

**СВЯЗЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА
С ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА**

Кожокарь К.Г.¹, Урванцева И.А.¹, Николаев К.Ю.²

¹*Бюджетное учреждение ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», 628400, г. Сургут, ул. Ленина 69/1,*
²*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», 630089, г. Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, 175/1*

АННОТАЦИЯ

Целью настоящего исследования явилось изучение связей тяжести коронарного атеросклероза, оцененного по шкале SYNTAX, с психосоциальными факторами у пациентов с острым коронарным синдромом, проживающих в условиях Севера. Было обследовано 269 последовательных пациентов (женщины n=57, мужчины n=212) с острым коронарным синдромом, средний возраст 56,0±6,1 лет (45-64 лет). Выявлен более высокий уровень потребления алкоголя по шкале AUDIT у пациентов с выраженным поражением коронарного русла в сравнении с незначительным и умеренным (p=0,03). Обнаружены прямые связи тяжести поражения коронарного русла с общим холестерином (r=0,15, p<0,05) и холестерином липопротеинов низкой плотности (r=0,15, p<0,05) в группе пациентов с выраженным поражением коронарного русла. С помощью бинарной логистической регрессии установлено, что низкий уровень инструментальной поддержки в 2,16 раза увеличивает риск наличия тяжелого коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX (p=0,02), а возраст (p=0,06) и мужской пол (p=0,94) существенно не влияли на вышеуказанную зависимую переменную.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, психосоциальные факторы, тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX.

ВВЕДЕНИЕ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти населения России [1,2]. Согласно данным официальной статистики, около 40% людей в России умирают в трудоспособном возрасте (25-64 года) [3]. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующее место среди причин смертности от болезней системы кровообращения (БСК) (82,3% в структуре смертности от БСК по данным 2009 г.) [4]. Огромный вклад в долю смертности от ИБС вносит острый коронарный синдром (ОКС), включающий нестабильную стенокардию и инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом или без подъема сегмента ST на ЭКГ [5]. Для больных после перенесенного острого коронарного события особен-

но высок риск развития повторных ишемических событий, что было доказано в крупных исследованиях (ISIS-4 (Fourth International Study of Infarct Survival), GISSI-3 (Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto Miocardico), DIGAMI (Diabetes Mellitus Insulin Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction)). Предупреждение острых коронарных событий имеет важную медицинскую и социальную значимость практически для всех стран с высоким уровнем экономического развития. Основной научной базой профилактики сердечно-сосудистых заболеваний остается концепция факторов риска — выявление и коррекция факторов, способствующих развитию и прогрессированию заболевания. Результаты крупномасштабных международных иссле-

Кожокарь Кристина Георгиевна: врач-кардиолог Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», аспирант кафедры кардиологии МИ Сургутского государственного университета; адрес: 628400, г. Сургут, ул. Ленина 69/1, тел. 8 (912) 8155942, krisamber8@gmail.com.

Урванцева Ирина Александровна: к.м.н., главный врач Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», адрес: 628400, г. Сургут, ул. Ленина 69/1, тел. 8 (3462) 528500, priem@okd.ru.

Николаев Константин Юрьевич: д.м.н., профессор, заведующий лабораторией неотложной терапии НИИТПМ, адрес: 630089, г. Новосибирск, ул. Бориса Богаткова 175/1, тел. 8 (383)-373-04-12, nikolaevky@yandex.ru.

Адрес для корреспонденции:

628400, г. Сургут, ул. Ленина 69/1, Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Кожокарь Кристина Георгиевна, e-mail: krisamber8@gmail.com, тел. +7-912-815-59-42.

дований показали, что психосоциальные факторы относятся к 6 важнейшим, определяющим риск развития острых коронарных событий [6]. Множество данных указывает на взаимосвязь психосоциальных факторов и атеротромбоза, реализующегося посредством активации процессов воспаления независимо от традиционных факторов риска [7]. Необходимо подчеркнуть, что большое количество работ, проведенных в течение последних 20 лет, свидетельствует о значительном интересе исследователей к проблеме влияния данных факторов риска на развитие и течение острого коронарного синдрома [8]. Тяжесть поражения коронарного русла, оцениваемая по шкале SYNTAX, является независимым прогностическим фактором неблагоприятного прогноза при развитии острого коронарного синдрома [9]. В изученной литературе в настоящее время не представлены данные по оценке связей данного параметра с психосоциальными факторами. Целью настоящего исследования явилось изучение связей тяжести коронарного атеросклероза, оцененного по шкале SYNTAX, с психосоциальными факторами у пациентов с острым коронарным синдромом, проживающих в условиях Севера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 269 последовательных пациентов ($n=57$, 21,2% женщины, $n=212$, 78,8% — мужчины), поступивших в БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» в 2015-2016 г. с острым коронарным синдромом (при поступлении пациентам в соответствии с общепринятыми критериями были диагностированы нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда). Средний возраст пациентов составил $56,0 \pm 6,1$ лет (45-64 лет).

Исследование включало в себя комплекс диагностических манипуляций: выполнение лабораторных и инструментальных методов обследования (общий анализ крови, развернутый биохимический анализ крови, коронарография, эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ). На основании данных коронарографии проводилась оценка тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX (поражение коронарного русла по шкале SYNTAX у пациентов рассчитывалось ретроспективно по результатам ранее проведенной коронарографии двумя независимыми специалистами в соответствии с алгоритмом расчета этого показателя) [10]; производился расчёт оценки вероятной госпитальной летальности по шкалам TIMI и Grace, для оценки применялись стандартные калькуляторы данных шкал. Анализировалось время поступления пациента в стационар с момента возникновения болевого синдрома. Выполнялось анкетирование пациентов по специально разработанному опроснику, состоящему из нескольких блоков:

общих вопросов (возраст, пол, длительность проживания в условиях Севера, семейное положение, образование, характер занятости, уровень доходов); теста «AUDIT» [11], использовавшегося для оценки употребления алкоголя; оценки психологического состояния личности (применялись валидизированный опросник социальной поддержки F-SOZU-22, включающий оценку уровня эмоциональной и инструментальной поддержки, социальной интеграции, удовлетворенность социальной поддержкой и общий уровень социальной поддержки [12]; шкала тревожности Спилбергера-Ханина, определяющая уровни личностной и ситуативной тревожности, при интерпретации показателей использованы ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов — низкая, 31-44 балла — умеренная; 45 и более — высокая [13]; тест инверсии эмоционального отражения) [14]. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов статистики в программах Microsoft Excel и SPSS версии 22. Определялся характер распределения количественных признаков методом Колмогорова-Смирнова. В случае нормального распределения вычислялось среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). При сравнении двух нормально распределенных выборок использовался t-тест Стьюдента. При отсутствии нормального распределения вычислялись медиана (Me), 25% и 75% процентиля (25%; 75%). Связи между признаками оценивались путем вычисления коэффициента корреляции Спирмена (r). При оценке качественных признаков использовался критерий χ^2 . Для многофакторного анализа применялись бинарная логистическая регрессия и парциальный корреляционный анализ. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимался равным 0,05. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом по месту его проведения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Вся группа пациентов ($n=269$) была разделена на кватили в соответствии с уровнем показателей по шкале SYNTAX. Определено, что верхнему кватилу соответствуют значения шкалы SYNTAX 19,5 баллов и более. На основании данного деления было сформировано две группы пациентов: с незначительным и умеренным (0-19,5 баллов по шкале SYNTAX) и выраженным атеросклеротическим поражением коронарного русла (более 19,5 баллов по шкале SYNTAX). Клиническая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1. Достоверных различий между группами пациентов по возрасту, мужскому полу, времени с момента возникновения болевого синдрома до поступления в ОКД «ЦД и ССХ» и диагнозу при поступлении не было вы-

Клиническая характеристика пациентов

Показатель		Пациенты с умеренным поражением коронарного русла (1)	Пациенты с выраженным поражением коронарного русла (2)	P (1-2)
Численность группы, n (%)		203 (75,5%)	66 (24,5%)	
Возраст (лет)		57 (52; 61)	57 (52; 61)	0,534
Мужчины, n (%)		160 (78,8%)	52 (78,8%)	0,842
Женщины, n (%)		43 (21,2%)	14 (21,2%)	
Время с момента появления болевого синдрома до поступления	В первые 2 часа, n (%)	128 (63,1%)	54 (81,8%)	0,276
	В течение 7-24ч, n (%)	32 (15,8%)	4 (6,1%)	
	Позднее 24 ч, n (%)	43 (21,1%)	8 (12,1%)	
Диагноз при поступлении	Нестабильная стенокардия, n (%)	93 (45,8%)	27 (40,9%)	0,154
	Инфаркт миокарда, n (%)	110 (54,2%)	38 (59,1%)	

явлено ($p > 0,05$). В сравниваемых группах проводился анализ распространённости психосоциальных факторов риска, их характеристика представлена в таблице 2. Высокая личностная тревожность (более 45 баллов по шкале Спилберга-Ханина) в группе лиц с выраженным поражением коронарного русла выявлена у 22,7% пациентов в сравнении 15,3% в группе с умеренным поражением ($p = 0,24$), аналогичные результаты получены при оценке ситуативной тревожности (9,1% и 5,0%, $p = 0,44$). При оценке семейного положения обнаружено статистически незначимое ($p > 0,05$) преобладание лиц, не состоящих в браке в группе с выраженным поражением коронарного русла. При оценке уровня образования, характера занятости и уровня доходов не было выявлено статистически значимой разницы в группах обследуемых пациентов ($p > 0,05$). Выявлен более высокий уровень потребления алкоголя по шкале AUDIT у пациентов с выраженным поражением коронарного русла в сравнении с незначительным и умеренным: 4 (Me), 2,5 и 8 (25%;75%) и 3 (Me), 2 и 5 (25%;75%) соответственно, $p = 0,03$. Количество выявленных инверсий эмоционального отражения и абсолютные показатели социальной поддержки в обеих группах оказались сопоставимы ($p > 0,05$).

По результатам корреляционного анализа выявлены положительные ассоциации женского пола с ситуативной и личностной тревожностью у пациентов в обеих подгруппах; определены обратные корреляции ситуативной тревожности и наличия высшего образования в группах (таблица 3). Мужской пол прямо ассоциирован с уровнем потребления алкоголя по шкале AUDIT в группах с высоким и умеренным

атеросклеротическим поражением ($r = 0,26$, $p < 0,05$ и $r = 0,33$, $p < 0,001$ соответственно). Обнаружены прямые связи тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX с общим холестерином ($r = 0,15$, $p < 0,05$) и липопротеинами низкой плотности ($r = 0,15$, $p < 0,05$) в группе пациентов с выраженным поражением коронарного русла. Вероятность госпитальной летальности по шкале коррелирует с тяжестью поражения коронарного русла по шкале SYNTAX у пациентов с умеренным проявлением атеросклероза ($r = 0,34$, $p < 0,001$), в группе с выраженным атеросклеротическим поражением выявлена ассоциация меньшей силы ($r = 0,26$, $p < 0,05$). Получена обратная связь уровня доходов с общим холестерином и холестерином липопротеинов низкой плотности у пациентов с выраженным поражением коронарного русла ($r = -0,28$, $p < 0,05$ и $r = -0,33$, $p < 0,05$ соответственно), в группе лиц с умеренным атеросклеротическим поражением достоверной ассоциации между показателями не получено. Семейный статус обратно ассоциирован с количеством выявленных инверсий в группе пациентов с выраженным поражением коронарного русла ($r = -0,27$, $p < 0,05$).

С помощью бинарной логистической регрессии (универсальный критерий модели логистической регрессии $\chi^2 = 5,92$, $p = 0,01$) установлено, что низкий уровень инструментальной поддержки (менее 14 баллов) в 2,16 раза увеличивает риск наличия тяжелого коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX (CI 1,15-4,05, $p = 0,02$). В выборке определено, что возраст ($p = 0,06$) и мужской пол ($p = 0,94$) существенно не влияли на вышеуказанную зависимую переменную.

Характеристика психосоциальных факторов

Показатель		Пациенты с умеренным поражением коронарного русла (1), n=203	Пациенты с выраженным поражением коронарного русла (2) n=66	P (1-2)
Личностная тревожность	Низкая, n (%)	67 (33,0%)	15 (22,7%)	>0,05
	Средняя, n (%)	105 (51,7%)	36 (54,6%)	
	Высокая, n (%)	31 (15,3%)	15 (22,7%)	
Ситуативная тревожность	Низкая, n (%)	103 (50,7%)	27 (40,9%)	>0,05
	Средняя, n (%)	90 (44,3%)	33 (50,0%)	
	Высокая, n (%)	10 (5,0%)	6 (9,1%)	
Семейное положение	Состоит в браке, n (%)	144 (70,9%)	41 (62,1%)	>0,05
	Не состоит в браке, n (%)	59 (29,1%)	25 (37,9%)	
Образование	Высшее профессиональное, n (%)	62 (30,5%)	25 (39,9%)	>0,05
	Неполное высшее профессиональное, n (%)	4 (1,9%)	1 (1,5%)	
	Среднее профессиональное	77 (37,9%)	27 (40,9%)	
	Среднее (полное) общее, n (%)	60 (29,7%)	13 (17,7%)	
Занятость	Постоянная/временная работа, n (%)	97 (47,8%)	29 (43,9%)	>0,05
	Пенсионер/инвалид, n (%)	83 (40,9%)	30 (45,5%)	
	Не работает, n (%)	23 (11,3%)	7 (10,6%)	
Уровень доходов	Менее 1 ПМ*, n (%)	15 (7,4%)	3 (4,5%)	>0,05
	От 1 до 3 ПМ, n (%)	138 (67,9%)	47 (61,3%)	
	От 3 до 4 ПМ, n (%)	13 (6,4%)	3 (6,5%)	
	От 4 до 5 ПМ, n (%)	14 (6,9%)	8 (8,1%)	
	Более 5 ПМ, n (%)	23 (11,4%)	5 (9,6%)	
Инверсия эмоционального отражения (бб)		8 (4; 13)	8 (4; 13)	0,441
Уровень употребления алкоголя по шкале AUDIT (бб)		3 (2; 5)	4 (2,5; 8)	0,032
Эмоциональная поддержка (бб)		36 (32,7; 40)	36 (32; 40)	0,329
Инструментальная поддержка (бб)		16 (14; 17)	16 (14; 17)	0,911
Социальная интеграция (бб)		23 (20; 27)	23 (20; 27)	0,754
Удовлетворенность социальной поддержкой (бб)		6 (4; 7)	6 (4; 7)	0,380

Примечание: * - прожиточный минимум.

ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании определено, что у пациентов с острым коронарным синдромом тяжесть поражения коронарного русла зависит от показателей липидного спектра (уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности). Полученные данные полностью согласуются с пред-

ставлениями «липидно-инfiltrационной» теории атеросклероза [15].

В результатах исследований, проведенных за последние годы, обнаружены убедительные данные влияния психологических факторов на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Российскими учеными обнаружено, что высокий уро-

Корреляционные связи показателей

Ассоциации показателей	Пациенты с умеренным поражением коронарного русла		Пациенты с выраженным поражением коронарного русла	
	г	р	г	р
Женский пол – ситуативная тревожность	0,22	<0,01	0,25	<0,04
Женский пол – личностная тревожность	0,23	<0,01	0,28	<0,02
Мужской пол – потребление алкоголя по шкале AUDIT	-0,33	<0,001	-0,26	<0,05
Низкий уровень инструментальной поддержки – тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX	н/д*	>0,05	0,15	<0,05
Тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX – ОХС**	н/д	>0,05	0,15	<0,05
Тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX – ЛПНП***	н/д	>0,05	0,15	<0,05
Тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX - вероятность госпитальной летальности по шкале Ggase	0,34	≤0,001	0,26	<0,05
Уровень дохода – ОХС	н/д	>0,05	-0,28	<0,05
Уровень дохода – ЛПНП	н/д	>0,05	-0,33	<0,01
Состояние в браке – количество инверсий	н/д	>0,05	-0,27	<0,05
Образование – ситуативная тревожность	-0,32	<0,001	-0,4	<0,01

Примечание: * – достоверной ассоциации между показателями не получено, ** - общий холестерин, *** липопротеины низкой плотности.

вень тревожности распространен в популяции мужчин 25-64 лет Западной Сибири (распространенность составляет 50,9%); высокий уровень тревожности у данной группы пациентов дает максимальный риск развития ИМ в течение 10 лет, минимальный – в течение первых 5 лет [16]. Установлено, что патофизиологические механизмы данных факторов реализуются прямым (физиологическим) и косвенным (поведенческим) путем. Если первый выражается через изменения функционирования нейроэндокринной системы, то второй через паттерны разрушительного поведения: нарушение питания, курение, алкоголизацию [17]. В работе отечественных авторов сообщается, что заболевания, ассоциированные с употреблением алкоголя, имели место у 7-20% больных стационара скорой медицинской помощи, а хроническая алкогольная интоксикация являлась фоновым заболеванием у 15% мужчин и 5% женщин в кардиологических отделениях многопрофильного стационара [18]. В проведенном нами исследовании обнаружена значимая связь уровня потребления алкоголя (оцениваемого на основании шкалы AUDIT) с выраженностью коронарного атеросклероза. Один из вероятных механизмов реализации данного влия-

ния рассматривается Корякиным А.М. и соавт.: авторы описывают развитие эндотелиальной дисфункции, проявляющейся повышением уровня оксида азота и эндотелина-1 в крови у больных хроническим алкоголизмом [19].

Острый коронарный синдром сопровождается развитием психопатологических нарушений и снижением качества жизни [20]. Психопатологические состояния в большинстве случаев становятся пусковыми факторами для формирования нездоровых поведенческих стереотипов, социальной изоляции, нарушения социальной адаптации и поддержки. В отечественных исследованиях установлено, что такие психологические особенности, как агрессия, враждебность, депрессия, чувство обиды, у большинства пациентов с ИБС возрастают соответственно увеличению тяжести клинической формы болезни, одновременно являясь следствием тяжелой соматической патологии (соматопсихические влияния) и психологическими факторами риска развития негативной клинической динамики заболевания (психосоматические влияния) [21]. Социальная поддержка является важной характеристикой функционирования личности, представляя собой

сеть социальных контактов, систему межличностных отношений, выступающих в роли ресурса для личности в трудных жизненных ситуациях. Многие западные исследователи в своих работах отмечают четкую связь между социальной поддержкой и прогнозом ССЗ [22]. Несмотря на значимый вклад уровня социальной поддержки и адаптации в течение и развитие острых ишемических событий, данному вопросу в отечественной литературе, на наш взгляд, уделяется недостаточное внимание. В доступной литературе мы не нашли данных о влиянии показателей социальной поддержки на выраженность проявления коронарного атеросклероза. В проведенном нами исследовании при изучении влияния показателей социальной поддержки была выявлена значимая корреляция низкого уровня инструментальной поддержки с наличием тяжелого коронарного атеросклероза. Полученные нами данные дают основание полагать, что данный фактор риска в совокупности с другими предрасполагающими факторами может рассматриваться в качестве маркера наличия выраженного коронарного атеросклероза у пациентов, проживающих в условиях Севера.

ВЫВОДЫ

1. Тяжесть коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX у пациентов острым коронарным синдромом, проживающих в условиях Севера прямо ассоциирована с общим холестерином и холестерином липопротеинов низкой плотности.

2. Высокий уровень потребления алкоголя по шкале AUDIT у пациентов острым коронарным синдромом, проживающих на Севере прямо связан с тяжестью коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX.

3. Низкий уровень инструментальной поддержки у пациентов с острым коронарным синдромом, проживающих в условиях Севера, существенно увеличивает риск наличия тяжелого коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость населения России в 2007 году. Статистические материалы. — М., 2008. — С. 38.
2. Отева Э. А., Николаева А. А., Егорова Н. А. и др. Подходы к организации первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2002, № 1. — С. 21-23.
3. Bertuccio P., Levi F., Lucchini F. et al. Coronary heart disease and cerebrovascular disease mortality in young adults: recent trends in Europe // *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. — 2011. — Vol. 18. — P. 627-634.
4. Оганов, Р. Г., Масленникова, Г. Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения // *Кардиова-*

скулярная терапия и профилактика. — 2012, № 11 (1) — С. 5-10.

5. Николаева А. А., Николаев К. Ю., Отева Э. А., Гичева И. М. Новые медицинские технологии в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. — Новосибирск: ГПНТБ СО РАН, 2007. — 184с.
6. Yusuf S., Hawken S., Ounpu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study // *Lancet*. — 2004. — Vol. 364, № 9438. — P. 937-952.
7. Hansson G. K. Inflammation, atherosclerosis and coronary artery disease // *N. Engl. J. Med.* — 2005. — Vol. 352. — P. 1685-1695.
8. Николаева А. А., Николаев К. Ю., Отева Э. А. и др. Диагностические технологии при диспансеризации и первичной профилактике хронических неинфекционных заболеваний // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2004, № 2. — С. 55-56.
9. Урванцева И. А., Николаев К. Ю., Милованова Е. В., Воевода М. И. Умеренное и тяжелое поражение коронарного русла по шкале SYNTAX как предиктор осложнений госпитального этапа у пациентов с инфарктом миокарда после эндоваскулярного лечения // *Российский кардиологический журнал*. — 2015, № 3 (119). — С. 89-92.
10. Sianos G, Morel MA, Kappetein AP, et al. The SYNTAX score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease // *EuroIntervention*. 2005. Vol. 1, № 2. P. 219-227.
11. Шурыгина Ю. Ю. Научно-практические основы здоровья. [Электронный ресурс] // *медпортал.com: информ.— справочный портал*. М., 2009. URL: http://медпортал.com/valeologiya_738/nauchno-prakticheskie-osnovyi.html (дата обращения: 02.08.2016).
12. Холмогорова А. Б. Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах. — Москва ФГУ «МНИИП Федерального агентства по здравоохранению и соц. развитию», 2007-17с.
13. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. С. 44-49.
14. Николаева Е. И., Степушкина Н. А., Леутин В. П., Чухрова М. Г. Тестирование инверсии эмоционального отражения при ранней диагностике аддиктивных состояний. Новосибирск: Новосибир. гос. ун-т, 2001. 12с.
15. Бородулин В. И., Тополянский А. В. К научным итогам XX века: роль отечественных исследователей в разработке проблемы атеросклероза // *Клиническая медицина*. — 2013, № 11. — С 70-73.
16. Гафаров В. В., Воевода М. И., Громова Е. А.

- и др. Риск сердечно-сосудистых заболеваний, психосоциальные факторы и их биологические детерминанты (программа ВОЗ «Мониторинг психосоциальная») // Мир науки, культуры, образования.— 2013, № 1(38).— С. 253-255.
17. Киселева М.Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний // Национальный психологический журнал.— 2012, № 1(7).— С 124-130.
18. Остроумова О.Д., Николаева И.Е., Ерегин С.Я. и др. Употребление алкоголя больными сердечно-сосудистыми заболеваниями (результаты анкетирования кардиологических больных в амбулаторной практике) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии.— 2015, № 11(6).— С. 582-589.
19. Корякин А.М., Ещёва Л.А., Дементьева Л.А. и др. Особенности эндотелиальной дисфункции у больных хроническим алкоголем // Сибирский медицинский журнал.— 2011, № 2(26).— С. 66-70.
20. Мартынов А.И., Акатова Е.В., Урлаева И.В. и др. Поведенческий тип А и острый коронарный синдром // Современная терапия в психиатрии и неврологии.— 2005, № 4.— С 46-50.
21. Николаев, Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии.— 2014.— № 10.— С. 109-130.
22. Stringhini, S., Berkman, L., Dugravot A. et al. Socioeconomic status, structural and functional measures of social support and mortality. The British Whitehall II Cohort Study, 1985-2009 // Am. J. of Epidemiology.— 2012.— Vol.175 (12).— P. 1275-1283.

ASSOCIATION OF THE EXPRESSION OF CORONARY ATHEROSCLEROSIS WITH PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME, LIVING IN THE NORTH CONDITIONS

Cojokhar K.G., Urvantseva I.A., Nikolaev K.Y.

The aim of this study was to investigate the connection between coronary atherosclerosis severity, measured on a scale of the SYNTAX with psychosocial factors in patients with acute coronary syndrome who live in the North. The study involved 269 consecutive patients (n = 203, 21.2% female, n = 66, 78.8% — men) with acute coronary syndrome with the average age of $56,0 \pm 6,1$ years (45-64 years). It revealed a high level of alcohol consumption on the AUDIT scale in patients with severe coronary disease compared with mild and moderate (p = 0.03). Direct correlation among severity of coronary lesions, a total cholesterol (r = 0,15, p < 0,05) and low density lipoprotein cholesterol (r = 0,15, p < 0,05) in patients with severe coronary disease were found out. With the help of binary logistic regression it was stated that the low level of instrumentally support increases in 2,16 times the risk of presence of acute coronary syndrome on a scale of the SYNTAX (p = 0,02), however, the age (p = 0.06) and male gender (p = 0.94) did not significantly influence the dependent variable above.

Keywords: acute coronary syndrome, psychosocial factors, the severity of coronary lesions by SYNTAX score.

*Статья поступила 9 августа 2016 г.
Принята в печать 29 августа 2016 г.*