

Пушкарев Г. С., Кузнецов В. А., Фишер Я. А.

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН,
Тюменский кардиологический научный центр 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 111

Тип личности D у пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное стентирование: проспективное исследование

Ключевые слова: тип личности D; коронарное стентирование; ишемическая болезнь сердца; психосоциальные факторы риска

Ссылка для цитирования: Пушкарев Г. С., Кузнецов В. А., Фишер Я. А. Тип личности D у пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное стентирование: проспективное исследование. Кардиология. 2019;59(12S):18–24

РЕЗЮМЕ

Цель. Оценка взаимосвязи типа личности D и клинико-инструментальных показателей у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших коронарное стентирование (КС), а также определить влияние типа личности D на прогноз у этих пациентов в течение одного года после КС. **Материалы и методы.** В исследование было включено 977 пациентов (237 женщин и 740 мужчин) в возрасте от 33 до 86 лет (средний возраст $58,7 \pm 9,4$ лет), которым было проведено КС. Регрессионная модель Кокса использовалась для расчета относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ). В качестве конечных точек в исследовании принимали смерть от всех причин, смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), инфаркт миокарда (ИМ) (фатальный + нефатальный), нефатальный ИМ, нестабильную стенокардию и инсульт. **Результаты.** Тип личности D регистрировали у 31,8% пациентов. Пациенты, имеющие тип личности D, не отличались от остальных пациентов по полу, возрасту, основным факторам риска ССЗ. У пациентов, которые имели тип личности D, чаще в анамнезе определяли 2 и более перенесенных ИМ (9% против 4,5%, $p=0,006$). Не было выявлено различий между группами по данным эхокардиографии и по непосредственным результатам КС. За период проспективного наблюдения, который составил $12 \pm 1,8$ месяцев, от всех причин умерли 24 (2,4%) пациента, от ССЗ – 21 (2,1%) пациент. ИМ развился у 47 (4,8%) пациентов, из них 23 (2,4%) пациента перенесли нефатальный ИМ. У 50 (5,1%) пациентов течение ИБС в проспективном периоде осложнилось нестабильной стенокардией. У 8 (0,8%) пациентов развился инсульт. Не было выявлено влияния типа личности D на прогноз у пациентов с ИБС, перенесших КС, в течение 1 года после операции. **Выводы.** Среди пациентов с ИБС, перенесших КС, тип личности D наблюдался у 31,8% больных. Связи между наличием типа личности D и тяжестью клинического проявления ИБС, а также непосредственным и отдаленным результатами КС обнаружено не было.

Pushkarev G. S., Kuznetsov V. A., Fisher Ya. A.

Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences,
Tyumen Cardiology Research Center, Melnikaite st. 111, Tyumen 625026

TYPE D PERSONALITY IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE UNDERWENT CORONARY STENTING: A PROSPECTIVE STUDY

Keywords: type D personality, coronary stenting, ischemic heart disease, psychosocial risk factors

For citation: Pushkarev G. S., Kuznetsov V. A., Fisher Ya. A. Type D personality in patients with coronary heart disease underwent coronary stenting: a prospective study. Kardiologiia. 2019;59(12S):18–24

SUMMARY

Aim. To evaluate the type D personality relation with clinical and instrumental parameters in patients with coronary heart disease (CHD) underwent coronary stenting (CS) and to determine the influence of the personality type D on the prognosis in these patients within one year after CS. **Material and methods.** Into prospective study we included 977 patients (740 men and 237 women) aged 33 to 86 years (mean age 58.7 ± 9.4) who underwent CS. The Cox proportional hazard regression model was used to estimate the relative risk (RR) with a 95% confidence interval (CI) of the end point. The end points included death from all causes, death from cardiovascular disease (CVD), myocardial infarction (fatal + non-fatal) (MI), non-fatal myocardial infarction (non-fatal MI), unstable angina (UA), and stroke. **Results.** Type D personality was found in 31.8% patients. These did not differ from the others in terms of age, gender, main cardiovascular risk factors. Patients of D-type had tendency to the increase of diabetes diagnosed – 25.1% vs 20.3% ($p=0.09$). At the same time D-type patients had more prevalent ≥ 2 myocardial infarction in anamnesis – 9.0% vs 4.5% ($p=0,006$) among those with post infarction atherosclerosis. There was no difference between the groups according to echocardiography and the short-term outcomes of CS. During the prospective study period (12 ± 1.8 months) 24 patients (2.4%) died from all causes, 21 patients (2.1%) died from CVD. MI developed in 47 patients (4.8%) of whom, 23 patients (2.4%) underwent non-fatal MI. In 50 patients (5.1%) ischemic heart disease in a prospective period complicated UA. In 8 patients (0.8%) developed a stroke. There was no effect of per-

sonality type D on the prognosis in patients with CHD who underwent CS for 1 year after surgery. *Conclusion.* Among CHD patients underwent CS, type D personality was found in 31.8%. There is no link for type D personality and severity of CHD clinically as well as the short-term and long-term outcomes of CS.

Information about the corresponding author: Pushkarev G.S., e-mail: pushkarev@infarkta.net

Исследования последних лет показывают, что психосоциальные ФР, включая депрессию, низкую социальную поддержку, психоэмоциональный стресс, оказывают существенное влияние на возникновение и прогрессирование ССЗ [1–3]. Также значительное внимание уделяется новой психосоциальной детерминанте, способной влиять на прогноз у пациентов с ССЗ, – типу личности D. Пациенты с типом личности D отличаются склонностью чаще испытывать отрицательные эмоции, такие как беспокойство, плохое настроение, тревогу, несчастье, гнев, и при этом подавляют их выражение при социальном взаимодействии, что негативно сказывается на эмоциональном и физическом здоровье [4]. В проведенных мета-анализах было показано, что тип личности D приблизительно в два раза увеличивает риск неблагоприятных событий у пациентов с ССЗ [5, 6]. В частности, у пациентов с облитерирующим атеросклерозом, ИБС и ХСН тип личности D может увеличивать риск смерти в 7 раз [5, 7]. В недавнем исследовании, проведенном в России, было показано, что тип личности D был ассоциирован со снижением как физического, так и психического компонентов качества жизни у больных через год после операции коронарного шунтирования [8]. В другом исследовании тип личности D был независимо связан с более чем 3-х кратным увеличением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение года после коронарного шунтирования при обследовании 683 российских пациентов с ИБС [9]. Эти данные свидетельствуют о том, что тип личности D, возможно, ассоциирован с повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в российской популяции. Также было установлено, что у российских пациентов с ССЗ тип личности D связан с более высокой распространенностью ФР, включая гипертонию, СД, избыточную массу тела, отсутствие физической активности и курение [10].

Таким образом, исследование по оценке прогностической роли типа личности D у пациентов с ССЗ представляется весьма актуальным.

Цель исследования – оценка взаимосвязи типа личности D и клинико-инструментальных показателей у пациентов с ИБС, перенесших коронарное стентирование (КС), а также определить влияние типа личности D на прогноз у этих пациентов в течение одного года после КС.

Материалы и методы

В исследование включались последовательно все пациенты, которые подверглись КС по поводу гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий в Тюменском кардиологическом научном центре и которые полностью

заполнили опросник DS-14 на предмет выявления типа личности D. Всего было обследовано 977 пациентов (237 женщин и 740 мужчин) в возрасте от 33 до 86 лет (средний возраст $58,7 \pm 9,4$ лет). В исследование включались пациенты как с ОКС – 333 (34,1%) пациента, так и с хроническими формами ИБС – 644 (65,9%) пациента.

Методику проведения комплексного клинико-инструментального обследования мы описывали ранее [11]. Проводили клиническое обследование, включая сбор жалоб, анамнеза, определение значений офисного АД, ИМТ, окружности талии. Всем пациентам проводили электрокардиографическое (ЭхоКГ) исследование, а также биохимическое исследование, в том числе определение липидного состава крови.

Всем пациентам выполняли трансторакальную ЭхоКГ с использованием ультразвуковых сканеров Philips iE 33 и General Electric Vivid E9. Все ЭхоКГ измерения были выполнены в соответствии с рекомендациями Американского общества ЭхоКГ и Европейской ассоциации сердечно-сосудистой визуализации [12].

Все коронароангиографии и процедуры КС выполнялись с использованием ангиографического комплекса Philips Integris Allura (Голландия). С помощью данных коронароангиографии определяли тип коронарного кровообращения, степень тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX, количество пораженных коронарных артерий. По результатам проведенного КС определяли количество имплантируемых стентов, оценивали достижение непосредственного ангиографического успеха и наличие осложнений после процедуры.

Для определения типа личности D использовали русскоязычный опросник Type D Scale (DS14) [13], включающий в себя 7 вопросов измерения негативной аффективности (negative affectivity, NA) и 7 вопросов измерения социального ингибирования (social inhibition, SI). Каждый вопрос оценивался по 5-балльной шкале Лайкерта (от 0 до 4 баллов), таким образом, для каждой из субшкал можно было набрать от 0 до 28 баллов. Если пациент набирал 10 баллов и более по каждой из субшкал, то у него определяли тип личности D. Шкала NA ассоциируется с разнообразными отрицательными эмоциями, включающими в себя плохое настроение, тревогу, беспокойство, несчастье, гнев, общую неудовлетворенность жизнью. Шкала SI проявляется в подавлении этих отрицательных эмоций при общении с людьми из-за страха неодобрения, непонимания [13]. Было установлено, что пациенты, имеющие тип личности D, часто более тревожны, склонны иметь более мрачное представление о жизни, они чаще испытывают более сильное эмоциональное

напряжение и, соответственно, чувствуют себя более несчастными, чем пациенты без типа личности D. При наличии типа личности D пациенты более легко раздражаются, чаще испытывают отрицательные эмоции и, соответственно, реже положительные эмоции. В то же самое время они менее склонны разделять отрицательные эмоции с другими людьми из страха отвержения и неодобрения. Пациенты типа личности D также имеют более низкий уровень социальной поддержки, склонны к социальной изоляции, так как испытывают дискомфорт при общении с людьми [13].

Средняя продолжительность проспективной части исследования составила $12 \pm 1,8$ месяцев. За этот период регистрировали конечные точки исследования, в качестве которых принимали смерть от всех причин, смерть от ССЗ, ИМ (фатальный + нефатальный), нефатальный ИМ, нестабильную стенокардию и инсульт.

Проведенное исследование было одобрено локальным этическим комитетом, пациенты включались в исследование после подписания информированного согласия.

Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи статистической программы SPSS (фирма SPSS Inc., версия 21.0). Распределение переменных определяли при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Показатели были представлены в виде $M \pm SD$ (среднее $\pm$ стандартное отклонение) в случае нормального распределения. При распределении, отличным от нормального, показатели описывали в виде Me (25%; 75%) (медиана и интерквартильный размах). Для сравнения количественных переменных при их нормальном распределении использовали t-критерий Стьюдента, при распределении, не являющимся нормальным – непараметрический U-критерий Манна–Уитни. При оценке достоверности различий между выборочными долями совокупности использовали критерий χ^2 Пирсона. Регрессионная модель Кокса использовалась для расчета относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ). Расчет ОР с 95% ДИ проводился с учетом сопутствующих ФР, к которым относили: пол, возраст, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамию, величину систолического и ДАД, ИМТ, содержание общего ХС в крови, ФВ ЛЖ, ФК ХСН (НУНА), а также наличие ОКС при поступлении и тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX. В категориальных переменных ОР вычислялся относительно выбранных референтных групп, риск в которых принимался равным 1,0. Значение $p < 0,05$ (двусторонняя) оценивалось как статистически значимое [14].

Результаты

Медианное количество баллов, набираемых по субшкале НА было 10 (6; 14), по шкале SI – 9 (5; 13). Тип личности D наблюдался у 311 (31,8%) пациентов. Сравнительная характеристика клинко-функциональных и лабораторных показателей в группах представлена в таблице 1.

Острый коронарный синдром при поступлении в группах выявляли приблизительно с равной частотой. Также группы не различались по демографическим показателям, данным анамнеза, основным поведенческим ФР (злоупотребление алкоголем, распространенности курения), а также по распространенности АГ, гиперхолестеринемии, ожирения, фибрилляции предсердий. Выявили тенденцию к увеличению частоты СД у пациентов с типом личности D. Не было выявлено статистически значимых различий между пациентами по величине офисного АД, ИМТ, показателям липидного спектра крови, а также по ФК ХСН, с равной частотой встречался ИМ в анамнезе. В то же время было установлено, что у пациентов с типом личности D чаще встречаются 2 и более перенесенных ИМ в анамнезе.

Не выявлено статистически значимых различий между группами по основным ЭхоКГ показателям (табл. 2).

У пациентов с типом личности D чаще наблюдались поражения правой коронарной артерии и реже поражения перед-

Таблица 1. Сравнительная характеристика клинко-функциональных и лабораторных показателей в группах

Показатели	Тип личности D (n=311)	Тип личности не D (n=666)	p
Мужской пол, n (%)	234 (75,2)	506 (76,0)	0,80
Возраст, лет	$58,8 \pm 9,0$	$58,6 \pm 9,6$	0,46
Гиподинамия, n (%)	142 (45,8)	308 (46,2)	0,89
Злоупотребление алкоголем, n (%)	27 (8,7)	55 (8,3)	0,81
Курение, n (%)	138 (44,5)	281 (42,2)	0,49
ИМ в анамнезе, n (%)	128 (41,2)	301 (45,2)	0,24
2 и более ИМ в анамнезе, n (%)	28 (9,0)	30 (4,5)	0,006
ИМТ, кг/м ²	$30,5 \pm 5,5$	$30,5 \pm 5,0$	0,67
Ожирение, n (%)	160 (51,4)	360 (54,1)	0,45
АГ, n (%)	284 (91,3)	591 (88,7)	0,22
САД, мм рт. ст.	$134,0 \pm 21,0$	$135,5 \pm 20,4$	0,49
ДАД, мм рт. ст.	$82,3 \pm 12,4$	$83,7 \pm 11,3$	0,15
Гиперхолестеринемия, n (%)	145 (46,8)	309 (46,7)	0,98
Общий ХС, ммоль/л	$4,9 \pm 1,2$	$5,0 \pm 1,3$	0,66
ЛПНП, ммоль/л	$3,2 \pm 1,0$	$3,2 \pm 1,2$	0,65
ЛПВП, ммоль/л	$1,13 \pm 0,33$	$1,17 \pm 0,36$	0,16
ТГ, ммоль/л	$1,8 \pm 1,1$	$1,7 \pm 1,1$	0,35
ФК НУНА, n (%)	I–II	234 (75,2)	0,53
	III–IV	77 (24,8)	
СД, n (%)	78 (25,1)	135 (20,3)	0,09
Фибрилляция предсердий, n (%)	30 (9,7)	64 (9,7)	0,99
ОКС при поступлении, n (%)	110 (35,4)	223 (33,5)	0,56

$M \pm SD$ – среднее $\pm$ стандартное отклонение;

НУНА – Нью-Йоркская Ассоциация сердца. Под гиподинамией понимали уровень физической активности, при которой пациент проводит 5 ч. и более в сидячем положении в течение дня.

ней межжелудочковой артерии (табл. 3). По другим ангиографическим показателям, а также непосредственным результатам КС, статистически значимых различий между группами не было (табл. 3).

За период проспективного наблюдения от всех причин умерли 24 (2,5%) пациента, от ССЗ – 21 (2,2%) пациент. ИМ в течение проспективного наблюдения развился у 47 (4,8%) пациентов, из них 23 (2,4%) пациента перенесли нефатальный ИМ. У 50 (5,1%) пациентов течение ИБС в проспективном периоде осложнилось нестабильной стенокардией. У 8 (0,8%) пациентов развился инсульт. Не было выявлено влияния типа личности D, а также его компонентов на прогноз у пациентов с ИБС, перенесших КС, в течение 1 года после операции (табл. 4).

Обсуждение

Распространенность типа личности D по результатам нашего исследования составила 31,8%. По данным зарубежных исследований, распространенность типа личности D колеблется от 23% до 53% при различных ССЗ, включая АГ, ИБС, ХСН и заболевания периферических артерий [15]. В исследовании Staniute M. С с соавт. распространенность типа личности D у пациентов с ИБС составила 33,5% [16]. По данным российских авторов, у больных с атеросклерозом различной локализации распространенность типа личности D составила 19,3% [7].

В нашем исследовании у пациентов с типом личности D была обнаружена тенденция к увеличению частоты выявления СД. Mommersteeg P.M. с соавт. опубликовали исследование, изучающее связь между типом личности D и распространенностью метаболического синдрома среди здоровых лиц. Авторы обнаружили, что у людей с личностью типа D в два раза выше распространенность метаболического синдрома (13% против 6%) [17]. В ряде работ было показано, что стресс и негативные эмоции, которые склонны испытывать пациенты с типом личности D, приводят к гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [2] и, как результат, к повышению секреции кортизола [18]. В свою очередь, гиперкортизолемика ведет к развитию абдоминального ожирения, дислипидемии, и, как следствие, к инсулинорезистентности, гиперинсулинизму и возникновению нарушений углеводного обмена, в том числе и СД 2 типа [19].

По основным клинико-инструментальным показателям, различий между группами в нашей работе найдено не было. В ряде опубликованных ранее работ также не было отмечено взаимосвязи между соматическими проявлениями заболеваний и наличием типа личности D [20]. Так, в исследовании, проведенном в Кемерово, не было отмечено связи типа личности D с ФР, тяжестью клинических проявлений заболевания, данными ЭхоКГ и коронароангиографии [7]. В то же время по нашим данным у пациентов с типом личности D чаще обнаруживались стенозы правой коронарной артерии и

Таблица 2. Сравнительная характеристика ЭхоКГ показателей в группах

Показатели		Тип личности D (n=311)	Тип личности не D (n=666)	p
ЛП	мм	40,4±4,7	40,3±4,7	0,69
	мм/м ² *	20,4±2,3	20,3±2,5	0,17
КДР	мм	49,4±4,4	49,6±4,9	0,98
	мм/м ² *	25,0±2,7	25,0±2,9	0,36
КСР	мм	34,6±5,1	35,0±5,6	0,72
	мм/м ² *	17,5±2,8	17,6±3,0	0,60
МЖП	мм	12,0±1,7	12,0±1,7	0,89
ЗСАЖ	мм	10,8±1,2	10,8±1,1	0,37
ММ	г	220,5±53,7	218,9±49,0	0,99
	г/м ² *	110,6±23,0	109,7±22,5	0,61
ФВ ЛЖ	%	53,9±8,0	53,3±9,0	0,72

* – индексированные значения к площади поверхности тела. М±SD – среднее ± стандартное отклонение; ЛП – левое предсердие; КДР – конечно-диастолический размер; КСР – конечно-систолический размер; МЖП – межжелудочковая перегородка; ЗСАЖ – задняя стенка ЛЖ; ММ – масса миокарда.

Таблица 3. Сравнительная характеристика ангиографических показателей и результатов КС в группах

Показатели	Тип личности D (n=311)	Тип личности не D (n=666)	p
Поражение ствола ЛКА, n (%)	3 (1,0)	12 (1,8)	0,39
Поражение ПМЖА, n (%)	171 (55,0)	410 (61,6)	0,05
Поражение ОА, n (%)	88 (28,4)	173 (26,1)	0,46
Поражение ПКА, n (%)	152 (48,9)	280 (42,0)	0,05
Однососудистое поражение, n (%)	183 (58,8)	399 (59,9)	0,32
Двусосудистое поражение, n (%)	87 (28,0)	161 (24,2)	
Многососудистые поражения, n (%)	41 (13,2)	106 (15,9)	
Количество баллов SYNTAX, ед	8 (4; 14,5)	8 (5; 15)	0,91
Количество имплантированных стентов, шт	1 (1; 2)	1 (1; 2)	0,73
Оптимальный результат КС, n (%)	303 (98,4)	645 (97,9)	0,72
Острый тромбоз стента, n (%)	3 (1,0)	7 (1,1)	0,89
Диссекция артерии, n (%)	10 (3,2)	14 (2,1)	0,30

Количественные данные представлены как Ме (25%; 75%); КС – коронарное стентирование; ЛКА – левая коронарная артерия; ПМЖА – передняя межжелудочковая артерия; ОА – огибающая артерия; ПКА – правая коронарная артерия; SYNTAX – SYnergy between PCI with TAXUS™ and Cardiac Surgery.

реже – стенозы передней межжелудочковой ветви. В исследовании Wang Y с соавт. была обнаружена схожая ассоциация, однако эти различия не достигали критериев статистической значимости из-за небольшого количества обследованных пациентов (n=109) [21]. Сложно сказать, влияет ли тип личности D на топику поражения коронарных артерий непосредственно или через какие-то другие факторы. На наш взгляд, данный вопрос требует дальнейшего уточнения.

Таким образом, наши результаты подтверждают данные о том, что тип личности D не является индикатором тяжести ИБС, а рассматривается обычно как общая предрасположенность к психологическому дистрессу, что ухудшает качество жизни больных и, возможно, прогноз, но не влияет на клинические особенности [7]. Косвенно на более плохой прогноз у пациентов с типом личности D в нашем исследовании указывает то, что эти пациенты чаще имели 2 и более перенесенных ИМ в анамнезе. Однако мы не получили убедительных данных о влиянии типа личности D на прогноз у пациентов после КС в течение одного года после операции. В то же время последние проспективные исследования показали, что тип личности D увеличивает риск смерти, в том числе и у пациентов, перенесших КС [22]. Одной из возможных причин, объясняющей полученные нами данные, служит тот факт, что опросник DS14 был разработан в Нидерландах для пациентов с западным стилем общения. В то время как при попытке адаптации опросника DS14 в некоторых не западных странах, авторы отмечают возникновение определенных трудностей, связанных с наличием культурологических особенностей в стилях общения [23, 24]. В частности, респонденты отвечая на вопрос 3 шкалы DS14 «I often talk to strangers» («Я часто разговариваю с незнакомцами»), крайне редко выбирают положительный ответ, что приводит к нарушению внутренней согласованности опросника и переоценке степени социального ингибирования [25]. В нашем предыдущем исследовании мы столкнулись с такой же проблемой, что, по всей видимости, означает, что наши соотечественники не привыкли разговаривать с незнакомыми людьми на улице [26]. Таким образом, при использовании стандартного опросника DS14 повышается вероятность ложноположительного результата при определении типа личности D, что может сказаться на точности оценки прогноза.

Следует отметить, что в последних исследованиях также было отмечено отсутствие влияния типа личности D на риск смерти от всех причин у кардиологических пациентов [27]. Возможно, это связано с тем, что тревожные пациенты, которые, как правило, имеют высокий показатель по шкале

Таблица 4. Относительный риск и 95% ДИ наступления конечной точки в зависимости от типа личности D и его компонентов*

Конечные точки	Тип личности D	Негативная аффективность	Социальное ингибирование
Смерть от всех причин	0,56 (0,21–1,54)	0,97 (0,91–1,04)	1,00 (0,93–1,08)
Смерть от ССЗ	0,62 (0,22–1,76)	0,98 (0,91–1,06)	1,01 (0,93–1,09)
ИМ	0,91 (0,48–1,70)	0,97 (0,92–1,02)	0,99 (0,95–1,05)
Нефатальный ИМ	1,33 (0,57–3,12)	0,97 (0,90–1,05)	0,98 (0,91–1,06)
Нестабильная стенокардия	1,27 (0,71–2,26)	1,01 (0,96–1,07)	1,01 (0,96–1,06)
Инсульт	2,24 (0,51–9,84)	1,12 (0,97–1,29)	1,01 (0,88–1,16)

* – мультивариантная модель.

NA опросника DS14, склонны чаще обращаться за медицинской помощью и соответственно более тщательно следовать врачебным рекомендациям [28]. Существует точка зрения в литературе, согласно которой тип личности D является недостаточным прогностическим фактором в отношении риска смерти от всех причин, в то время как в отношении риска возникновения смертельных и не смертельных сердечно-сосудистых осложнений сохраняет свое прогностическое значение [29]. Есть исследования, в которых показана высокая прогностическая роль типа личности D только в молодом возрасте [30], в то время как в старшем возрасте тип личности D утрачивает свое прогностическое значение [29]. В настоящее время также остается открытым вопрос о влиянии типа личности D на прогноз пациентов в зависимости от культурологических норм поведения и типах эмоционального реагирования в различных национальных и этнических группах.

Выводы

Среди пациентов с ИБС, перенесших КС, тип личности D наблюдался у 31,8% больных. Связи между наличием типа личности D и тяжестью клинического проявления ИБС, а также непосредственными и отдаленными результатами КС обнаружено не было.

Конфликт интересов не заявляется.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Ogilvie RP, Everson-Rose SA, Longstreth WT, Rodriguez CJ, Diez-Roux AV, Lutsey PL. Psychosocial Factors and Risk of Incident Heart Failure: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Circulation: Heart Failure*. 2016; 9(1): e002243. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002243
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005;45(5):637–51. DOI: 10.1016/j.jacc.2004.12.005



СПАСИТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ, КОГДА РИСК ОЧЕНЬ ВЫСОК

Применение препарата Репата снижает риск сердечно-сосудистых событий на 20% (инфаркт миокарда, инсульт, сердечно-сосудистая смерть) у пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сохраняющимся высоким уровнем ХС-ЛПНП на терапии статинами*

*Пациенты после ИМ, инсульта и с атеросклеротическими заболеваниями сосудов нижних конечностей исходно получали максимально переносимую дозу статинов ± эзетимиб. ХС-ЛПНП = холестерин липопротеинов низкой плотности

Sabatine et al. 2017

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННОМ ПРЕПАРАТЕ РЕПАТА (ЭВОЛОКУМАБ) РАСТВОР ДЛЯ ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ 140 МГ/МЛ ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА.

Регистрационный номер: ЛП-003574

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Эволокумаб является полностью человеческим моноклональным иммуноглобулином G2 (IgG2), который избирательно соединяется с пропротеин конвертазой субтилизин/кексин типа 9 (PCSK9), предотвращая PCSK9-опосредованный распад рецепторов липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и приводит к снижению сывороточной концентрации холестерина ЛПНП (ХС-ЛПНП). Было показано, что у пациентов с первичной гиперхолестеринемией и смешанной дислипидемией эволокумаб снижал ХС-ЛПНП до 75%, а также общий холестерин (ОХ), аполипротеин В (АпоВ), холестерин липопротеинов невысокой плотности, холестерин липопротеинов очень низкой плотности, триглицериды и липопротеин (а), одновременно повышал холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и аполипротеин А1 (АпоА1), улучшая соотношение ОХ/ХС-ЛПВП и АпоВ/АпоА1. Регресс коронарного атеросклероза отмечался у 64% пациентов, получавших препарат Репата. Кроме этого, было показано, что Репата значительно снижала риск сердечно-сосудистых событий (смерть по сердечно-сосудистой причине, ИМ, инсульт, необходимость проведения процедуры коронарной реваскуляризации или госпитализации по причине нестабильной стенокардии) у взрослых с диагностированными атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Относительный риск МАСЕ (смерть по сердечно-сосудистой причине, ИМ или инсульт) был достоверно снижен на 20%.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: 1) Диагностированные сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом (инфаркт миокарда, инсульт или заболевания артерий нижних конечностей) Репата назначается взрослым с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений посредством

снижения концентрации ХС-ЛПНП, в дополнение к коррекции других факторов риска (в комбинации с максимально переносимой дозой статина, или в комбинации с максимально переносимой дозой статина и другой гиполипидемической терапией, а также в монотерапии или в комбинации с другой гиполипидемической терапией у пациентов с непереносимостью статинов или имеющих противопоказания к их применению); 2) Гиперхолестеринемия и смешанная дислипидемия Репата назначается взрослым с первичной гиперхолестеринемией (гетерозиготной семейной и несемейной) или со смешанной дислипидемией в качестве дополнения к диете (в комбинации со статином и другой гиполипидемической терапией у пациентов, не достигших целевых уровней ХС-ЛПНП при максимально переносимой дозе статина, а также в монотерапии или в комбинации с другой гиполипидемической терапией у пациентов с непереносимостью статинов, или имеющих противопоказания к их применению); 3) Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия (гоСГХС) Репата назначается взрослым и подросткам в возрасте 12 лет и старше с гомозиготной семейной гиперхолестеринемией в комбинации с другой гиполипидемической терапией.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; детский возраст до 18 лет при первичной гиперхолестеринемии и при смешанной дислипидемии (эффективность и безопасность не установлены); детский возраст до 12 лет при гомозиготной семейной гиперхолестеринемии (эффективность и безопасность не установлены).

ОСТОРОЖНОСТЬЮ: тяжелые почечная и печеночная (класс С по классификации Чайлд-Пью) недостаточность; беременность и период грудного вскармливания (неизвестно, выделяется ли эволокумаб с грудным молоком).

ПОДРОБНЫЕ ИНСТРУКЦИИ ПО СПОСОБУ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗАМ

ПРИВЕДЕННЫ В ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ, ПОЖАЛУЙСТА, ПЕРЕД НАЧАЛОМ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ПО ПРЕПАРАТУ.

Диагностированное сердечно-сосудистое заболевание атеросклеротического генеза или первичная гиперхолестеринемия и смешанная дислипидемия у взрослых: рекомендуемая доза составляет 140 мг каждые 2 недели или 420 мг раз в месяц подкожно, обе дозы являются клинически эквивалентными. **Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия** взрослым и подросткам в возрасте от 12 лет: первоначальная доза составляет 420 мг раз в месяц подкожно. После 12 недель лечения частота дозирования может быть увеличена до 420 мг раз в 2 недели, если клинического ответа не наблюдается. Информация по применению у отдельных групп пациентов и инструкции по введению препарата приведены в полной версии инструкции по применению препарата Репата.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ: К наиболее частым нежелательным реакциям в регистрационных исследованиях относились: назофарингит, инфекции верхних дыхательных путей, боль в спине, артралгия, грипп и реакции в месте инъекции. Профиль безопасности в популяции Го-СГХС аналогичен таковому у пациентов с первичной гиперхолестеринемией и смешанной дислипидемией.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ: не требуется коррекции доз статинов при одновременном назначении с препаратом Репата.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: перед началом терапии препаратом Репата следует оценить возможные вторичные причины гиперлипидемии или смешанной дислипидемии (например, нефротический синдром и гипотиреоз) и предпринять меры для адекватного контроля ассоциированных заболеваний (см. также раздел «ОСТОРОЖНОСТЬЮ»).

За дополнительной информацией по препарату, пожалуйста, обращайтесь:

ООО «Амджен»:
Россия, 123317, Москва,
Пресненская наб., д. 8, стр. 1, 7-й эт.
Тел.: +7 (495) 745-0478, факс: +7 (499) 995-19-65

RU-P-145-0819-077095

AMGEN

Cardiovascular

3. Von Känel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk – current opinion. *Swiss Medical Weekly*. 2012; DOI: 10.4414/sm.w.2012.13502
4. Medvedev V.E. Personality of a patient as a morbidity factor for coronary heart disease. *Cardiology and cardiovascular surgery*. 2010;3(5):18–23. [Russian: Медведев В.Э. Личность пациента как фактор заболеваемости ишемической болезнью сердца. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2010;3(5):18–23]
5. Grande G, Romppel M, Barth J. Association Between Type D Personality and Prognosis in Patients with Cardiovascular Diseases: a Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2012;43(3):299–310. DOI: 10.1007/s12160-011-9339-0
6. O'Dell KR, Masters KS, Spielman GL, Maisto SA. Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011;71(4):199–206. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2011.01.009
7. Sumin A.N., Raikh O.I., Karpovich A.V., Korok E.V., Bezdenezhnykh A.V., Bokhan I.E. et al. Personality types in patients with atherosclerosis of different localization: prevalence and clinical features. *Clinical Medicine*. 2012;90 (4):43–9. [Russian: Сумин А.Н., Райх О.И., Карпович А.В., Корок Е.В., Безденежных А.В., Бохан Я.Е. и др. Тип личности у больных атеросклерозом разной локализации: распространенность и клинические особенности. *Клиническая медицина*. 2012;90(4):43–9. PMID: 22896980]
8. Sumin A.N., Gaifulin R.A., Moskin M.G., Korok E.V., Shceglova A.V., Raikh O.I. et al. Quality of Life of Patients After Coronary Bypass Surgery: Effect of Age and Personality Type D. *Kardiologia*. 2013;53 (9):68–76. [Russian: Сумин А.Н., Гайфулин Р.А., Москин М.Г., Корок Е.В., Щеглова А.В., Райх О.И. и др. Качество жизни больных после коронарного шунтирования: влияние возраста и типа личности D. *Кардиология*. 2013;53(9):68–76]
9. Sumin A. N., Raikh O.I., Gaifulin R.A., Korok E.V., Bezdenezhnykh A.V., Ivanov S.V. et al. Predisposition to Psychological Distress in Patients After Coronary Bypass Surgery: Relation to One Year Prognosis. *Kardiologia*. 2015;55 (10):76–82. [Russian: Сумин А.Н., Райх О.И., Гайфулин Р.А., Корок Е.В., Безденежных А.В., Иванов С.В. и др. Предрасположенность к психологическому дистрессу у больных после коронарного шунтирования: взаимосвязь с годовым прогнозом. *Кардиология*. 2015;55(10):76–82]
10. Sumin A.N., Raikh O.I., Indukaeva E.V., Artamonova G.V. Prevalence of type D personality and its association with cardiovascular diseases and their risk factors according to the ESSE study conducted in Kemerovo region. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2015;11 (3):261–6. [Russian: Сумин А.Н., Райх О.И., Индукаева Е.В., Артамонова Г.В. Распространенность типа личности D и связь с наличием и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний по данным исследования ЭССЕ в Кемеровской области. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2015;11(3):261–6]
11. Pushkarev G.S., Kuznetsov V.A., Yaroslavskaya E.I., Bessonov I.S., Pushkarev GS, Kuznetsov VA et al. Functional social support for patients with ischemic heart disease after coronary stenting. *Russian Heart Journal*. 2017;16 (1):66–72. [Russian: Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И., Бессонов И.С. Функциональная социальная поддержка у больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное стентирование. *Сердце: журнал для практикующих врачей*. 2017;16(1):66–72]. DOI: 10.18087/rhj.2017.1.2274
12. Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, Afila J, Armstrong A, Ernande L et al. Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *Journal of the American Society of Echocardiography*. 2015;28(1):1–39.e14. DOI: 10.1016/j.jecho.2014.10.003
13. Denollet J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67(1):89–97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
14. Medik V.A., Tokmachev M.S. Mathematical statistics in medicine. – M.: Finance and statistics; 2007. – 798 p. [Russian: Медик В.А., Токмачев М.С. Математическая статистика в медицине. – М.: Финансы и статистика; 2007. – 798с]. ISBN 978-5-279-03195-5
15. Sumin A.N. Behavioral Type D Personality (Distressor) in Cardiovascular Diseases. *Kardiologia*. 2010;50 (10): 66–73. [Russian: Сумин А.Н. Поведенческий тип личности D (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Кардиология*. 2010;50(10):66–73]
16. Staniute M, Brozaitiene J, Burkauskas J, Kazukauskienė N, Mickuviene N, Bunevicius R. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13(1):1. DOI: 10.1186/s12955-014-0204-2
17. Mommersteeg PM, Kupper N, Denollet J. Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample. *BMC Public Health*. 2010;10(1):714. DOI: 10.1186/1471-2458-10-714
18. Molloy GJ, Perkins-Porras L, Strike PC, Steptoe A. Type-D Personality and Cortisol in Survivors of Acute Coronary Syndrome. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(8):863–8. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181842e0c
19. Lamers F, Vogelzangs N, Merikangas KR, de Jonge P, Beekman ATF, Penninx BWJH. Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. *Molecular Psychiatry*. 2013;18(6):692–9. DOI: 10.1038/mp.2012.144
20. Yu X, Chen Z, Zhang J, Liu X. Coping Mediates the Association Between Type D Personality and Perceived Health in Chinese Patients with Coronary Heart Disease. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2011;18(3):277–84. DOI: 10.1007/s12529-010-9120-y
21. Wang Y, Zhao Z, Gao X, Li L, Liu G, Chen W et al. Type D Personality and Coronary Plaque Vulnerability in Patients with Coronary Artery Disease: An Optical Coherence Tomography Study. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78(5):583–92. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000307
22. Pedersen SS, Lemos PA, van Vooren PR, Liu TTK, Daemen J, Erdman RAM et al. Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation: a Rapamycin-Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry substudy. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004;44(5):997–1001. DOI: 10.1016/j.jacc.2004.05.064
23. Weng C-Y, Denollet J, Lin C-L, Lin T-K, Wang W-C, Lin J-J et al. The validity of the Type D construct and its assessment in Taiwan. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):46. DOI: 10.1186/1471-244X-13-46
24. Lim HE, Lee M-S, Ko Y-H, Park Y-M, Joe S-H, Kim Y-K et al. Assessment of the Type D Personality Construct in the Korean Population: A Validation Study of the Korean DS14. *Journal of Korean Medical Science*. 2011;26(1):116. DOI: 10.3346/jkms.2011.26.1.116
25. Bai JY, Zhao XR, Xu XF. Reliability and validity of the Type D personality scale in Chinese. *Chinese Mental Health Journal*. 2007;21(5):329–332
26. Pushkarev G.S., Kuznetsov V.A., Yaroslavskaya E.I., Bessonov I.S. Reliability and validity of Russian version of DS14 score for ischemic heart disease patients. *Russian Journal of Cardiology*. 2016;134(6):50–4. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-6-50-54
27. Coyne JC, Jaarsma T, Luttik M-L, van Sonderen E, van Veldhuisen DJ, Sanderman R. Lack of Prognostic Value of Type D Personality for Mortality in a Large Sample of Heart Failure Patients. *Psychosomatic Medicine*. 2011;73(7):557–62. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318227ac75
28. Grande G, Romppel M, Vesper J-M, Schubmann R, Glaesmer H, Herrmann-Lingen C. Type D Personality and All-Cause Mortality in Cardiac Patients-Data from a German Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*. 2011;73(7):548–56. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318227a9bc
29. Kupper N, Denollet J. Explaining heterogeneity in the predictive value of Type D personality for cardiac events and mortality. *International Journal of Cardiology*. 2016; 224:119–24. DOI: 10.1016/j.ijcard.2016.09.006
30. Denollet J, Tekle FB, van der Voort PH, Alings M, van den Broek KC. Age-Related Differences in the Effect of Psychological Distress on Mortality: Type D Personality in Younger versus Older Patients with Cardiac Arrhythmias. *BioMed Research International*. 2013; 2013: 246035. DOI: 10.1155/2013/246035

Статья поступила 11.12.18 (Received 11.12.18)