канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной терапии №, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450000, Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8-347-272-41-73. E-mail: liana_sam@inbox.ru

Реферат. Введение. Тип личности Д или дистресс-личность, представляющая собой сочетание негативной аффективности и социального торможения, а также плохое качество жизни считаются предикторами сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Однако недостаточно данных о роли личности типа Д как детерминанте качества жизни у пациентов с инфарктом миокарда. **Цель исследования** – оценить качество жизни больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда, и его связь с типом личности Д. **Материал и методы.** Обследовано 158 больных, средний возраст 58,2±2,5 года, поступивших в стационар по поводу инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Диагноз инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST устанавливался согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества, 2020 г. Пациентам анализируемых групп проведено определение общеклинических параметров, психологическое тестирование с применением оценочных шкал тревоги и депрессии, опросников DS-14 и SF-36. Выделены в группе пациентов с инфарктом миокарда лица с наличием типа личности Д и без нее. **Результаты и обсуждение.** Тип личности Д выявлен у 29,1% пациентов с острым инфарктом миокарда. В этой группе отмечается неблагоприятный психологический профиль: выше уровень негативной возбудимости, социального подавления, депрессии, личностной и ситуативной тревожности, чем в группе без типа личности Д. У больных инфарктом миокарда с типом личности Д определено более низкое качество жизни, снижение интегральных показателей физического и психологического компонентов. **Заключение.** Выявлено неблагоприятное влияние типа личности Д на качество жизни у пациентов с инфарктом миокарда. Программы кардиореабилитации должны включать вмешательства, направленные на уменьшение черт личности типа Д, особенно социальной подавленности.

Ключевые слова: личность типа Д, качество жизни, инфаркт миокарда.

Для ссылки: Муталова Э.Г., Галяутдинова В.Р., Камалтдинова Г.Я. [и др.]. Качество жизни у пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от наличия типа личности Д // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, вып. 2. – С.64-70. DOI: 10.20969/VSKM.2024.17(2).64-70.

LIFE QUALITY OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS ACCORDING TO THE PRESENCE OF TYPE D PERSONALITY

MUTALOVA ELVIRA G., ORCID ID: 0000-0002-7454-9819; Dr. sc. med., Professor, Head of the Department of Advanced Internal Medicine No. 1, Bashkir State Medical University, 3 Lenin str., 450000 Ufa, Russia. Tel.: +7-347-272-41-73. E-mail: emutalova@mail.ru

GALYAUDINOVA VELENA R., ORCID ID: 0000-0001-9715-6930; Assistant Professor, Department of Advanced Internal Medicine No. 1, Bashkir State Medical University, 3 Lenin str., 450000 Ufa, Russia. Tel.: +7-347-272-41-73. E-mail: velen.galyautdinova1704@gmail.com

KAMALTDINOVA GULNARA J., ORCID ID: 0000-0002-1193-7240; Cand. sc. med., associate professor of the Department of advanced internal medicine № 1, Bashkir State Medical University, Russia, 450000, Ufa, Lenin str., 3, tel. 8-347-272-41-73, e-mail: E-mail: kgj69@mail.ru

SAMIGULLINA LIANA I., ORCID ID: 0000-0003-1876-7325; Cand. sc. med., Associate Professor, Department of Advanced Internal Medicine No. 1, Bashkir State Medical University, 3 Lenin str., 450000 Ufa, Russia. Tel.: +7-347-272-41-73. E-mail: liana_sam@inbox.ru

Abstract. Introduction. Type D personality, or distress personality, i. e., a combination of negative affectivity and social inhibition, as well as poor life quality, are considered the predictors of cardiovascular morbidity and mortality. However, there is insufficient data on the role of Type D personality as a determinant of life quality in myocardial infarction patients. **Aim** is to assess the Q-positive myocardial infarction patients' life quality and its association with Type D personality. **Materials and Methods.** The study included 158 patients aged 58.2±2.5 years, who were admitted to the hospital for ST-segment elevation myocardial infarction. ST-segment elevation myocardial infarction was diagnosed in accordance with the Clinical Guidelines of the Russian Society of Cardiology, 2020. Пациентам анализируемых групп проведено определение общеклинических параметров, психологическое тестирование с применением оценочных шкал тревоги и депрессии, опросников DS-14 и SF-36. Patients of the groups studied were tested for general clinical parameters and psychological characteristics using anxiety and depression rating scales, DS-14 and SF-36 questionnaires. Individuals with and without Type D personality were identified in the group of myocardial infarction patients. **Results and Discussion.** Type D personality was detected in 29.1% of myocardial infarction

patients. In this group, an unfavorable psychological profile is noted: Their negative excitability, social suppression, depression, and personal/situational anxiety levels are higher than in the group without Type D personality. In patients with myocardial infarction and Type D personality, a lower quality of life and a decrease in the integral indicators of physical and psychologic components. **Conclusions.** Type D personality was proven to provide an adverse effect on the life quality in myocardial infarction patients. Cardiac rehabilitation programs should include interventions to reduce the Type D personality traits, especially social inhibition.

Keywords: Type D personality, life quality, myocardial infarction.

For reference: Mutalova EG, Galyautdinova VR, Kamaltdinova GY, Kamaltdinova GJ, Samigullina LI. Life quality of myocardial infarction patients according to the presence of Type D personality. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2024; 17(2): 64-70. **DOI:** 10.20969/VSKM.2024.17(2).64-70.

Введение. Среди причин заболеваемости и смертности населения в большинстве развитых стран мир сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место [1]. Среди болезней системы кровообращения острый инфаркт миокарда (ИМ) является ведущей причиной преждевременной смертности, первичной инвалидности и роста расходов на стационарное лечение во всех странах мира, что обуславливает социально-экономическую значимость проблемы ОИМ [2].

В последнее время в отечественной и зарубежной литературе отмечается повышенный интерес к оценке качества жизни (КЖ) больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, поскольку традиционные критерии оценки эффективности различных методов лечения уже не удовлетворяют исследователей и практических врачей [3, 4]. Оценка КЖ пациентов с ССЗ имеет решающее значение для эффективности оценки лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а также определения потенциальных областей для улучшения результатов в отношении здоровья. В нескольких систематических обзорах представлены результаты вмешательств, которые могут улучшить КЖ больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и инсультом [5]. Например, изменение образа жизни на рабочем месте может снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний, а сестринское вмешательство по месту жительства может улучшить результаты лечения людей с ССЗ [6].

В корейском исследовании по изучению КЖ у пациентов в острой фазе ИМ было установлено, что пациенты, имевшие более высокий уровень образования и лучшее финансовое положение, имели лучшее КЖ. Диабет, инсульт в анамнезе, другие заболевания сердца и более высокий балл по шкале DASS 21 отрицательно ассоциировались с КЖ [7]. В исследовании Росок S et al. (2020) [8] у 52% пациентов были выявлены «некоторые» или «серьезные» проблемах по одному или нескольким параметрам здоровья. Факторами, связанными с более низким индексом КЖ, были: женский пол, пожилой возраст, ожирение, курение, более высокая частота сердечных сокращений, менее формальное образование, наличие сопутствующих заболеваний (стенокардия, инсульт), посещение отделения неотложной помощи в течение предыдущих 6 месяцев. Более низкий индексный балл был связан с более высоким риском смерти от всех причин со скорректированным коэффициентом 3,09 (95% ДИ от 2,20 до 4,31) и сердечно-сосудистых событий с коэффициентом 2,31 (95% ДИ от 1,76 до 3,03). Пациенты с более низким индексом при включении в исследование

имели почти в два раза больше госпитализаций за 2 года наблюдения.

Среди психологических факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) можно выделить 3 категории в зависимости от их продолжительности и временной близости с коронарными синдромами: (1) острые триггеры, включая психическое напряжение и вспышку гнева; (2) эпизодические факторы продолжительностью от нескольких недель до 2 лет, среди которых депрессия, тревожность и истощение; и (3) хронические факторы, такие как отрицательные черты личности и низкий социально-экономический статус. К хроническим психосоциальным факторам относят враждебность и тип личности Д (ТЛД). В свою очередь, тип личности Д (ТЛД) предрасполагает к более частому возникновению эпизодических проявлений дистресса, таких как депрессия и тревожность [9]. «Дистрессорный» тип личности характеризуется повышенной склонностью испытывать негативные эмоции в условиях стрессовых ситуаций («негативная возбудимость») и подавлением их проявлений в межличностных взаимодействиях («социальное подавление») [10].

С самых первых исследований по ТЛД было показано его неблагоприятное влияние на прогноз у больных ИБС, что объясняет привлечение к нему внимания исследователей. Поэтому данный тип личности занял свое место среди хронических психосоциальных факторов риска развития и прогрессирования ССЗ [11]. Метаанализ 12 исследований выявил, что ТЛД повышает риск смертности у больных ИБС. У больных стабильной ИБС при проспективном наблюдении не менее 1 года ТЛД был ассоциирован с худшим прогнозом [12], при выполнении кардиохирургических операций наличие ТЛД ассоциировано с более длительными периодами мозговой дисфункции (делирий/кома) [13], у больных после коронарного шунтирования – с более частым развитием сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде [14]. В проведенных исследованиях показано, что наличие у больных ТЛД ассоциируется с более низким КЖ [15-17], тенденцией к развитию депрессивных реакций [18] и низкой приверженностью к лечению [19]. Поскольку наличие ТЛД выявляется раньше появления у пациента депрессии, то выявление данного типа личности выглядит перспективным в предотвращении развития психологического дистресса и, как следствие, улучшения прогноза при ССЗ. В настоящее время ТЛД включен в рекомендации Европейского общества кардиологов в число психологических факторов риска для скрининга у больных с наличием

ем ССЗ или при высоком риске его развития (для выявления возможных барьеров к изменению стиля жизни или к приверженности к лечению) – класс IIA, уровень B [20]. Относительно небольшое количество доступных исследований указывает на то, что ТЛД связан с КЖ как в норме, так и при болезни.

Цель исследования – оценить качество жизни больных, перенесших Q-позитивный ИМ и его связь с ТЛД.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кардиологического отделения ГКБ №13 г. Уфы. В исследование было включено 158 больных, средний возраст $58,2 \pm 2,5$ года, поступивших в стационар по поводу ИМ с подъемом сегмента ST. В итоге оценки психологического статуса было сформировано 2 группы больных: 1 группа – пациенты с наличием ТЛД ($n=46$) и 2 группа – пациенты без ТЛД ($n=112$). Диагноз ИМ с подъемом сегмента ST устанавливался согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества, 2020 г. Критерии невключения: острые воспалительные, инфекционные, онкологические, иммунокомплексные и хронические заболевания в стадии обострения. Работа была выполнена в соответствии с Хельсинкской декларацией, одобрена локальным этическим комитетом, у всех пациентов было получено письменное информированное согласие на проведение исследования.

Из лабораторных показателей оценивались уровень глюкозы, креатинина, общего холестерина и его фракций (липопротеиды низкой, очень низкой и высокой плотности) с последующим расчетом индекса атерогенности. Всем больным проводились эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) с оценкой размеров, объемных показателей и фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), ультразвуковое исследование (УЗИ) аорты, брахиоцефального и периферического артериального бассейнов. В сонных артериях оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ).

Наличие типа личности Д оценивалось с помощью опросника DS-14 [11], 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 ТЛД. 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 опрос-

ника «Шкала депрессии». Уровень ситуационной и личностной тревожности оценивали с помощью опросника Спилбергер-Ханина.

Больным ИМ проводилась стандартная терапия: низкомолекулярный гепарин (эноксапарин), дезагреганты (аспирин, клопидогрел), бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, статины, по показаниям – нитраты, диуретики, пролонгированные антагонисты кальция.

Обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft). Для сравнения количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовался t-критерий Стьюдента. При парном сравнении групп проводилось парное сравнение групп использовали непараметрический тест для проверки достоверности различий изучаемых признаков в независимых выборках – U-тест Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Различия считались высоко значимыми при $p < 0,01$, значимыми – при $p < 0,05$. Анализ достоверности различий относительных величин выполнялся по критерию χ^2 . Для выявления корреляционных взаимосвязей использовался метод ранговых корреляций Спирмена.

Результаты. Основные характеристики включенных в исследование больных представлены в *таблице 1*. В группе больных ОИМ с ТЛД возраст пациентов был ниже, чем у лиц без ТЛД, различия статистически достоверны ($p=0.0232$), количество работающих ($p=0.0015$) было выше, они имели более высокий индекс массы тела ($p=0.04653$) и значительно большую наследственную отягощенность по артериальной гипертензии (АГ) ($p=0.0143$). Количество лиц с повышенным артериальным давлением было статистически значимо выше в группе больных с ТЛД ($p=0.0005$).

Распространенность таких факторов риска, как уровни холестерина и физической активности, в группах была сопоставима. В группе с ТЛД по сравнению с пациентами без типа Д чаще встречались курильщики ($p=0.0181$), распространенность атеросклероза в группе больных с ТЛД была выше, чем у больных без типа Д. Значения эхокардиографических параметров также были связаны с наличием ТЛД у пациентов с ОИМ. Эти пациенты демонстрировали более низкие значения систолической функции (фракция выброса левого желудочка – ФВ ЛЖ ($46,82 \pm 3,6\%$ против $52,45 \pm 2,95\%$, $p=0,2283$), статистически значимые различия конечного диастолического размера полости левого желудочка – КДР ЛЖ ($5,4 \pm 0,19$ см и $5,9 \pm 0,15$ см, $p=0.0405$). Не было выявлено межгрупповых различий по значениям индекса атерогенности, уровню глюкозы и креатинина, толщине комплекса интима-медиа сонных артерий.

При оценке выраженности психологического дистресса можно отметить неблагоприятный психологический профиль у больных с типом личности Д. У них был выше уровень негативной возбудимости ($p=0.0019$), социального подавления ($p=0.0005$), депрессии ($p=0.0373$), личностной ($p=0.0029$) и ситуативной ($p=0.0029$) тревожности, чем в группе без типа личности Д (*таблица 2*).

Характеристика больных в зависимости от наличия или отсутствия типа личности Д

Table 1

Characteristics of patients according to the presence/absence of Type D personality

Показатель	Без ТЛД (n=112)	С ТЛД (n=46)	P
Возраст	59,2±3,8	45,7±4,5	0.0232
Образование n (%)			0.000076
Среднее	48 (42,9)	5 (10,9)	
Средне-специальное или высшее	64 (57,1)	41 (89,1)	
Род занятий n (%)			0.0015
Работающие	47 (41,9)	39 (84,8)	
Неработающие	65 (58,1)	7 (15,2)	
Семейный статус n (%)			0.1897
Женатые	98 (87,5)	37 (80,4)	
История ССЗ n (%)	62 (55,4)	40 (87)	0.0001
Семейный анамнез АГ, n (%)	69 (61,6)	38 (82,6)	0.0143
Наличие АГ, n (%)	32 (28,6)	27 (58,7)	0.0005
Курение, (n,%)	65 (58,0)	36 (78,3)	0.0181
п/лет	13,2±11,5	16,8±25,2	0.8968
Потребление алкоголя, низкое/умеренное/высокое (%)	16,1/52,7/31,2	19,6/56,5/23,9	0,79 0,86
Обхват талии (см)	96,5±3,9	97,9±3,2	0.7818
Индекс массы тела, кг/м ²	22,4±1,4	26,1±1,2	0.04653
Общая физическая активность в неделю (ч/нед)	14,6±2,8	12,4±2,2	0.5376
Сахарный диабет 2 типа n (%)	35 (31,25)	14 (30,43)	0.5710
HbA1c (%)	5,8±0,6	6,2±0,9	0.7120
Глюкоза (ммоль/л)	6,0±1,2	6,4±1,6	0.8417
Общий холестерин, ммоль/л	5,5±0,4	5,7±0,3	0.6897
Индекс атерогенности	3,4±0,2	3,5±0,1	0.6553
Креатинин, мкмоль/л	84,5±2,1	89,8±1,8	0.0793
Депрессивное расстройство, n (%)	43 (38,4)	35 (76,1)	0.00002
Комплекс интима-медиа, мм	1,23±0,14	1,26±0,17	0.8597
Фракция выброса левого желудочка, %	52,45±2,95	46,82±3,6	0.2283
Конечный диастолический размер левого желудочка, см	5,4±0,19	5,9±0,15	0.0405

Таблица 2

Показатели психологического статуса у больных инфарктом миокарда с наличием или отсутствием типа личности Д

Table 2

Psychologic status indicators in myocardial infarction patients with/without Type D personality

Показатели (Me±Q)	С ТЛД (n=46)	Без ТЛД (n=112)	P
Негативная возбудимость, баллы	14,1±1,15	8,9±1,18	0.0019
Социальное подавление, баллы	14,6±1,25	8,2±1,29	0.0005
Уровень депрессии, баллы	63,4±4,2	51,5±3,8	0.0373
Уровень личностной тревожности, баллы	45,6±2,4	35,1±2,5	0.0029
Уровень ситуативной тревожности, баллы	49,2±2,6	37,5 ±2,7	0.0021

В таблице 3 представлены показатели КЖ в группах по подшкалам опросника SF-36. Больные с ТЛД имели более низкие показатели КЖ по всем подшкалам, нежели пациенты без ТЛД. Интегральный показатель физического компонента КЖ также был ниже в группе больных с ТЛД по сравнению с группой без ТЛД (46,8±5,1 и 68,1±4,7 баллов; $p=0.0025$). По психологическому компоненту здоровья различия были схожими - 38,2±5,3 и 65,3±5,1 баллов ($p=0.0003$).

При построении однофакторной логистической модели выявлена статистически значимая зависимость физического и психологического компонентов КЖ от наличия ТЛД (ОШ - 5,35; 95% ДИ - 3,11-8,59;

$p<0,01$ и ОШ - 2,15; 95% ДИ - 1,29-3,32; $p<0,01$, соответственно), так же установлена связь для уровня личностной тревожности и уровня депрессии (ОШ - 2,97; 95% ДИ - 2,41-3,49; $p<0,01$ и ОШ - 2,11; 95% ДИ - 1,55-2,68; $p<0,01$, соответственно). При проведении множественного логистического регрессионного анализа установлено выраженное влияние наличия ТЛД на вероятность снижения КЖ (для физического компонента риск возрастал в 5,36 раз, для психологического - в 2,2 раза). Также на физический компонент КЖ независимо влияли следующие показатели: уровень личностной тревожности ($p=0.0322$) и депрессии ($p=0.0412$), а также индекс атерогенности ($p=0.0407$), курение ($p=0.0019$), наличие АГ

Показатели качества жизни по шкалам опросника SF-36 у больных инфарктом миокарда с наличием или отсутствием типа личности Д

Table 3

Life quality indicators on the SF-36 questionnaire scales in myocardial infarction patients with/without Type D personality

Показатели	С ТЛД (n=46)	Без ТЛД (n=112)	p
1. Физическое функционирование (PF), баллы	54,8±3,7	69,2±3,9	0.0082
2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), баллы	52,4±4,1	68,1±4,3	0.0091
3. Интенсивность боли (BP), баллы	52,8±3,5	67,2±3,2	0.0028
4. Общее состояние здоровья (GH), баллы	57,1±3,6	69,4±3,1	0.0105
5. Жизненная активность (VT), баллы	52,5±3,3	64,1±3,9	0.0246
6. Социальное функционирование (SF), баллы	53,6±2,9	63,2±3,5	0.0363
7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), баллы	51,2±3,9	68,6±3,5	0.0011
8. Психическое здоровье (MH), баллы	49,7±3,1	63,1±3,6	0.0054
Физический компонент здоровья (PH), баллы	46,8±5,1	68,1±4,7	0.0025
Психологический компонент здоровья (MH), баллы	38,2±5,3	65,3±5,1	0.0003

($p=0.0008$) и семейный анамнез по ССЗ ($p=0.0076$). Независимое влияние на уровень психологического компонента оказывали уровень личностной тревожности ($p=0.0201$) и депрессии ($p=0.0315$).

Обсуждение. Результаты нашего исследования показывают, что уровень ТЛД был достаточно высоким у больных ИМ (29,1%). В российском многоцентровом исследовании КОМЕТА у амбулаторных больных с наличием артериальной гипертензии (АГ) (в т.ч. в сочетании с ИБС) показано, что частота ТЛД составила 37,6%. При этом ТЛД был более характерен для пациентов с сочетанием АГ и ИБС по сравнению с изолированной АГ (41,2% vs 35,8%, соответственно; $pp<0,01$) [20]. По частоте выявления ТЛД российские данные ближе к странам южной и восточной Европы, а также к азиатским странам [21]. Наши результаты согласуются с Pederson et al., которые также выявили более высокую распространенность ТЛД среди пациентов с сердечно-сосудевыми заболеваниями [22]. Регрессионный анализ также показал, что ТЛД негативно влияет на КЖ у кардиологических больных, и что компонент социального торможения в большей степени способствовал снижению КЖ по сравнению с негативной аффективностью [23]. Возможно, это можно объяснить характеристиками ТЛД. В исследовании Vouwens E. et al. (2019) выявлены ассоциации между компонентом NA ТЛД, депрессией и более низким КЖ у пациентов с заболеваниями сосудов [16]. Исследования, проведенные в Швеции, подтвердили снижение КЖ среди кардиологических пациентов с ТЛД. Кроме того, пациенты с ТЛД характеризовались повышенным уровнем тревожности и депрессии по сравнению с пациентами с низким уровнем негативной аффективности и социального торможения. У лиц с ТЛД также имелись другие жалобы, включающие более частую боль в груди и повышенное использование седативных средств [23].

В исследовании Dannemann S. et al. (2010) также было обнаружено, что ТЛД тесно связан с депрессивными симптомами [24]. Спорным вопросом является взаимосвязь между депрессией и

ТЛД, в частности, компонентами NA и SI. В нашем исследовании у пациентов с ТЛД также выявлен более высокий уровень депрессии, что согласуется с результатами других исследований. В исследовании Wang Y. et al. было доказано, что пациенты с ОИМ с депрессией и наличием ТЛД, подвержены более высокому риску неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [25]. Кроме того, у пациентов с персистирующей депрессией после начала ОКС были обнаружены более низкие показатели приверженности к отказу от курения, использованию лекарств, физическим упражнениям и проведению кардиологической реабилитации, чем те, у кого не было депрессии. Yamaguchi D. et al. (2020) подтвердили высокую распространенность депрессии у пациентов с ИБС с ТЛД, специфические вмешательства у пациентов с ИБС с ТЛД предлагаются в качестве потенциальных мишеней для улучшения навыков преодоления трудностей и предотвращения развития депрессии [26].

В исследовании Arrebola-Moreno M, et al. (2020) [27] изучены психологические факторы, связанные с поздним обращением за медицинской помощью при возникновении ОКС и развитием психологического дистресса после эпизода ОКС. В этом исследовании впервые показано, что ТЛД ассоциирован с поздним обращением за медицинской помощью у таких больных, что само по себе может негативно влиять на прогноз. Кроме того, позднее обращение за медицинской помощью дополнительно способствовало развитию психологического дистресса (депрессивного состояния) после эпизода ОКС. Оба этих фактора негативно влияют на прогноз больных ИБС, что вполне может объяснить развитие неблагоприятного прогноза у ТЛД [27].

Другие аспекты возможной взаимосвязи ТЛД и прогноза изучены в недавних исследованиях. Так, при мультиспиральной компьютерной томографии-ангиографии коронарных артерий было показано, что у пациентов без ИБС в анамнезе атеросклеротические бляшки были более распространены

при ТЛД, чем при его отсутствии (35% vs 23%; $p=0,03$). У больных ИБС ТЛД был ассоциирован с признаками нестабильной бляшки (более крупное липидное ядро, тонкокапсульная фиброатерома, надрыв фиброзной покрышки) [28]. У больных после чрескожного коронарного вмешательства развитие неоатеросклероза в стентах было ассоциировано с наличием типа личности Д [29].

Заключение. Таким образом, в группе больных ОИМ было выявлено 29,1% пациентов с типом личности Д. В этой группе отмечается неблагоприятный психологический профиль: выше уровень негативной возбудимости, социального подавления, депрессии, личностной и ситуативной тревожности, чем в группе без типа личности Д. У больных ОИМ с типом личности Д определено более низкое качество жизни, снижение интегральных показателей физического и психологического компонентов. Социальная заторможенность – характеристика личности типа Д, что определяет более низкую удовлетворенность жизнью. Программы кардиореабилитации должны включать вмешательства, направленные на уменьшение черт личности типа Д, особенно социальной подавленности.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Демографический ежегодник России. Статистический сборник // Росстат, 2021. – 256 с. [Demograficheskiy ezhegodnik Rossii. Statisticheskij sbornik [Demographic Yearbook of Russia. Statistical collection]. Rosstat [Rosstat]. 2021; 256 p. (In Russ.)].
2. Хохлунов С.М., Дупляков Д.В., Павлова Т.В. [и др.]. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: учебное пособие // Самара: Научно-технический центр, 2018. – 199 с. [Hohlunov SM, Duplyakov DV, Pavlova TV, et al. Ostryj koronarnyj sindrom. Infarkt miokarda s pod'emom segmenta ST: uchebnoe posobie [Acute coronary syndrome. ST-segment elevation myocardial infarction: a tutorial]. Samara: Nauchno-tekhnicheskij centr [Samara: Scientific and Technical Center]. 2018; 199 p. (In Russ.)].
3. Sygit K, Siedlecka-Pasierbiak K, Sygit M, et al. The Quality of Life of Seniors Hospitalized Due to Cardiovascular Diseases in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (10): 3721. DOI: 10.3390/ijerph17103721
4. Saqlain M, Riaz A, Ahmed A, et al. Predictors of Health-Related Quality-of-Life Status Among Elderly Patients With Cardiovascular Diseases. *Value Health Reg Issues*. 2021; 24: 130-140. DOI: 10.1016/j.vhri.2020.11.003
5. Tan BX, Nghiem S, Afoakwah C, et al. Global mapping of interventions to improve the quality of life of patients with cardiovascular diseases during 1990-2018. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18 (1): 254. DOI: 10.1186/s12955-020-01507-9
6. Han E, Quek RYC, Tan SM, et al. The role of community-based nursing interventions in improving outcomes for individuals with cardiovascular disease: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2019; 100: 103415. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103415
7. Kang K, Gholizadeh L, Han HR. Health-related Quality of Life and Its Predictors in Korean Patients with Myocardial Infarction in the Acute Phase. *Clin Nurs Res*. 2021; 30 (2): 161-170. DOI: 10.1177/1054773819894692
8. Pocock S, Brieger DB, Owen R, et al. Health-related quality of life 1-3 years post-myocardial infarction: its impact on prognosis. *Open Heart*. 2021; 8 (1): e001499. DOI: 10.1136/openhrt-2020-001499
9. Al-Qezweny MN, Utens EM, Dulfer K, et al. The association between type D personality, and depression and anxiety ten years after PCI. *Neth Hear J*. 2016; 24 (9): 538-43. DOI: 10.1007/s12471-016-0860-4
10. Сумин А.Н. Поведенческий тип личности Д («дистрессорный») при сердечно-сосудистых заболеваниях // Кардиология. – 2010. – № 10. – С.66-73. [Sumin AN. Povedencheskij tip lichnosti D («distressornyj») pri serdechno-sosudistyh zabollevaniyah [Behavioral personality type D («distressor») in cardiovascular diseases]. *Kardiologiya [Cardiology]*. 2010; 10: 66-73. (In Russ.)].
11. Kupper N, Denollet J. Type D Personality as a Risk Factor in Coronary Heart Disease: a Review of Current Evidence. *Curr Cardiol Rep*. 2018; 20 (11): 104. DOI: 10.1007/s11886-018-1048-x
12. Leu HB, Yin WH, Tseng WK, et al. Impact of type D personality on clinical outcomes in Asian patients with stable coronary artery disease. *J Formos Med Assoc*. 2019; 118 (3): 721-9. DOI: 10.1016/j.jfma.2018.08.021
13. Matsuishi Y, Shimojo N, Unoki T, et al. Type D personality is a predictor of prolonged acute brain dysfunction (delirium/coma) after cardiovascular surgery. *BMC Psychol*. 2019; 7 (1): 27. DOI: 10.1186/s40359-019-0303-2
14. Сумин А.Н., Райх О.И., Гайфулин Р.А., и др. Предрасположенность к психологическому дистрессу у больных после коронарного шунтирования: взаимосвязь с годовым прогнозом // Кардиология. – 2015. – № 55 (10). – С.76-82. [Sumin AN, Rajh OI, Gajfulin RA, et al. Predraspolozhennost' k psihologicheskomu distressu u bol'nyh posle koronarnogo shuntirovaniya: vzaimosvyaz' s godovym prognozom [Predisposition to Psychological Distress in Patients After Coronary Bypass Surgery: Relation to One Year Prognosis]. *Kardiologiya [Cardiology]*. 2015; 55 (10): 76-82. (In Russ.)].
15. Israelsson J, Thylén I, Strömberg A, et al. Factors associated with health-related quality of life among cardiac arrest survivors treated with an implantable cardioverter-defibrillator. *Resuscitation*. 2018; 132: 78-84. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2018.09.002
16. Bouwens E, van Lier F, Rouwet EV, et al. Type D Personality and Health-Related Quality of Life in Vascular Surgery Patients. *Int J Behav Med*. 2019; 26(4): 343-51. DOI: 10.1007/s12529-018-09762-3
17. Miller JL, Thylén I, Elayi SC, et al. Multi-morbidity burden, psychological distress, and quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients: Results from a nationwide study. *J Psychosom Res*. 2019; 120: 39-45. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.03.006
18. Beutel ME, Brähler E, Wiltink J, et al. New onset of depression in aging women and men: contributions of social, psychological, behavioral, and somatic predictors in the community. *Psychol Med*. 2019; 49 (7): 1148-55. DOI: 10.1017/S0033291718001848
19. Son YJ, Lee K, Morisky DE, et al. Impacts of Type D Personality and Depression, Alone and in Combination,

- on Medication Non-Adherence Following Percutaneous Coronary Intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (10): 2226. DOI: 10.3390/ijerph15102226
20. 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). – С.54-63. [Pogosova NV, Sokolova OYu, YUfereva YuM, et al. Psihosocial'nye faktory riska u pacientov s naibolee rasprostranennymi serdechno-sosudistymi zabolovaniiyami - arterial'noj gipertoniej i ishemicheskoy bolezniyu serdca (po dannym rossijskogo mnogocentrovogo issledovaniya KOMETA) // *Kardiologija* [Cardiology]. 2019; 59 (8): 54-63. (In Russ.)]. DOI: 10.18087/cardio.2019.8.n469
21. Lin YH, Chen DA, Lin C, et al. Type D Personality Is Associated with Glycemic Control and Socio-Psychological Factors on Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *Psychol Res Behav Manag*. 2020; 13: 373-81. DOI: 10.2147/PRBM.S245226
22. Pedersen SS, Herrmann-Lingen C, de Jonge Peter, et al. Type-D personality is a predictor of poor emotional quality of life in primary care heart failure patients independent of depressive symptoms and New York Heart Association functional class. *J Behav Med*. 2010; 33 (1): 72-80. DOI: 10.1007/s10865-009-9236-1
23. Tunheim K, Dammen T, Baardstu S, et al. Relationships between depression, anxiety, type D personality, and worry and rumination in patients with coronary heart disease. *Front Psychol*. 2022; 13: 929410. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.929410
24. 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: 101–9. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.02.008
25. Wang Y, Gao X, Zhao Z, et al. The combined impact of Type D personality and depression on cardiovascular events after acute myocardial infarction. *Psychol Med*. 2021; 2: 1-11. DOI: 10.1017/S0033291721002932
26. Yamaguchi D, Izawa A, Matsunaga Y. The Association of Depression with Type D Personality and Coping Strategies in Patients with Coronary Artery Disease. *Intern Med*. 2020; 59 (13): 1589-1595. DOI: 10.2169/internalmedicine.3803-19
27. Arrebola-Moreno M, Petrova D, Garrido D, et al. Psychosocial markers of pre-hospital decision delay and psychological distress in acute coronary syndrome patients. *Br J Health Psychol*. 2020; 25 (2): 305-23. DOI: 10.1111/bjhp.12408
28. Cheng F, Lin P, Wang Y, et al. Type D personality and coronary atherosclerotic plaque vulnerability: The potential mediating effect of health behavior. *J Psychosom Res*. 2018; 108: 54-60. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.02.007
29. Lee R, Yu H, Gao X, et al. The negative affectivity dimension of Type D personality is associated with in-stent neoatherosclerosis in coronary patients with percutaneous coronary intervention: An optical coherence tomography study. *J Psychosom Res*. 2019; 120: 20- 8. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.03.007