

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ
ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

**Николаева
Ольга Владимировна**

**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД
ПРИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ
РЕГИОНАЛЬНОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

Специальность 19.00.04 – медицинская психология

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Караева Татьяна Артуровна

Санкт-Петербург
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. Современное состояние проблемы медико-психологической помощи больным кардиохирургического профиля.....	13
1.1. Возможности и перспективы персонализированного подхода в медицине.....	14
1.1.1. Содержание персонализированного подхода в медицине	14
1.1.2. Потенциал персонализированного подхода в медицине	16
1.1.3. Персонализированный подход в клинике сердечно-сосудистых заболеваний	18
1.1.4. Персонализированный подход в психотерапии и медико-психологической помощи.....	19
1.2. Медико-психологическая помощь хирургическим больным в связи с оперативным вмешательством.....	22
1.2.1. Психологические воздействия на дооперационном этапе	22
1.2.2. Психологические воздействия на послеоперационном этапе ...	25
1.2.3. Психологические воздействия в периоперационном периоде ...	26
1.3. Психологические характеристики кардиологических больных в контексте медико-психологической помощи.....	28
1.3.1. Роль психосоциальных факторов в кардиологии	29
1.3.2. Психосоциальные вмешательства в кардиологии	32
1.4. Медико-психологическая помощь кардиохирургическим больным в периоперационный период.....	34
1.4.1. Внутренняя картина болезни у кардиохирургических больных.	36
1.4.2. Тревога и депрессия у кардиохирургических больных	38
1.4.3. Когнитивные нарушения у кардиохирургических больных	43
1.4.4. Предоперационные и ранние послеоперационные психологические вмешательства	45
1.4.5. Программы реабилитации кардиохирургических больных.....	50

1.4.6. Динамика восстановления кардиохирургических больных.....	56
1.4.7. Современные подходы в кардиореабилитации	59
1.4.8. Медико-психологическое сопровождение в клинике сердечно-сосудистых заболеваний	61
Глава 2. Материал и методы исследования	67
2.1. Дизайн исследования	67
2.2. Материал исследования	70
2.3. Методы исследования	76
Глава 3. Клинические и психологические характеристики кардиохирургических больных.....	83
3.1. Клинические характеристики кардиохирургических больных.....	83
3.2. Особенности самооценки в ситуации заболевания у кардиохирургических больных.....	93
3.3. Особенности выраженности депрессии и ее проявлений у кардиохирургических больных.....	96
3.4. Особенности враждебности и временной перспективы у кардиохирургических больных	98
3.5. Особенности жизнестойкости и социальной поддержки у кардиохирургических больных	103
3.6. Внутренние взаимосвязи психологических характеристик у кардиохирургических больных	108
Глава 4. Клинико-психологическая специфика кардиохирургических больных с различными видами оперативного вмешательства	112
4.1. Клинико-психологическая специфика кардиохирургических больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце	113
4.2. Клинико-психологическая специфика кардиохирургических больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце	115
4.3. Клинико-психологическая специфика кардиохирургических больных с малоинвазивными операциями на сердце	118
4.4. Специфика психологических корреляционных моделей здоровья у кардиохирургических больных исследовательских групп	120
4.5. Специфика выраженности факторов риска тяжести заболевания и	

психологических ресурсов в клинических группах КХ больных	127
Глава 5. Персонализированный подход при организации медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных ...	139
5.1. Региональный кардиологический диспансер как центр медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных	140
5.2. Основные принципы персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических больных.....	145
5.3. Клинические этапы медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных.....	148
5.4. Методы медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных	160
5.5. Психотерапевтические мишени и персонализированная программа медико-психологического сопровождения	170
5.6. Клинико-организационный алгоритм медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных	179
5.7. Межведомственное междисциплинарное взаимодействие при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических больных	188
5.8. Результаты лонгитудинального клинико-психологического исследования кардиохирургических больных	192
Заключение	213
Выводы	221
Практические рекомендации	224
Список литературы.....	225
Список сокращений	260

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) относятся к группе наиболее распространенной соматической патологии (Незнанов Н.Г., 1984; Townsend N. et al., 2016), заболеваемость которыми нарастает не только в общей популяции (Искаков Е.Б., 2017), но и среди молодых групп населения (Andersson C., Vasan R.S., 2018; Guo X. et al., 2018). Кардиохирургическое (КХ) лечение часто является одним из эффективных способов лечения угрожающих для жизни патологических состояний при ССЗ (Красникова О.В., 2018; Трофимов Н.А. с соавт., 2020). Однако оно также считается сильным стрессовым событием для КХ пациентов (Клюжев В.М. с соавт., 1993), в особенности, если операция выполняется на «открытом» сердце (Киселева М.Г., 2012).

Среди КХ больных широко распространены тревожные и депрессивные состояния (Modica M. et al., 2018; Modica M. et al., 2018; Correa-Rodríguez M et al., 2020), которые с одной стороны связаны с механизмами патогенеза кардиальной патологии (Chauvet-Gelinier J.C., Bonin B., 2017; Allabadi H. et al., 2019), с другой стороны, с ожиданием и последствиями КХ лечения (Kottmaier M. et al., 2017). Недооценка психологического состояния КХ больного (Сирота Н.А. с соавт., 2019), наличия у него признаков тревоги и депрессии может препятствовать нормальному восстановлению после операции (Pruteanu L.M., 2014), сопровождаться негативными послеоперационными состояниями, например, длительно сохраняющейся стеральной болью (Иванов В.А. с соавт., 2018). У КХ пациентов также могут отмечаться когнитивные нарушения (Бокерия Л.А. с соавт., 2011; Oldham M.A. et al., 2018; Correa-Rodríguez M et al., 2020), сохраняющиеся после операции (Еремина Д.А., 2015; Еремина Д.А., Щелкова

О.Ю., 2019), нередко сочетающиеся с депрессивными проявлениями (Чугунова Ю.В. с соавт., 2013).

Стратегии биопсихосоциального подхода, реализуемые в системе комплексного лечения и реабилитации способны во многом улучшить психическое состояние больных, повысить качество их жизни и результативность помощи (Караваяева Т.А., 2010; Незнанов Н.Г., Акименко М.А., 2012; Васильева А.В., 2018; Лутова Н.Б., Коцюбинский А.П., 2020; Михайлов В.А. с соавт., 2021), а научно обоснованные модели психологических и психотерапевтических интервенций все шире внедряются в современной медицине (Бочаров В.В. с соавт., 2013; Вид В.Д., Лутова Н.Б., 2018; Щелкова О.Ю. с соавт., 2021).

Все это обуславливает целесообразность разработки комплексной модели психологической помощи КХ больным, охватывающей весь период лечения и реабилитации пациента с учетом актуальных направлений развития современной медицинской и психологической науки.

Степень разработанности темы исследования.

Публикации последних лет свидетельствуют, что научное сообщество осознает необходимость оказания психологической помощи КХ больным. В частности, описаны подходы по оптимизации предоперационного психологического статуса КХ пациентов (Salzmann S. et al., 2020), до операции проводится психологическая оценка внутренней картины болезни пациентов, предпочитаемых ими копинг-стратегий (Левашкевич Ю.Л. с соавт., 2014; Старунская Д.А. с соавт., 2017; Солодухин А.В. с соавт., 2017), ведется дооперационная психологическая коррекция ожиданий пациента (Laferton J.A. et al., 2016; Auer C.J. et al., 2017; Salzmann S. et al., 2017), до- и послеоперационная когнитивно-бихевиоральная терапия (Серый А.В. с соавт., 2017). Тем не менее, в ранний послеоперационный период КХ больной остается практически без психологического внимания и поддержки (Carey M.G. et al., 2019; Albanesi B. et al., 2020), а нередко получает и психологическую травму (Chivukula U. et al., 2017). В послеоперационный

период КХ больные включаются в комплексные программы кардиореабилитации, в ходе которых используются отдельные психологические методики и приемы, позволяющие решать частные задачи (Раков А.Л. с соавт., 1997; Лисина, М.О. с соавт., 2019; Modica M et al., 2018; Chang, Z. et al., 2020).

Таким образом, проведенный анализ подтверждает, что существующий опыт оказания психологической помощи КХ больным не носит системного характера. Предлагаемые модели психологических и психотерапевтических воздействий в большей мере сконцентрированы либо на предоперационной подготовке пациента, либо на его послеоперационной реабилитации и восстановлении физических функций. Личность пациента, его актуальные потребности, связанные со спецификой клинической и социальной ситуации нередко остаются без должного внимания команды специалистов, чей потенциал междисциплинарного взаимодействия остается не полностью задействованным. Именно поэтому разработка персонализированного подхода при реализации системы медико-психологического сопровождения КХ больного на примере действующего специализированного медицинского учреждения региона становится актуальной научно-практической задачей медицины и психологии.

Цель исследования — клинико-психологическое обоснование разработки и применения в условиях регионального кардиологического диспансера персонализированного подхода в медико-психологическом сопровождении КХ больных.

Задачи исследования:

1. Установить общие клинико-психологические характеристики КХ больных в период, предшествующий оперативному лечению.
2. Определить клинико-психологические особенности КХ больных с учетом клиники основного заболевания и специфики хирургического лечения.

3. Описать особенности клинико-психологических факторов риска тяжести заболевания и психологических ресурсов в клинических группах КХ больных.

4. На основе учета общих и специфичных клинико-психологических характеристик КХ больных провести многоуровневую дифференциацию психотерапевтических мишеней.

5. Разработать с опорой на возможности регионального кардиологического диспансера организационные основы применения в медико-психологическом сопровождении КХ больных персонализированного подхода.

6. Оценить результаты лонгитюдного клинико-психологического исследования КХ больных, участвовавших в персонализированных программах медико-психологического сопровождения.

Научная новизна исследования.

Впервые научно обосновано применение в системе лечения и реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходящих кардиохирургическое лечение, модели медико-психологического сопровождения, интегрированной в основной клинический процесс регионального кардиологического диспансера. Впервые разработаны базовые принципы медико-психологического сопровождения больных КХ профиля, его клинические этапы, конкретизированы цели, задачи, алгоритмы и методы сопровождения. На основе учета специфики клинической ситуации и потребностей КХ больного впервые определены клинико-психологические основы персонализации программ и индивидуализации маршрута медико-психологического сопровождения.

Теоретическая и практическая значимость исследования.

Теоретические обобщения и эмпирические результаты проведенного исследования помогают уточнить и углубить научные представления о потребностях КХ больных в получении медико-психологической помощи в различные периоды лечения и реабилитации. В исследовании

сформулирована концепция применения персонализированного подхода при организации медико-психологического сопровождения КХ больных на этапах стационарного и амбулаторного лечения и восстановления; разработаны клинико-психологические модели здоровья, раскрывающие характер представлений больного о своем состоянии; в рамках реализации персонализированных программ сопровождения КХ больных проведена многоуровневая дифференциация психотерапевтических мишеней.

Результаты исследования позволят руководителям медицинских организаций, врачам-психотерапевтам, медицинским психологам, врачам-кардиологам, врачам – сердечно-сосудистым хирургам, другим специалистам организовать систему междисциплинарного взаимодействия для внедрения персонализированной модели медико-психологического сопровождения КХ больных в практику клинической деятельности медицинских организаций, оказывающих лечебно-диагностическую, реабилитационную и профилактическую помощь больным, страдающим сердечно сосудистыми заболеваниями, что поможет улучшить результаты лечения и реабилитации, повысить качество жизни пациентов. Материалы данного исследования легли в основу лекционных курсов, практических и семинарских занятий, проводимых в рамках реализации основных образовательных и дополнительных образовательных программ при подготовке в области клинической психологии, психотерапии, кардиологии, кардиохирургии.

Методология исследования.

Методологические основы исследования базируются на ключевых идеях парадигмы персонализированной медицины (Antman E.M., Loscalzo J., 2016; Currie G., Delles C., 2018), биопсихосоциальной модели здоровья и болезни (Незнанов Н.Г., 1984; Engel G.L., 1980), психосоматической концепции в кардиологии (Karlsson H.E., 2000; Häuser W. et al., 2001), теории отношений личности А.Ф. Лазурского (1912) и В.Н. Мясищева (1960), организационных моделях психотерапевтической и психологической помощи (Карвасарский Б.Д., 1985; Александров А.А., 1992; Николаев Е.Л.,

2006; Караваева Т.А., 2010; Хяникяйнен И.В., 2017; Холмогорова А.Б., 2006; Васильева А.В., 2018; Городнова М.Ю., 2018).

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Психопатологические нарушения депрессивного спектра различной степени выраженности являются наиболее распространенной клинической характеристикой КХ больных, что обуславливает необходимость их ранней диагностики, психотерапевтического лечения и психологической коррекции.

2. Оценочные модели здоровья КХ больных представляют собой систему внутренних взаимосвязей клинико-психологических параметров, характеризующих индивидуализированную специфику представлений пациента о своем состоянии в формате дискурсов здоровья, болезни и адаптации.

3. Реализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения КХ больных способствует выделение и дифференциация в системе психотерапевтических мишеней: уровней психологических реакций на ситуацию, психопатологических проявлений, дисфункциональных характеристик личности и специфики социального взаимодействия.

4. Многоэтапный и персонализированный характер программ медико-психологического сопровождения КХ больных в условиях РКД предполагает обращение к потенциалу межведомственного междисциплинарного взаимодействия организаций, структурных подразделений и отдельных специалистов региона.

5. Разработка клинико-организационного алгоритма многоэтапного медико-психологического сопровождения КХ больного способствует систематизации и оптимизации процесса подготовки персонализированной программы и подбора индивидуализированного маршрута сопровождения

Степень достоверности и апробация диссертации.

Достоверность исследования и обоснованность его выводов обеспечена применением методов исследования, соответствующих цели и задачам

исследования, репрезентативным объемом клинических наблюдений, соответствующим объемом анализируемого материала, использованием комплекса валидных методов и методик исследования, оптимальным выбором критериев отбора пациентов, корректностью применения статистических методов обработки полученного материала.

Материалы диссертации изложены и обсуждены на научно-практической конференции «Актуальные проблемы в клинике внутренних болезней» (Чебоксары, 1998), II Всероссийском съезде врачей общей (семейной) практики России (Чебоксары, 2004), Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии» (Москва, 2007), Общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах» (Москва, 2009), Нордических конгрессах по психиатрии (Стокгольм, Швеция, 2009; Тромсё, Норвегия, 2012), XII международном конгрессе «Кардиостим» (Санкт-Петербург, 2016), XXIII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, 2017), XXIV Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, 2018), 19-ом Всемирном конгрессе по психофизиологии (Лука, Италия, 2018), 28-ом и 29-ом Европейских конгрессах по психиатрии (2020, 2021), XVII съезде психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Санкт-Петербург, 2021).

По теме диссертации опубликовано 28 научных работ в отечественной и зарубежной печати, в том числе, 7 публикаций в изданиях, индексируемых в международной базе данных Web of Science, 4 - в журналах из Перечня ВАК.

Вклад автора в проведенное исследование.

Материал, положенный в основу диссертации, получен в результате исследований, проведенных лично автором. Диссертантом самостоятельно разработан дизайн и план исследования, определены методы исследования,

проведен подбор и анализ отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. В соответствии с целью и задачами работы автором проведен отбор пациентов и их клинико-психологическое исследование. Статистическая обработка полученных результатов, их анализ, обобщение, представление в качестве материала для публикации также проводилась лично автором. Диссертант непосредственно участвовала во всех этапах исследования, в т.ч. в подборе и реализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения пациентов. Доля личного участия диссертанта в выполнении работы составляет - более 90% в получении и накоплении научной информации, до 70% - в статистической обработке полученных данных, более 80% - в анализе, интерпретации и обобщении результатов.

Структура и объем работы.

Диссертация изложена на 263 страницах печатного текста и состоит из введения, главы, посвященной обзору научной литературы, главы с описанием материала и методов исследования, трех глав результатов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и списка литературы. Работа иллюстрирована 31 таблицей и 14 рисунками. Список литературы содержит 266 научных источника, 173 из которых опубликованы на русском языке, 93 – на английском.

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Вопросы оказания медико-психологической помощи больным кардиохирургического (КХ) профиля в научно-практическом аспекте находятся в междисциплинарной области медицины и психологии, что соответствует парадигме биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни человека (Рассказова Е. И., Тхостов А. Ш., 2015; Великанов А.А. с соавт., 2018).

Ключевые подходы психологической помощи КХ пациентам, с одной стороны, могут во многом определяться общей тактикой предоперационной психологической подготовки и последующего ведения пациентов хирургического профиля (Петров И.А. с соавт., 2017). С другой стороны, успешно разработанные стратегии психологической помощи кардиологическим пациентам могут быть также применимы в отношении КХ больных, поскольку КХ больные чаще всего являются теми же кардиологическими пациентами, проходящими оперативное лечение своего заболевания. Более того, базовые подходы к психологической помощи КХ пациентам должны не только объединять два описанных выше направления психологических интервенций, но и быть обязательно ориентированы на специфику кардиохирургических ситуаций, их клинических и психосоциальных последствий.

В данном обзоре рассмотрен доступный для изучения отечественный и зарубежный опыт организации медико-психологической помощи больным КХ профиля в рамках отдельных практических наработок или целостных реабилитационных программ, а также оценены перспективы приложения потенциала персонализированного подхода к практическим задачам медико-

психологического сопровождения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

1.1. Возможности и перспективы персонализированного подхода в медицине

В современной медицине концепция персонализированного подхода становится все более популярной и востребованной (Васильева А.В., 2018; Artzi N., 2020), о чем свидетельствует рост числа публикаций исследователей, работающих в различных биомедицинских направлениях и на их стыке (Петров В.И. с соавт., 2016). До начала знакомства с определением этого подхода обратимся к распространенным и близким по содержанию понятиям.

1.1.1. Содержание персонализированного подхода в медицине

Первоначально понятие персонализированной медицины включало предсказание на основе геномных данных вероятности возникновения того или иного заболевания, диагностику заболевания и выбор тактики лечения с использованием геномных и постгеномных технологий, а также терапевтический лекарственный мониторинг и регенеративные клеточные технологии (Дедов И.И. с соавт., 2012). Сегодня персонализированная медицина в дополнение к этому опирается на самые современные научные достижения в области искусственного интеллекта и больших данных (big data) (Schork N.J., 2019).

Распространенными и часто соотносимыми, но не идентичными понятию персонализированной медицины (Петров В.И. с соавт., 2016), являются категории «индивидуализированной медицины» (Tucci M.R. et al., 2020), «прецизионной медицины» (Colucci G., Tsakiris D.A., 2020), «предиктивной медицины» (Rabanal LLevot JM., 2020), «стратифицированной медицины» (Attar S.G. et al., 2019). Тем не менее, все эти понятия тесно

связаны между собой, и часто употребляются в контексте необходимости постановки акцента на персонализированном характере оказания медицинской помощи пациенту при самых различных заболеваниях (Петров В.И. с соавт., 2016).

Большинство существующих определений персонализированной медицины сфокусированы на использовании индивидуальной биологической информации, такой как генетика и биомаркеры. Часто описываются подходы к стратификации пациентов на основе генетических маркеров или результатов диагностики. Гораздо реже учитываются убеждения, потребности, ценности, желания, предпочтения, особенности поведения пациентов, окружающая их социальная среда и специфика актуальной ситуации (Di Paolo A. et al., 2017).

Продолжающаяся среди медицинских экспертов Австрии дискуссия о значении понятия персонализированной медицины обращает внимание специалистов и на то, что нередко оно может толковаться с расширенных холистических позиций, включая в себя и психосоциальную помощь (Pot M. Et al., 2020).

Согласно признанному Европейским Союзом определению, персонализированная медицина относится к медицинской модели, использующей характеристику фенотипов и генотипов людей (например, молекулярное профилирование, медицинскую визуализацию и данные об образе жизни) для адаптации правильной терапевтической стратегии для конкретного человека в конкретное время и / или для определения предрасположенности к болезни и / или для своевременной и целенаправленной профилактики (European Council, 2015).

Одно из последних определений персонализированной медицины, приведенное в публикации по урологической тематике, опирается на учет данных о генотипе пациента, окружающей среде и образе его жизни для создания индивидуального плана диагностики и лечения с целью

минимизации побочных эффектов и потери времени из-за неэффективного лечения и выработки стратегий профилактики (Velez D., Hwang K., 2020).

Отечественные ученые определяют персонализированную медицину как мультидисциплинарный подход к ведению пациентов, призванный не только усовершенствовать терапевтические возможности, но и помочь диагностировать заболевания на самых ранних этапах, когда возможность благоприятного исхода при адекватно выбранном лечении значительно выше (Петров В.И. с соавт., 2016).

К ведущим компонентам практики персонализированной медицины исследователи предлагают относить: оценку рисков с проведением скрининга предрасположенности к заболеванию, реализацию мер превенции с модификацией образа жизни или получаемой терапии, раннюю диагностику нарушений на молекулярном уровне, клинико-лабораторную диагностику заболевания на основе использования биомаркеров, лечение с опорой на таргетную терапию, мониторинг течения заболевания и ответа на лечение (Петров В.И. с соавт., 2016).

1.1.2. Потенциал персонализированного подхода в медицине

Ученые подчеркивают, что персонализированная медицина позволяет подобрать максимально эффективное лечение с минимальными нежелательными лекарственными реакциями для конкретного больного (Колпачкова Е.В. с соавт. 2017). По мнению В.И. Петрова с соавт. (2016), персонализированная медицина, являясь эволюционным подходом, способна внести существенные положительные изменения на всех уровнях оказания медицинской помощи: начиная от оценки рисков развития заболевания и заканчивая мониторингом его лечения.

Очевидно, что персонализированная медицина открывает новые возможности для улучшения медицинской помощи пациентам, но она также обнаруживает и новые проблемы для медицины (Sigman M., 2018).

Несмотря на очевидную перспективность персонализированного подхода существует целый ряд препятствий и ограничений, определяющих сложность широкого внедрения в современной медицине данного подхода. В их числе противоречия научного, биоэтического, экономического, образовательного и организационного характера (Петров В.И. с соавт., 2016).

Исследователи отмечают, что в кардиологии, в частности, врачи для определения факторов риска больше ориентируются на индивидуальные особенности пациента (возраст, пол, вес, сопутствующие заболевания), в соответствии с чем и назначают лечение, при неэффективности которого корректируют дозу или меняют саму схему лечения. Такой, ориентированный на собственный опыт и знания подход, отражает неготовность практического здравоохранения к внедрению персонализированного подхода (Колпачкова Е.В. с соавт., 2017).

Кроме того, существуют проблемные вопросы, связанные с вопросами конфиденциальности, безопасности, подготовкой кадров, которые требуют неотложного решения при внедрении персонализированного подхода (Колпачкова Е.В. с соавт., 2017).

Преодоление описанных противоречий позволит персонализированному подходу в медицине быть пациент-ориентированным и, способствующим, в числе прочего, реализации превентивной стратегии медицинской помощи, таргетному подходу в терапии, уменьшению числа неэффективных и небезопасных назначений, повышению качества жизни пациентов, а также оптимизации расходов в сфере здравоохранения (Петров В.И. с соавт., 2016).

Исследователи уверены, что с учетом того, что в основе персонализированной медицины лежат биологические реалии, персонализированные медицинские практики в определенных ситуациях будут неизбежны, особенно по мере того, как стратегии их внедрения станут более эффективными и экономически рентабельными (Goetz L.H., Schork N.J., 2018).

Несмотря на то, что в настоящее время персонализированная медицина в большей мере ориентирована на стратификацию пациентов в соответствии с их индивидуальными биологическими данными, факторы окружающей среды и предпочтения пациентов при принятии решений также важны. В перспективе персонализированная медицина должна перейти от лечения болезней к ведению пациентов с учетом их всех индивидуальных факторов (Di Paolo A. et al., 2017).

1.1.3. Персонализированный подход в клинике сердечно-сосудистых заболеваний

Ученые выделяют важные предпосылки для внедрения при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями персонализированного подхода.

Так, Ф.И. Беялов (2018) напоминает, что практика лечения кардиологических пациентов сегодня опирается на клинические рекомендации. Несмотря на то, что они имеют свои ограничения и недостатки, клинические рекомендации являются надежной основой для ведения пациента и оценки качества медицинской помощи. В то время как, по мнению исследователя, они не могут быть применены в полном объеме для кардиологических пациентов с сопутствующими болезнями, т.к. основу рекомендаций составляют рандомизированные контролируемые исследования, включающие селективные группы пациентов без выраженных коморбидных заболеваний (Беялов Ф.И., 2018).

В рамках реализации в кардиологии персонализированного подхода для выбора оптимальной лечебной программы важно учитывать интересы и позицию пациента, механизмы формирования симптомов, коморбидные соматические и психические состояния, временные аспекты болезни, прогнозные оценки, роль окружающей среды и наследственности (Беялов Ф.И., 2018).

В исследованиях отмечено, что персонализированный подход у пациентов кардиологического стационара при коррекции тревожно-депрессивных и когнитивных расстройств помимо непосредственных клинических результатов также имеет и экономический эффект, поскольку «снижает затраты на лечение и срок пребывания в стационаре» пациентов (Терновая Е.С. с соавт., 2017).

Ученые считают, что в сердечно-сосудистой медицине потенциал персонализированного подхода применим ко всем стадиям развития заболевания и включает в себя прогнозирование риска, профилактические меры и целевые терапевтические подходы. Персонализированная медицина зависит от новых разработок в области геномики, от биомаркеров, функциональных тестов и визуализации, в то время как сердечно-сосудистая медицина все еще опирается на неинвазивные диагностические процедуры и лечение заболеваний на основе симптомов (Currie G., Delles C., 2018).

Персонализированный подход в кардиологии распространяется на фармакотерапию, хирургическое вмешательство, изменение образа жизни и их сочетание. Дальнейший прогресс в понимании механизмов патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний и выявления причинных факторов на индивидуальном уровне пациента открывает возможности для развития персонализированной кардиологии. Применение принципов персонализированной медицины улучшает уход за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Jain K.K., 2017).

1.1.4. Персонализированный подход в психотерапии и медико-психологической помощи

Несмотря на то, что психотерапия в меньшей степени связана с результатами генетических исследований, она также не остается в стороне от опоры на парадигму персонализированного подхода, т.к. активно развивается

в общем направлении усиления внимания к дифференциации и индивидуализации диагностики и лечения (Караваева Т.В., 2010). С другой стороны, биопсихосоциальная концепция в медицине в отличие от чисто биомедицинского подхода предлагает использование возможностей персонализированного подхода врачами-интернистами, к примеру, при лечении психосоматических заболеваний (Колосов Г.А. с соавт., 2018).

В нашей стране научно-организационным лидером в практическом применении персонализированного подхода в психотерапии и медико-психологической помощи является Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге, который работает в данном направлении не первый года. Предпосылки успешного применения персонализированного подхода в психотерапии здесь, в числе прочего, также связаны с глубоким знакомством с концепцией динамической психиатрии Гюнтера Аммона, которая во многом перекликается с идеями персонализированной парадигмы. В частности, установлено, что некоторые представления немецкого ученого, высказанные им еще несколько десятилетий назад, сегодня нашли подтверждение в исследованиях об общих для соматической патологии и депрессивных расстройств кластерах генетического риска (Васильева А.В., 2018).

Персонализированный подход к пациенту здесь применяется сегодня при диагностике личностных расстройств, и помимо клинических критериев международных классификаций включает глубинное исследование личности больного - системы отношений, уровня конфликтности, психологических защитных механизмов, аффективной толерантности, эгоцентричности мышления, функций проверки реальности (Мизинова Е.Б., Полторак С.В., 2017).

В помощь специалистам практического здравоохранения специалистами центра разработаны методические рекомендации по клинической оценке при персонализированной диагностике расстройств

невротического уровня в практике пограничной психиатрии (Васильева А.В. с соавт., 2018).

В работе с больными невротическими расстройствами персонализированный подход также используется при выборе задач и мишеней психотерапии не только в соответствии с симптоматикой, но и с учетом конкретного содержания психологических конфликтов, мотивационных особенностей и адаптационного потенциала больного. При этом, у больных определяется специфика психологической дезадаптации на трех уровнях функционирования личности, характеризующая различные типы невротических расстройств (Лысенко И.С., 2018).

В целом, можно отметить, что персонализированный подход при лечении невротических расстройств в Центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева основан на использовании стратегии терапевтического вмешательства, сочетающей различные средства, методологически объединенные в программу комплексного воздействия на основе биопсихосоматической концепции развития нарушений здоровья. Так, немедикаментозная персонализированная лечебная программа может включать использование психотерапевтических и психофизиологических методов, сочетающих принципы когнитивно-поведенческого подхода, включающего тренинг диафрагмального дыхания и солярной микрополяризации (Караева Т.А. с соавт., 2017).

В рамках описанных выше принципов также реализуются программы медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом. Опора на персонализированный подход здесь включает разработку индивидуального маршрута с выбором конкретных программ и методов психологического воздействия (Николаев Е.Л. с соавт., 2018).

Таким образом, в настоящее время персонализированный подход получает все большее распространение в медицине, в том числе и в сферах, не связанных с результатами генетического скрининга. В клинике сердечно-сосудистых заболеваний и в психотерапии персонализированный подход

позволяет учитывать факторы риска, индивидуальные особенности пациента, его анамнеза и клинического состояния для создания индивидуального маршрута в рамках реализации профилактических и реабилитационных программ.

1.2. Медико-психологическая помощь хирургическим больным в связи с оперативным вмешательством

При анализе состояния психологической помощи КХ пациентам важно рассмотреть как особенности описанных в литературе общих подходов в оказании психологической помощи больным хирургического профиля, так и отдельные примеры помощи пациентам для конкретных группах хирургических заболеваний. Также необходимо провести дифференциацию характера целенаправленных психологических воздействий на дооперационном и послеоперационном этапах лечения пациента.

1.2.1. Психологические воздействия на дооперационном этапе

Как свидетельствуют исследователи, большинство пациентов испытывает психологический стресс перед оперативным вмешательством, что значительно усиливает риск осложнений в послеоперационном периоде (Репникова Р.В., Барбараш О.Л. 2011; Орлова Н.В. с соавт. 2018). Поэтому вполне закономерны усилия, предпринимаемые медицинскими специалистами уже на дооперационном этапе, для подготовки пациентов к предстоящему хирургическому вмешательству. В ряду таких мероприятий особую роль играет психологическая подготовка к операции.

В частности, стоит учитывать, что у хирургических пациентов социальная поддержка и одиночество оказывают значительное не прямое влияние на длительность стационарного лечения, что связано с предоперационной депрессией. Более низкая социальная поддержка и чувство одиночества в большей степени связаны с более высоким уровнем

депрессии, которая, в свою очередь, определяет большую длительность стационарного лечения и его худшие результаты (Krampe H. et al., 2018)

Неудивительно, что психологические вмешательства на дооперационном этапе влияют на психологическое и соматическое состояние пациента, а также качество его жизни (Tsimoroulou I. et al., 2015). Комплексный характер предоперационной подготовки хирургических больных снижает уровень стресса, и сопровождается позитивными психологическими изменениями и снижением числа послеоперационных осложнений (Howard R. et al., 2019).

Целью комплексной психологической подготовки пациента к оперативному лечению также может быть формирование осознанного отношения к проблеме своего здоровья, помощь в восстановлении контроля над телом, ситуацией, психоэмоциональным состоянием. Для этого предварительно определяется уровень информированности пациента о заболевании, условиях проведения операции и компетентности медицинского персонала. Одновременно у специалистов формируется первичное представление об отношении пациента к своему здоровью, оценивается уровень его стресса. Общей задачей всех медицинских специалистов становится обеспечение условий психологической безопасности и комфорта в отделении, для чего используются методы медицинского информирования, убеждения, внушения (Куренков С.В., Ромашкина Н.В., 2019).

К числу общих параметров подготовленности пациента к хирургическому лечению можно отнести следующие: медицинская информированность, отношение к здоровью, ценность здоровья, приверженность лечению, поддержка семьи, уровень стресса, социальная адаптация, трудовая адаптация (Куканова Н.Н. с соавт., 2011).

С учетом того, что тревожные нарушения являются одной из наиболее частых психологических проблем, с которой сталкиваются пациенты, ожидающие операции, дооперационное интервью становится эффективным

средством снижения тревоги у пациента. В результате взаимодействия специалиста с пациентом больному предоставляется дополнительная информация об операции и послеоперационном периоде. Благодаря этой беседе снижается беспокойство пациента, устанавливается атмосфера доверия, возрастает степень его удовлетворенности (Lopez A.M., 2020). Для оптимизации хирургической помощи также используются возможности позитивной психологии (Shen M. et al., 2020).

Важным средством уменьшения тревоги и повышения удовлетворенности пациента и его близких является предоставление на дооперационном этапе пациенту и его семье всеобъемлющей информации об условиях нахождения в блоке интенсивной терапии после операции (Lai V.K.W. et al., 2021).

Специальная предоперационная образовательная программа с более полным информированием пациента об операции и ее последствиях может быть существенным дополнением к традиционной предоперационной подготовке. При тщательном отборе пациентов для участия в ней риск нежелательных последствий невысок, особенно у пациентов с депрессией, беспокойством или неадекватно оптимистическими ожиданиями. Подбор участников предоперационной образовательной программы должен вестись с учетом наличия у пациентов физической, психологической и социальной потребности участия в ней (McDonald S. et al., 2014).

Наряду с программами, реализуемыми в рамках стационарного хирургического отделения или амбулаторного кабинета, существуют специальные программы предоперационной подготовки пациентов хирургического профиля, реализуемые на дому. Они включают консультирование по вопросам физического состояния, диеты и психологического состояния. Данные программы хорошо воспринимаются самими пациентами, сопровождаются сокращением длительности пребывания в больнице и снижением расходов на медицинское обслуживание (Englesbe M. et al., 2017).

По данным британских ученых, психологическое вмешательство у пациентов с планируемой операцией артропластики коленного сустава включает от двух до девяти сессий когнитивно-поведенческой терапии, проводимой на дому. Через шесть месяцев отмечаются положительные результаты по показателям настроения, боли и физического функционирования пациентов (das Nair R. et al., 2018).

Исследователи также отмечают, что пациенты, которые наблюдаются психологом в рамках комплексного медицинского подхода в течение не менее чем 60 дней до операции, показывают в последующие полгода заметное улучшение состояния в сравнении с пациентами, наблюдавшимися менее 60 дней до операции. Положительный эффект проявляется снижением выраженности боли, повышением качества жизни, связанного со здоровьем, улучшением показателей психического здоровья (Richard H.M. et al., 2020).

Таким образом, комплексная предоперационная подготовка пациентов, включающая различные формы психологической работы, приносит свои положительные результаты и на послеоперационном этапе.

1.2.2. Психологические воздействия на послеоперационном этапе

Если вопросы дооперационной психологической подготовки хирургических пациентов освещены в литературе достаточно широко, то сведений о необходимости психологической работы с хирургическими пациентами в послеоперационном этапе содержится значительно меньше.

В частности, в работе M.N. Mavros et al. (2011) указано, что личностная и ситуационная тревожность, состояние гнева, активный копинг, субклиническая депрессия и внутрисемейная враждебность со стороны хирургического пациента осложняют процесс его выздоровления в послеоперационном периоде. В то время как диспозиционный оптимизм, религиозность, контроль гнева, невысокие болевые ожидания и экстремальный локус контроля способствуют выздоровлению. В такой

ситуации психологические интервенции в форме психиатрического интервью, управляемой релаксации, поддержки со стороны партнеров способствуют лучшему послеоперационному восстановлению (Mavros M.N. et al., 2011).

Н.Н. Куканова с соавт. (2011) для оптимизации послеоперационного психологического сопровождения предлагает относить всех хирургических пациентов к трем группам: первая группа – клинически тяжелые пациенты, требующие особого внимания; вторая группа – пациенты средней тяжести, имеющие неблагоприятный психологический статус, требующие пристального внимания; третья группы - пациенты средней тяжести с благоприятным психологическим статусом, требующие регулярного внимания (Куканова Н.Н. с соавт., 2011).

Комплекс послеоперационного психологического сопровождения пациентов после оперативного лечения также может включать следующие методы: опрос, беседа (консультирование), педагогическая психотерапия, рациональная психотерапия, авторский тренинг, самовнушение, самоконтроль, методы арт-терапии (изотворчество, имаготерапия, музыкотерапия, библиотерапия) (Рябчикова Е.Н. с соавт., 2012).

Скудность научных данных, свидетельствующих о необходимости организации исключительно послеоперационной психологической работы с хирургическим пациентом, вполне объяснима. Большинство ученых сходится во мнении о необходимости организации с хирургическими больными психологической работы на протяжении всего периоперационного периода, что подробнее рассмотрено далее.

1.2.3. Психологические воздействия в периоперационном периоде

В работе с хирургическими больными исследователям представляется более оправданным подходом распространение целенаправленной психологической работы, как на дооперационный, так и на

послеоперационный этапы лечения пациента. При этом в психологических акцентах работы с пациентом может определяться некоторая специфика с учетом актуальных задач конкретного этапа периоперационного периода.

К примеру, Н.Н. Куканова с соавт. (2011) на дооперационном этапе предлагает проводить психологическую оценку базовой подготовленности пациента к хирургическому лечению с последующей при необходимости ее психологической коррекцией. При этом к работе подключаются семейный врач, психолог, врач-специалист, медсестра. На послеоперационном этапе проводится повторная оценка психологического статуса пациента и определение резерва его подготовленности к прохождению послеоперационной реабилитации (Куканова Н.Н. с соавт., 2011).

По мнению G. Villa et al. (2020), психологические характеристики пациента весомо влияют на патофизиологические механизмы, лежащие в основе нейроэндокринной и воспалительной реакции на хирургический стресс, и ухудшают хирургические результаты. Такие техники психологического воздействия, как релаксация, когнитивно-поведенческая терапия, терапия осознанностью, нарративный подход, гипноз и стратегии преодоления технически осуществимы и реально применимы в периоперационный период в абдоминальной и урологической хирургии, и могут снижать боль и тревогу у пациентов (Villa G. et al., 2020).

Музыкальная терапия у хирургически пациентов помимо снижения уровня тревоги помогает уменьшению интенсивности боли (Bojorquez G.R. et al., 2020). Причем позитивное воздействие музыки в периоперационном периоде способно снижать и выраженность нейроэндокринных реакций на стресс (Fu V.X. et al., 2019).

Периоперационные вмешательства, направленные на снижение психологического дистресса у пациентов с артропластикой коленного сустава, положительно влияют на послеоперационную боль, функцию и качество жизни пациентов. В частности, пациенты, проходящие музыкотерапию, образовательные программы, когнитивно-поведенческую

терапию, работу с образами, обучение навыкам преодоления боли, практику Рейки, эрготерапию с самоконтролем и прогрессивную мышечную релаксацию с биологической обратной связью, имеют более низкую самооценку боли или отказываются от назначения опиоидов после операции. Обучение навыкам снятия боли, работа с образами на основе аудио- или видеозаписи, повышающая уверенность психологическая видео-терапия, практика Рейки, музыкотерапия, трудотерапия с самоконтролем, образовательные программы и собственно психотерапия улучшают послеоперационное физическое функционирование пациентов. Обращение к специальным образовательным программам на мобильных приложениях улучшает качество жизни после артропластики коленного сустава (Sorel J.C. et al., 2020).

Итак, психологическая помощь пациентам хирургического профиля в большей степени сфокусирована на предоперационном этапе и нацелена на снижение уровня тревоги, депрессии и стресса, что связано с ожиданиями снижения риска послеоперационных осложнений. Более оправданной исследователям представляется организация системы комплексной психологической помощи хирургическим пациентам на протяжении всего периоперационного периода, включающего как дооперационный, так и послеоперационный этапы.

1.3. Психологические характеристики кардиологических больных в контексте медико-психологической помощи

Сердечно-сосудистую патологию справедливо относят к той группе заболеваний, в этиопатогенезе и терапии которых, наряду с большим влиянием биологических факторов, также широко представлен вклад психологических и социальных факторов, часто объединяемых понятием «психосоциальные факторы».

1.3.1. Роль психосоциальных факторов в кардиологии

Психологическая помощь сегодня является составной частью системы лечения и реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, что признано учеными и медицинскими специалистами многих стран. Например, Немецкое кардиологическое общество подчеркивая значимость психосоциальных факторов при сердечно-сосудистых заболеваниях, уточняет, что сегодня это все чаще признается самими пациентами, организаторами здравоохранения и организациями, оплачивающими медицинские услуги (Albus C. et al., 2019).

Кроме того, существуют надежные доказательства, подтверждающие актуальность психосоциальных факторов для больных ИБС, хронической сердечной недостаточностью (ХСН), артериальной гипертензией, некоторыми аритмиями, что требует особого внимания в кардиологической практике. В частности, с неблагоприятным прогнозом кардиальной патологии связаны такие психосоциальные факторы как низкий социально-экономический статус, острый и хронический стресс, депрессия, тревога, недостаточная социальная поддержка. Немецкое кардиологическое общество напоминает, что оценка психосоциальных проблем и сопутствующих психических нарушений у кардиологических пациентов должна проводиться на постоянной основе. Следует также учитывать возрастную и гендерную специфику, а также отдельные индивидуальные особенности пациентов (Albus C. et al., 2019).

Факторы психосоциального риска способствуют не только развитию, но и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний. Они связаны с нездоровым образом жизни, низкой приверженностью лечения, изменениями вегетативных функций и эндокринных маркеров (Fuchs-Strizek R., Berger T., 2018).

Кроме того, установлено, что среди психических нарушений у пациентов с приобретенными пороками сердца в стадии компенсации чаще

выявляются астено-невротический, астено-ипохондрический и тревожно-депрессивный синдромы. При этом тяжесть психопатологических проявлений коррелирует с возрастом больных и больше наблюдается у женщин (ВострокнUTOва А.Ю., Дебело Д.В., 2018).

Гедерная специфика также проявляется у кардиологических пациентов в особенностях эмоциональной регуляции отношения к болезни. Так, мужчины имеют значительно более высокие показатели положительных эмоций, аффективного баланса и самооффективности по регулированию отрицательных эмоций, в то время как женщины имеют более высокие баллы по показателям отрицательного аффекта и использованию пассивных стратегий для преодоления стрессовых ситуаций (Luque B. et al., 2020).

Отношение к болезни у больных ИБС отражается и в других взаимосвязях – в частности, между поведенческими особенностями, психоэмоциональным состоянием и внутренней картиной болезни. В исследованиях выявлен негативный вклад кардиогенных жизнеопасных состояний в формирование дезадаптивных вариантов внутренней картины болезни, уточнены психосоциальные факторы, негативно влияющие на формирование гармоничного типа отношения к болезни (Солодухин А.В. с соавт., 2017b).

Установлено, что личностные особенности пациента, в данном случае, обладание свойствами личности D-типа, взаимосвязаны с вероятностью возникновения делирия после КХ операции. Личностные особенности D-типа являются у сердечно-сосудистых пациентов прогностическим предиктором длительной острой дисфункции головного мозга независимо от наличия у пациента депрессивных симптомов. В то же время, депрессивные симптомы у личности D-типа увеличивают степень острой дисфункции мозга (Matsuishi Y. et al., 2019).

Исследование Т.В. Юрьевой, Ю.Г. Хватовой (2014) показывает, что частота встречаемости алекситимического радикала среди пациентов с ИБС достаточно высокая. Алекситимия выявлена в 60 % случаев, 20 % больных

отнесены к группе риска. Показатели 20 % свидетельствуют об отсутствии алекситимии. Характерными чертами личности алекситимичных пациентов являются расстройства аффективных и когнитивных функций, нарушение самосознания и представлений о мире (Юрьева Т.В., Хватова Ю.Г., 2014).

У больных ИБС также определена совокупность психологических факторов риска (директивность, враждебность, страх, зависимость), общих для всех клинических форм ИБС и ИБС, сочетающейся с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. Такие психологические переменные, как агрессия, враждебность, депрессия, чувство обиды, являются у больных ИБС, с одной стороны, следствием тяжелой соматической патологии (соматопсихические влияния), с другой, психологическими факторами риска развития негативной клинической динамики (психосоматические влияния) (Чапала Т.В., 2012).

Для пациентов с аритмиями сердца характерны трудности психической адаптации к ситуации болезни. В дооперационный период для пациентов типичны нарушения адаптации, выражающиеся в переживаниях тревожного спектра, сосредоточенных на обстоятельствах болезни и лечения, различные варианты ухода от заболевания: несформированность мотивации к лечению и поиску информации о заболевании, недооценка серьезности. Предикторами нарушений психической адаптации в отдаленный послеоперационный период являются низкий уровень субъективного контроля в межличностных отношениях, сосредоточенность на собственных болезненных ощущениях, переживание недоверия в межличностных отношениях (в особенности в связи с ситуацией болезни и лечения), а также низкая удовлетворенность физическим и психологическим состоянием здоровья в дооперационный период (Чумакова И.О., 2013).

Знание психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, объединяющих психологические особенности пациентов с влияниями актуальной социальной среды, позволяет разрабатывать

различные стратегии психосоциальных вмешательств, нацеленных на эффективную помощь кардиологическим больным.

1.3.2. Психосоциальные вмешательства в кардиологии

В соответствии с выявляемыми психосоциальными факторами и личностными характеристиками пациентов, соотносимыми с особенностями этиопатогенеза и течения сердечно-сосудистых заболеваний, исследователи формулируют свои рекомендации по направленности и характеру психологической работы с кардиологическими пациентами.

Многочисленные данные подтверждают эффективность психосоциальных вмешательств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Медицинские работники должны отслеживать психологические проблемы пациентов и включать психосоциальные вмешательства в планы лечения и реабилитации (Klainin-Yobas P. et al., 2016).

В. Luque et al. (2020) считают, что стратегии улучшения здоровья пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями базируются на психообразовании и обучении эмоциональной регуляции.

Кардиологическая реабилитация для больных ИБС должна быть комплексной и включать образовательные вмешательства, а также физические упражнения и психологическую терапию (Anderson L. et al., 2017a).

При кардиологической реабилитации помимо соматических факторов следует оценивать психосоциальные факторы риска. Пациентов с клинически значимыми симптомами необходимо направлять на дополнительную психологическую диагностику. В зависимости от ее результатов пациентам следует предлагать психологические вмешательства, такие как тренинг релаксации, курсы управления стрессом, программы отказа от курения и индивидуальные консультации. Индивидуальное консультирование включает

в себя психообразование, целенаправленные вмешательства и создание мотивации для дальнейшего лечения. Что касается вмешательств, основанных на фактических данных, особого внимания заслуживает мотивирующее общение, а также поведение и планирование выживания. С точки зрения клинической эффективности, психологические вмешательства влияют на сердечный прогноз. Следовательно, роль психокардиологии в стационарной реабилитации должна быть усилена (Fuchs-Strizek R, Berger T., 2018).

Мультимодальные подходы к лечению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями объединяют информирование, физические упражнения, мотивационное консультирование, релаксацию и управление стрессом. В случае наличия психических нарушений предлагаются краткие психосоциальные вмешательства, проводимые врачом первичной медицинской сети или кардиологом, регулярная психотерапия или психофармакотерапия (Albus C. et al., 2019).

Для психотерапевтической работы с больными ИБС предложены методы когнитивно-поведенческой психотерапии, которые успешно применяются при лечении неврозов, фобий, депрессий и иных психических и поведенческих нарушений, но имеющие ограниченное применение в кардиологической практике (Солодухин А.В. с соавт., 2017b).

По мнению I. Magán et al. (2020), когнитивно-поведенческая терапия и позитивная психологическая терапия улучшают психологические исходы у пациентов с ИБС, в частности уменьшают проявления тревоги и депрессии.

В работе А.В. Солодухина (2019) представлен анализ эффективности когнитивных тренировок при восстановлении когнитивных функций у кардиологических пациентов, который свидетельствует, что улучшение когнитивных процессов наиболее часто наблюдается у пациентов с легкими когнитивными нарушениями и умеренным когнитивным дефицитом. Показаны ограничения проектирования цифровой игровой среды, которые необходимо учитывать при разработке коррекционно-развивающих

программ. В качестве примера коррекционно-развивающей программы предложена игровая платформа, состоящая из четырех уровней сложности, которая может быть использована при коррекции когнитивных нарушений у пациентов кардиологического профиля (Солодухин А.В., 2019).

Программы кардиологической реабилитации на базе специализированных центров традиционно предлагаются больным после сердечных приступов, чтобы помочь выздоровлению и предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания. С целью расширения доступа для участников программ внедрены программы кардиологической реабилитации на дому. Результаты их деятельности показывают, что формы кардиологической реабилитации на дому и в центрах одинаково эффективны в улучшении клинических и связанных со здоровьем показателей качества жизни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда или хирургическую реваскуляризацию, или у пациентов с сердечной недостаточностью. Выбор пациентом формы участия в более традиционной и контролируемой программе на базе центра или программе на дому отражает их доступность и индивидуальные предпочтения отдельного пациента (Anderson L. et al., 2017b).

Как свидетельствует проведенный анализ, большинство рекомендаций по психосоциальным вмешательствам основано на учете психологической специфики и психического статуса кардиологических пациентов. Психологические воздействия могут носить как изолированный характер, так и включаться в единую систему кардиологической реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

1.4. Медико-психологическая помощь кардиохирургическим больным в периоперационный период

Медико-психологическая помощь КХ больным в периоперационный период базируется на учете базовых психосоциальных факторов риска

кардиологических заболеваний. Вместе с тем, ее специфика определяется потребностью отвечать на ключевые задачи медицинской помощи пациенту на всех этапах периоперационного периода – предоперационном, интраоперационном и послеоперационном этапах. Специалистам уже давно известно, что ситуация оперативного вмешательства на сердце сама по себе является сильным стрессом для пациента (Клюжев В.М. с соавт., 1993).

Особенности медико-психологической помощи КХ больным также отражают специфику оперативного вмешательства, его объем и продолжительность. КХ операции можно условно подразделить на открытые операции на сердце (операции на выключенном из кровообращения сердце) и закрытые операции на сердце (операции на работающем сердце) (Чепурных Е.Е., Григорьев Е.Г., 2014).

Открытые операции на сердце сопровождаются стернотомией (разведением грудины) для получения доступа к сердцу и сосудам и проводятся с искусственным кровообращением (Сергевнин В. И. с соавт., 2020), а потому считаются вмешательствами, более продолжительными, сложными и травматичными для пациента. «Открытый» тип кардиохирургической операции является фактором риска эмоционального неблагополучия у КХ пациентов (Киселева М.Г., 2012). В такой ситуации большое значение имеет адаптационный потенциал личности пациента, его способность опираться на эффективные для него стратегии совладания (копинга), в том числе, духовные практики, которые в ситуации болезни особо востребованы.

К примеру, по данным Ai A.L. et al. (2021), после операции на открытом сердце показатели ежедневной физической активности значительно выше у тех пациентов, кто уже до операции обращается к практикам положительного духовного или религиозного совладания, чем у тех, кто этого не делает. Несколько хуже результаты у тех пациентов, кто до операции сообщает о своем плохом самочувствии, имеет большее число

сопутствующих заболеваний, и начинает молиться только после операции (Ai A.L. et al., 2021).

Первый месяц после операции на открытом сердце является самым критическим для восстановления пациента. Именно тогда высокий уровень тревоги КХ больного соотносится с ее высоким дооперационным уровнем, более молодым возрастом и принадлежностью пациента к группе меньшинств. Оптимизм пациента на дооперационном этапе, как поведенческая или личностная черта, соответствует более низкому уровню тревоги, что имеет клинически важное значение для управления заболеванием (Ai A.L. et al., 2020).

1.4.1. Внутренняя картина болезни у кардиохирургических больных

Не менее важной психологической характеристикой пациента в ситуации заболевания является категория внутренней картины болезни. Она считается одним из важных интрапсихических конструктов, определяющих эмоциональное состояние, поведение и качество жизни человека при столкновении с фактом болезни и в значительной степени влияет на приверженность пациента лечению, отношения с врачом, вероятность развития вторичных осложнений (Васильева А.В. с соавт., 2019).

Учеными достаточно подробно изучены характеристики внутренней картины болезни у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ниже приведены данные из некоторых работ, которые заставляют по-новому посмотреть на взаимоотношения пациента со своей болезнью в контексте ситуации оперативного вмешательства на сердце.

В работе М.В. Яковлевой показано, что особенности внутренней картины болезни КХ пациентов тесно взаимосвязаны с приверженностью лечению. Так, среди неприверженных лечению больных, не выполняющих послеоперационные рекомендации, достоверно чаще встречается игнорирование своего заболевания или, напротив, излишняя фиксация на

нем, несистематичность лечения до операции, ошибочная убежденность в том, что болезнь не ограничивает повседневную активность, убежденность в отсутствии необходимости соблюдать врачебные рекомендации, низкая степень осведомленности о своем заболевании и его терапии (Яковлева М.В., 2016).

Целью исследования С.А. Помешкиной с соавт. (2017) стало выявление у КХ больных ассоциаций между типами внутренней картины болезни, выбираемыми копинг-стратегиями по преодолению стрессовых ситуаций и приверженностью к рекомендованной терапии. Установлено, что определение типа отношения к болезни и преобладающей копинг-стратегии у КХ пациентов является важной практической задачей, поскольку позволяет выявить специфику актуальных затруднений, связанных с невыполнением предписаний врача в послеоперационном периоде, что пагубно сказывается на успешности восстановления после оперативного вмешательства.

В работе Г.С. Жунусовой (2016) проанализированы взаимосвязи между отношением к болезни и участием КХ пациентов в реабилитационных мероприятиях. Выяснено, что у больных, активно участвующих в реабилитационной программе реже встречаются проявления эмоционального дискомфорта и астенического компонента тревожности. Также выявлено, что пациенты, изначально имеющие тип реагирования на болезнь с существенно не нарушенной психической и социальной адаптацией, в дальнейшем чаще становятся участниками многопрофильной реабилитации, аккуратно соблюдают лечебный режим (Жунусова Г С., 2016).

М.В. Яковлева с соавт. (2015) уверена, что при оценке приверженности лечению больных ИБС после операции АКШ необходимо обязательно учитывать поведенческие факторы (соблюдение предписанной диеты, отказ от вредных привычек, физическую активность). Приверженные лечению пациенты отличаются большей выраженностью проявлений гармоничного типа. Для неприверженных пациентов характерны более высокие значения

по апатическому и меланхолическому типам отношения к болезни (Яковлева М.В. с соавт., 2015).

В исследовании М.Г. Киселевой (2012) раскрыты особенности структуры внутренней картины болезни у пациентов КХ стационара. Согласно полученным результатам, целесообразно выделять пессимистический, оптимистично нереалистичный, безразличный и оптимистично реалистичный типы отношения к хирургическому лечению. Данные типы отношения коррелируют с эмоциональным состоянием пациента в периоперационный период и связаны с характером течения послеоперационного периода. К факторам риска эмоционального неблагополучия КХ пациентов относится отсутствие постоянной работы, отсутствие постоянного партнера в семейных отношениях, диагноз ИБС или врожденного порока сердца, стаж заболевания более четырех лет (Киселева М.Г., 2012).

Знание особенностей внутренней картины болезни и специфики отношения КХ пациента к болезни помогает целенаправленно строить программы психологической помощи больному в периоперационном периоде, повышать приверженность пациента лечению, оптимизировать его коммуникацию с медицинским персоналом и близкими.

1.4.2. Тревога и депрессия у кардиохирургических больных

Тревога и депрессия являются наиболее распространенными аффективными нарушениями, широко представленными у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (Okam N.A. et al., 2020), основы чему ученые видят в наличии фундаментальных связей между данными патологическими состояниями (Chauvet-Gelinier J.C., Bonin B., 2017). Причем подобная ситуация устойчиво прослеживается и в рамках неевропейского культурного контекста (Allabadi H. et al., 2019), что лишний

раз подтверждает универсальный характер взаимосвязи между сердечно-сосудистой патологией и эмоциональными нарушениями.

По последним литературным данным, каждый третий КХ пациент может иметь признаки депрессивных нарушений той или иной степени выраженности. В большей мере депрессия изучена у пациентов с ИБС - до операции АКШ ее представленность составляет у них 19-37%, и чуть меньшие после операции - 15-33% (Correa-Rodríguez M et al., 2020).

Считается, что тревога и депрессия влияют на генез ишемических, но не клапанных заболеваний сердца. Целью исследования M. Modica et al. (2018) стало изучение различий в отношении к болезни и в настроении у пациентов, проходящих кардиологическую реабилитацию после операции АКШ или после замены клапана. После коррекции выборки по возрасту, полу, образованию и семейному положению определена оценка осознания болезни и психосоматических опасений, которая оказалась выше у пациентов с АКШ, а баллы отрицания были выше у пациентов с заменой клапана. Уровни тревоги и депрессии в группах КХ пациентов не различались. Полученные результаты предполагают оказание психологической поддержки КХ пациентам с тревогой и депрессией в ходе кардиологической реабилитации, а также планирование дифференцированных вмешательств по кардиологической реабилитации и вторичной профилактике, адаптированных к конкретным психологическим реакциям пациентов (Modica M. et al., 2018).

Целью следующего исследования стало описание динамики тревоги и депрессии у пациентов, перенесших операцию на митральном клапане, и сравнение их с более ранними результатами пациентов, перенесших АКШ. Было предположено, что пациенты, перенесшие операцию на митральном клапане, могут лучше справляться с КХ стрессами, чем пациенты, перенесшие АКШ. ИБС у пациентов с АКШ представляет собой системное заболевание, связанное как с изначально более высокими, так и связанными с операцией уровнями стресса, чем у пациентов с митральным клапаном.

Следует рассматривать тревогу и депрессию как возможные симптомы психосоматических расстройств, требующих психотерапевтического вмешательства для предотвращения послеоперационной депрессии и подтверждения ожидаемого пациентом результата хирургического вмешательства, на который дополнительно влияют ожидания в отношении лечения и индивидуальные способности справляться с ситуацией. Для скрининга склонных к депрессии КХ пациентов рекомендуется использование в повседневной клинической практике опросников, а также предоставление психосоматической поддержки (Botzet K. et al., 2018).

Характер тревожных переживаний КХ пациента может быть связан и со спецификой КХ операции. При лечении аортального порока сердца замена пораженного клапана искусственным биологическим протезом предполагает его повторную оперативную замену в будущем. Тем не менее, у пациентов с имплантированным механическим клапанным протезом определяются более высокие уровни тревоги и избегания в сравнении с пациентами с искусственным биологическим протезом. Объяснением этому факту служат негативные ожидания пациентов с имплантированным механическим протезом, связанные с ощущением шума протеза и необходимости постоянной антикоагулянтной терапии, что может негативно отражаться в т.ч. на сексуальной жизни пациента (Kottmaier M. et al., 2017).

Несмотря на высокую распространенность тревоги и депрессии у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью, влияние имплантации искусственного левого желудочка на эти критически важные аспекты психического здоровья изучено недостаточно. Исследования показывают, что после имплантации искусственного левого желудочка показатели тревоги и депрессии у пациентов значительно уменьшаются. Факторы, способствующие смягчению тревожно-депрессивных симптомов после имплантации, связаны как с уменьшением выраженности острой сердечной недостаточности и повышением функциональной способности сердца, так и повышением качества жизни (Yost G. et al., 2017).

С другой стороны, более высокий уровень тревожности, чем сами пациенты имеют близкие пациентов, перенесших операцию по имплантации искусственного левого желудочка (Waldenburger N. et al., 2020). В связи с чем, следует уделять больше внимания эмоциональному состоянию партнеров таких пациентов, т.к. близкие являются важным источником социальной поддержки для пациентов с искусственным левым желудочком (Brouwers C. et al., 2015).

В рамках еще одного исследования проведен анализ долгосрочного течения симптомов депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства у КХ пациентов. Выяснено, что снижение уровня депрессии и тревоги более выражено у пациентов с сопутствующей ИБС и сердечной недостаточностью и что оно сохраняется в течение года после операции, тогда как усиление симптомов посттравматического стрессового расстройства до исходного уровня происходит через шесть месяцев. Уменьшение депрессии обратно пропорционально связано с пожилым возрастом, диабетом, гипертонией и дислипидемией и положительно - с начальной стадией сердечной недостаточности. Никакие дополнительные клинические или демографические переменные не связаны с течением симптомов тревоги (Rosson S. et al., 2021).

Исследование S. Rosson et al. (2021) показывает, что симптомы депрессии и тревоги уменьшаются через год после операции, в то время как симптомы посттравматического стресса усиливаются. Пожилые пациенты, пациенты с сопутствующими метаболическими заболеваниями, клапанными пороками или желудочковыми аритмиями имеют более высокий риск сохранения депрессивных и тревожных нарушений, а потому должны находиться под тщательным наблюдением специалистов (Rosson S. et al., 2021).

Положительная направленность личности в сторону духовного благополучия в послеоперационный период у КХ больных может быть связана в долгосрочной перспективе с ситуацией посттравматического роста,

позитивно проявляющейся в отношении к другим, развитии или использовании новых возможностей и принятии обстоятельств (Kearns N.T. et al., 2020).

Также может быть прослежена определенная связь особенностей тревожно-депрессивной симптоматики у КХ больных с их социодемографическим статусом. Так, пациенты женского пола более молодого возраста, не состоящие в браке, имевшие более низкий уровень образования, менее религиозные и оптимистичные, более склонные к гневу, более уязвимы к негативным психосоциальным факторам. С другой стороны, послеоперационная длительность лечения выше у КХ пациентов с депрессивными проявлениями более старшего возраста, имеющих более низкий уровень гнева. Продолжительность лечения в этой группе КХ больных опосредована уровнем депрессии и социальной поддержки (Contrada R.J. et al., 2008).

Систематическая оценка уровня депрессии до операции способствует своевременному выявлению КХ пациентов с ее потенциально высоким риском (Correa-Rodríguez M et al., 2020). Консультации медицинского специалиста, обладающего квалификацией в области психологической терапии и консультирования, значительно уменьшают симптомы тревоги и улучшают качество жизни КХ пациентов с ИБС (Chang, Z. et al., 2020).

Более серьезные случаи выраженных тревожно-депрессивных расстройств у КХ пациентов требуют пристального внимания врачей различных специальностей и разработки схемы эффективной и рациональной терапии (Мацкевич С. А., Бельская М. И., 2018).

В целом, можно констатировать, что тревожные и депрессивные состояния довольно распространены у КХ больных. Именно поэтому своевременная диагностика и коррекция данных аффективных нарушений может положительно влиять на успешность лечения и реабилитации КХ пациентов.

1.4.3. Когнитивные нарушения у кардиохирургических больных

Еще одним распространенным среди КХ больных проявлений психической дезадаптации являются когнитивные нарушения (Correa-Rodríguez M et al., 2020). По данным Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева, у пациентов после операций с искусственным кровообращением выявляются нарушения когнитивных функций, вызванные ишемическим повреждением головного мозга. У большинства относительно молодых пациентов когнитивные нарушения выражены негрубо и полностью регрессируют через год-два после операции (Бокерия Л.А. с соавт., 2011).

Если КХ операции на клапанах связаны со снижением когнитивных функций пациентов в течение шести месяцев после операции (Oldham M.A. et al., 2018), то ухудшение у третьей части пациентов показателей когнитивной деятельности после коронарного шунтирования обнаруживается через три месяца (Еремина Д.А., 2015).

В сравнении с пациентами, не проявляющими ухудшения когнитивной деятельности, у КХ больных с когнитивной дисфункцией отмечаются: более низкая приверженность лечению, более частая оценка предстоящей операции как негативного жизненного события, менее благополучные семейные отношения, большая выраженность алекситимических черт личности и более высокая тревожность в сфере социальных контактов (психологические характеристики), а также большая степень и частота встречаемости атеросклеротического поражения мозговых артерий и дислипидемии, меньшая длительность пережатия аорты и использования искусственного кровообращения (клинические характеристики) (Еремина Д.А., 2015).

Изучение динамики и взаимосвязей периоперационных психологических и когнитивных нарушений у пациентов, перенесших АКШ, свидетельствует, что оперативное вмешательство негативно сказывается на памяти пациентов через недели после операции. Около 40% пациентов имеют депрессивные расстройства перед операцией, через две недели и

шесть месяцев после нее, при этом уровень депрессии значимо не меняется. У пациентов с депрессией выявляются более выраженные нарушения когнитивных функций перед АКШ и через две недели после операции (Чугунова Ю.В. с соавт., 2013).

Целью следующего исследования стал сравнительный анализ клинических и психосоциальных характеристик больных ИБС с различной динамикой когнитивных функций в процессе реабилитации после АКШ. Выявлено, что пациенты с худшей когнитивной динамикой после АКШ еще на дооперационном этапе отличаются большей выраженностью и частотой встречаемости атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий, чаще имеют осложнение раннего послеоперационного периода в виде постперикардотомного синдрома, а также отягощенную наследственность сердечно-сосудистыми заболеваниями. В то же время у пациентов с ухудшением когнитивных функций зарегистрирована меньшая длительность пережатия аорты во время операции и длительность использования искусственного кровообращения. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик больных указывает на существенные различия в понимании причин развития основного сердечно-сосудистого заболевания и последствий АКШ у пациентов исследуемых групп, которые отмечаются уже на предоперационном этапе; пациенты, характеризующиеся ухудшением когнитивного функционирования, также отличаются более низкой приверженностью лечению, им свойственно оценивать предстоящую операцию как негативное жизненное событие (Еремина Д.А., Щелкова О.Ю., 2019).

А.В. Солодухиным с соавт. (2016) отмечена взаимосвязь между копинг-поведением пациентов с ИБС перед оперативным вмешательством и показателями их когнитивного статуса. Полученные результаты определяют направление профилактической работы по восстановлению когнитивных функций пациентов с целью использования ими наиболее оптимальных копинг-стратегий.

Таким образом, когнитивная дисфункция у КХ больных после открытых операций на сердце является одним из распространенных видов нарушений. Она тесно связана с эмоциональным состоянием пациента и его приверженностью лечению. Относительная обратимость когнитивной дисфункции у более молодых пациентов, необходимость профилактики коморбидных эмоциональных нарушений и оптимизации мотивации пациента к лечению обуславливает высокую востребованность психологической работы по профилактике и коррекции когнитивной дисфункции в КХ клинике.

1.4.4. Предоперационные и ранние послеоперационные психологические вмешательства

Потребность КХ пациентов в психологической помощи на дооперационном этапе проистекает как из общих принципов подготовки больного к хирургическому лечению, так и из специфики оперативных вмешательств на сердце и сосудах.

Предоперационная психологическая подготовка больного чрезвычайно важна в сердечно-сосудистой хирургии, поскольку положительно влияет на послеоперационные результаты. Предоперационные психосоциальные факторы связаны с краткосрочными и долгосрочными исходами сердечной хирургии. Существуют специальные подходы по оптимизации предоперационного психологического статуса пациентов с перспективой положительного воздействия на послеоперационные результаты, например, такие как уменьшение осложнений и повышение качества жизни (Salzmann S. et al., 2020).

Во многих случаях психологическая подготовка ориентирована на информирование пациента, его социальную поддержку, модификацию и оптимизацию убеждений и ожиданий в отношении болезни. Тем не менее,

оценка психологического статуса кардиохирургических пациентов до сих пор не получила заслуженного внимания в клинике (Salzmann S. et al., 2020).

В опубликованных работах ученые подчеркивают, что КХ пациенты, склонные к стрессу и негативному аффективному реагированию, подвержены высокому риску послеоперационного стресса, что, в свою очередь, препятствует нормальному восстановлению после операции. В связи с чем в период до хирургического вмешательства требуется тщательное психологическое обследование пациента (Pruteanu L.M., 2014).

В оценках психологического статуса пациентов с ИБС до операции АКШ, исследователи отмечают, что он соответствует гармоничному, эргопатическому или анозогнозическому типам отношения к болезни, преимущественно экстернальному локусу контроля и преобладанию редкого использования копинг-стратегий (Солодухин А.В. с соавт., 2017а). Д.А. Старунская с соавт. (2017), напротив, выявляют среди КХ больных выраженность таких копинг-стратегий, как самоконтроль и планирование решения проблем, а также выраженность в структуре личности самосознания и экстраверсии. Ю.Л. Левашкевич с соавт. (2014) при изучении личностных характеристик и особенностей эмоционального реагирования больных ИБС на предстоящую операцию АКШ указывают на выраженность таких защитных механизмов как отрицание, проекция и реактивное образование.

Среди характеристик эмоционального состояния больных ИБС в дооперационном периоде наибольшим значением обладают показатели тревожности, особенно в группе АКШ, в которой повышенный общий уровень личностной тревожности и ее выраженный фобический компонент имеют неблагоприятное значение. Неблагоприятным значением обладает также общий повышенный уровень ситуативной тревожности, тревожная оценка перспективы и тревожность при реализации социальных контактов в период подготовки к операции (Круглова Н.Е., 2013).

Проведение на дооперационном этапе психологической коррекции с КХ пациентами сопровождается уменьшением у них показателей

тревожности, фобической тревожности, а также обсессивно–компульсивных проявлений (Старунская Д.А. с соавт., 2017).

У больных ИБС выявлена зависимость степени поражения коронарных артерий и выраженности снижения толерантности к физической нагрузке от особенностей личности. Эти особенности во многом определяют согласие больного на хирургическое лечение: ригидные и гипертимные особенности личности затрудняют принятие решения об операции, тогда как депрессивные и невротические изменения повышают вероятность согласия на операцию даже при относительно менее выраженных изменениях коронарных артерий (Зайцев В.П. с соавт., 1997).

Не менее значима на дооперационном этапе психологическая работа с ожиданиями КХ пациентов, ведь они являются важным психологическим предиктором исхода самой операции (Laferton J.A. et al., 2016). Именно поэтому данная тема стала предметом многочисленных исследований, часть которых представлена ниже.

Так, работа S. Salzmann et al. (2017) ставит целью выяснить, способны ли предоперационные психологические вмешательства, направленные на ожидания пациентов, повлиять на биологический стрессовый ответ после операции АКШ и, таким образом, улучшить восстановление после операции на сердце. В ходе исследования установлено, что в дополнение к стандартной медицинской помощи, предоперационные психологические вмешательства нейтрализуют психобиологические реакции на стресс и, таким образом, могут способствовать восстановлению после операции АКШ. Подтверждено, что реакции пациентов на стресс могут быть важным фактором для объяснения траекторий долгосрочных результатов (Salzmann S. et al., 2017).

Целью другой работы стало изучение влияния предоперационного ожидания, оптимизируемого специальным психологическим вмешательством, на продолжительность пребывания КХ пациента в больнице и в отделении интенсивной терапии. Выявлено, что изменение предоперационных ожиданий пациентов вследствие направленного

психологического вмешательства приводит к сокращению длительности пребывания пациента в больнице и связано с положительным экономическим эффектом (Auer C.J. et al., 2017).

Анализ предоперационных ожиданий КХ больных позволяет прогнозировать последующие результаты лечения, а оптимизация ожиданий больного способствует улучшению послеоперационного качества жизни пациента (Auer C.J. et al., 2016). Оптимизация ожиданий пациентов до операции помогает улучшить результат лечения на протяжении шести месяцев после хирургического вмешательства. Таким образом, обращение к механизмам плацебо может улучшить долгосрочные результаты высокоинвазивных медицинских вмешательств (Rief W. et al., 2017).

Исследователями часто подчеркивается необходимость проведения дифференцированной психокоррекции до КХ операции для повышения эффективности послеоперационной реабилитации (Зайцев В.П. с соавт., 1998). С этой целью специалистами разработано специальное краткое психологическое вмешательство, направленное на оптимизацию ожиданий пациента, которое дает возможность улучшить здоровье пациентов после КХ операции (Laferton J.A. et al., 2016).

С учетом нейропсихологической симптоматики и специфики эмоционально-волевой сферы пациентов КХ профиля до и после коронарного шунтирования российскими учеными предложен комплекс методик, базирующийся на техниках и приемах когнитивно-бихевиорального подхода психотерапии и методах программированного обучения больных с «лобным» синдромом Л.С. Цветковой и восстановления планирования речевого высказывания М.К. Шохор-Троцкой. В предлагаемом комплексе выделено три блока по формированию и закреплению определенных психологических навыков: рационально-поведенческий, прогностический и когнитивно-коммуникативный (Серый А.В. с соавт., 2017).

Психологическая помощь КХ пациенту в раннем послеоперационном периоде часто остается вне поля зрения специалистов, в то время как именно

на этом этапе пациент может испытывать сильные эмоциональные переживания. Наиболее сильными стрессовыми факторами у КХ пациентов в этот период являются боль, эндотрахеальная интубация и бессонница (Carey M.G. et al., 2019).

Помимо того, что сам факт госпитализации пациента в КХ стационар может способствовать росту у него тревожности, поступление в отделение интенсивной терапии может не только усиливать тревогу, но и порождать, так называемую, «травму отделения интенсивной терапии» (Chivukula U. et al., 2017).

В литературе описано психологическое состояние КХ пациентов, которые после операции на сердце провели значительное время в отделении интенсивной терапии. Их психологическое состояние характеризовалось негативными эмоциональными переживаниями, ощущением беспомощности и собственной уязвимости. Больше всего их волновал страх не проснуться, «бесконечность» времени, затруднения дыхания (Albanesi B. et al., 2020).

Психологическая помощь пациенту в отделении интенсивной терапии после перенесенного оперативного вмешательства может внести значительный вклад в улучшение его самочувствия, а также минимизировать проявления «травмы отделения интенсивной терапии» (Chivukula U. et al., 2017). Большую роль в снижении уровня психологического стресса могут играть и медицинские сестры отделения интенсивной терапии (Albanesi B. et al., 2020).

Таким образом, целенаправленная психологическая работа с больным является необходимой стороной предоперационной подготовки КХ пациента к оперативному вмешательству. Не менее значима организация психологической помощи и поддержки пациенту уже на раннем послеоперационном этапе. При правильном учете психосоциальной специфики пациента, оптимизации его ожиданий, организации психологической поддержки в условиях отделения интенсивной терапии она

может способствовать улучшению долгосрочных клинических и психологических результатов КХ вмешательства.

1.4.5. Программы реабилитации кардиохирургических больных

Как свидетельствуют многочисленные научные публикации, современные исследователи вполне единодушны в отношении необходимости оказания психологической помощи КХ больным. В то же время, ученые придерживаются различных взглядов на масштабы, организационные формы и методы предлагаемых для КХ пациентов психологических вмешательств.

Часть исследователей предлагает внедрять в практику медицинской помощи КХ пациентам самостоятельные программы психологической реабилитации, реализация которых предполагается силами хорошо подготовленных в области психического здоровья специалистов – психологов, психотерапевтов, психиатров (Замотаев Ю. Н. с соавт., 2000; Жунусова Г. С., 2016; Серый А.В. с соавт., 2017; Солодухин, А. В. с соавт., 2020; Laferton J.A. et al., 2016; Salzmann S. et al., 2017).

Другие ученые видят решение вопросов психологической помощи КХ больным в рамках комплексных систем реабилитации, где психологические вмешательства являются одним из многих направлений реабилитации и профилактики, а задачи психологического характера могут реализовываться широким кругом, в т.ч. медицинских, специалистов (Петрова М.М. с соавт., 2015; Лутай Ю.А. с соавт., 2018; Еремина Д.А., Щелкова О.Ю., 2019; Antunes M.J., 2016; Sibilitz K.L. et al., 2016; Auer C.J. et al., 2017; Tamuleviciute-Prasciene E. et al., 2018; Savio M.T., Hariharan M., 2020).

В работах третьей группы исследователей прослеживается тенденция рассматривать практику психологического воздействия в КХ клинике как один из видов немедицинской помощи пациенту, оказываемой лишь в случае наличия на это обоснованной необходимости. При этом, в практику

реабилитации чаще всего включаются конкретные психологические методики или техники, как элементы отдельных психологических интервенций (Раков А.Л. с соавт., 1997; Старунская Д.А. с соавт., 2017; Лисина, М.О. с соавт., 2019; Chivukula U. et al., 2017; Modica M et al., 2018; Albanesi B. et al., 2020; Chang, Z. et al., 2020).

Несмотря на выделенные нами условные различия во взглядах на реабилитацию КХ больных, на сегодняшний день в клинической практике все большее распространение получает комплексный междисциплинарный подход, согласно которому кардиореабилитация рассматривается как скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Лутай Ю.А. с соавт., 2018).

Чем вызвана необходимость разработки и реализации таких программ для пациентов? В литературе существуют различные обоснования на этот счет. Приведем лишь некоторые из них.

Кардиохирургическая операция является важным событием в жизни больного. Ее исходы связаны со способностью пациента самостоятельно справляться с болезнью в повседневной жизни. Надежда пациента связана со здоровьем. Она помогает ему справляться с болезнью, адаптироваться к ней, следовать рекомендуемым изменениям образа жизни. Устранение боли и депрессии, поощрение надежды могут быть важными целями психологических вмешательств, направленных на улучшение результатов КХ операций (Bjørnnes A.K. et al., 2018).

Значительная часть КХ больных после операции вследствие развития явлений психической дезадаптации нуждается в психологической помощи и поддержке. После курса групповой терапии и обучения большинство пациентов приобретает достаточно высокий уровень мотивации к выполнению полученных рекомендаций врача и проведению самоконтроля за своим состоянием. Реализация этих возможностей позволяет улучшить

психосоматическое здоровье пациентов, повысить частоту возвращения к трудовой деятельности. Программы медицинской и психологической поддержки способствуют эффективности реабилитации и позволяют повысить психосоциальную активность, качество жизни и возвращение к трудовой деятельности пациентов после операций на сердце (Замотаев Ю. Н. с соавт., 2000).

Участие КХ пациентов после оперативных вмешательств в комплексных кардиореабилитационных программах помогает улучшить краткосрочные и долгосрочные результаты (качество жизни, физические и функциональные возможности), а также исходы для ослабленных пациентов после оперативного вмешательства (Tamuleviciute-Prasciene E. et al., 2018).

Что является основной целью кардиологической реабилитации после оперативного вмешательства? Целью программы, состоящей из физической реабилитации, медикаментозного лечения, психофизиологической реабилитации, социальной и трудовой реабилитации, является улучшение и поддержание определенного уровня физического, психологического и социального функционирования КХ больного (Полонская И.И., Сергеева В.В., 2018).

По мнению зарубежных исследователей, комплексная кардиореабилитационная программа должна проводиться кардиологом, а ее содержание должно включать: 1) физическую тренировку упражнений (выносливость и силовые тренировки для улучшения мышечной массы, силы, баланса и координации), 2) консультирование по вопросам питания, 3) терапию занятостью (для улучшения самостоятельности и когнитивных функций), 4) психологическое консультирование для обеспечения психосоциального здоровья и 5) консультирование социальным работником (для восстановления самостоятельности) (Tamuleviciute-Prasciene E. et al., 2018).

Что необходимо со стороны больного для успешного участия в реабилитационной программе? Для повышения эффективности программ

реабилитации и вторичной профилактики кардиологических заболеваний необходимо, прежде всего, обеспечить активное участия больных в этих программах. С этой целью используются Школы для больных с различными заболеваниями (Погосова Г.В. с соавт., 1999).

После оперативных вмешательств актуальное состояние КХ больных в значительной мере связано с психоэмоциональными факторами. В таких условиях с целью формирования адекватных установок на выздоровление и повышения мотивации к активному участию в программе реабилитации необходимо проведение определенной психотерапевтической работы с больными (Жунусова Г.С., 2016).

В исследованиях установлено, что у пациентов - активных участников реабилитационной программы реже встречаются проявления эмоционального дискомфорта и астенического компонента тревожности. В то время, как лица, с преобладанием неконструктивных поведенческих копинг-стратегий, в меньшей степени готовы к регулярному наблюдению (Зеленская И.А. с соавт., 2011).

В чем может состоять гендерная специфика мишеней психологической помощи КХ пациентам в период реабилитации? Как оказалось, основные различия связаны с уровнем психологического благополучия и детерминирующих его характеристик. Основными мишенями для женщин является установление личностных границ, повышение уровня саморефлексии, снижение уровня значимости оценок социального окружения, работа со структурным содержанием сферы ресурсов и проработка вариантов реализации потенциалов личности и самосовершенствования; для мужчин - повышение способности установления и поддержания доверительных межличностных отношений, повышение уровня эмпатии личности, а также работа со страхом беспомощности и социальной неустроенности (Лакомская, А. В., 2018).

Особого внимания заслуживает анализ используемых в реабилитации КХ больных конкретных психологических методов и подходов. С учетом

ограниченности времени нахождения пациента в стационаре и необходимости работы с КХ больными, имеющими определенные проявления когнитивной дисфункции, спектр методов может быть не самым широким.

Как показал анализ литературы, основной акцент в работах исследователей поставлен преимущественно на поведенческие подходы в их различной модификации. Например, А.В. Солодухин с соавт. (2020) в своем исследовании изучали влияние в периоперационном периоде методов рационально-поведенческой психотерапии на психический статус пациентов с ИБС и коронарным шунтированием. Психологическая работа авторов заключалась в применении таких методов, как репетиция адаптивного поведения, систематическая десенсибилизация, ведение дневника реабилитации, когнитивное реструктурирование, мышечная релаксация по Э. Джекобсону до и после операции. Результаты показали, что применение методов рационально-поведенческой психотерапии при оказании психологической помощи влияет на формирование у пациентов с ИБС адаптивных вариантов внутренней картины болезни и продуктивных моделей копинг-поведения (Солодухин, А. В. с соавт., 2020).

Поведенческая терапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах. Н.В. Сорокин с соавт. (2010) сообщают, что занятия групповой поведенческой психотерапией достоверно улучшают показатели качества жизни больных ИБС после перенесенного АКШ, такие, как физическая активность, объем физической нагрузки в повседневной деятельности, общее самочувствие и жизненный тонус.

В программы постперационной реабилитации больных после АКШ также включается аутогенная тренировка (Раков А.Л. с соавт., 1997).

Одним из близких к поведенческому подходу для решения проблемы психологических нарушений, препятствующих полноценному восстановлению здоровья после хирургической реваскуляризации миокарда при лечении ИБС, является организация системы обучения КХ больных

(Замотаев, Ю.Н. с соавт. 2001). В последние годы обучение пациентов стало принимать вид отдельного психосоциального вмешательства - специальной психообразовательной программы, которая может носить различную направленность. В исследовании M.T. Savio, M. Hariharan (2020) она носит аффективно-когнитивную направленность и сочетается с релаксационной практикой управления образами. Оба вида психологического воздействия улучшают прогноз состояния пациента за счет влияния на снижение уровня психологического стресса (Savio M.T., Hariharan M., 2020).

Еще одной востребованной формой психологического вмешательства у КХ больных является музотерапия. Прослушивание пациентами записанной музыки связано со значительным уменьшением послеоперационной тревоги и боли. В отличие от фармакологических воздействий музыка не обладает побочными эффектами, а потому имеет хорошие перспективы среди КХ пациентов (Kakar E. et al., 2021).

Эффективным способом коррекции когнитивных функций у больных с ИБС после операции коронарного шунтирования является курс реабилитации с использованием компьютерных стимулирующих программ (Петрова М.М. с соавт., 2015).

Итак, международный и отечественный опыт свидетельствует, что в реабилитации КХ больных наибольшим потенциалом обладают комплексные программы кардиореабилитации, в рамках которых ведется работа междисциплинарной группы специалистов по помощи пациенту в восстановлении соматического здоровья, сниженных физиологических и психических функций, нормализации его эмоционального состояния. Важной стороной реабилитации является максимально раннее, на предоперационном этапе, вовлечение пациента в систему психологической помощи, что позволяет обеспечить более эффективный процесс физического и психического восстановления КХ больных после операции.

1.4.6. Динамика восстановления кардиохирургических больных

Более раннее и полное восстановление пациента после оперативного вмешательства на сердце и сосудах является важной задачей реализуемых реабилитационных программ для КХ больных. Закономерно, что исследователи проявляют интерес к динамике и самому процессу такого восстановления, а также показателю качества жизни, который в числе прочих может характеризовать успешность процесса восстановления.

Данный вопрос не остается без внимания в исследованиях отечественных и зарубежных ученых. Так, в работе J. Petersen et al. (2016) изучается характер физического и психического восстановления пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями непосредственно после операции на аортальном клапане. Как свидетельствуют результаты исследования, все параметры, за исключением уровня тревожности, дают значительное снижение через одну неделю после операции. Исходный уровень показателей восстанавливается через одну-три недели (тревога, депрессия, качество психической жизни, физическая нагрузка) или через четыре-шесть недель (тест шестиминутной ходьбы, физическое качество жизни). Через шесть месяцев после операции все психологические параметры становятся значительно лучше в сравнении с дооперационным периодом (Petersen J. et al., 2016).

Восстановление, как считает M.J. Antunes (2016) - это динамичный процесс, и постоянная поддержка пациента имеет первостепенное значение для его полного выздоровления и оптимального качества жизни. Поскольку замена аортального клапана в настоящее время является одной из наиболее частых хирургических операций на сердце, и значительное число пациентов находится в пожилом возрасте, все это представляет значительный практический интерес для хирургического сообщества. Успех операции - это гораздо больше, чем просто выживаемость и отсутствие серьезных

осложнений. Качество жизни после операции становится наиболее важным фактором (Antunes M.J., 2016).

Ниже приведены еще несколько опубликованных работ, в которых динамика восстановления КХ пациентов проанализирована с позиций качества жизни. Действительно, в последнее десятилетие особое внимание стало уделяться анализу качества жизни, как интегральному показателю физической, психологической и социальной адаптации пациента после оперативного вмешательства (Роголина Н.В. с соавт., 2016).

Исследования ученых показывают, что реципиенты биологических протезов при изолированном пороке митрального клапана имеют более высокие показатели качества жизни как за счет физического, так и психологического компонента здоровья. При пороке аортального клапана в связи со значительной разностью в возрасте «молодая» группа реципиентов механических протезов демонстрируют более высокие показатели физического компонента здоровья (Роголина Н.В. с соавт., 2016).

Исследователями отмечена определенная динамика показателя качества жизни у пациентов на протяжении цикла хирургического лечения и после него. В частности, качество жизни, связанное со здоровьем, у КХ пациентов, перенесших операцию на клапанах, значительно ниже при выписке в сравнении с соответствующим уровнем до операции. Однако в течение первого месяца его уровень постепенно возрастает (Borregaard B. et al., 2020). После имплантации искусственного левого желудочка пациенты переживают различные негативные психологические состояния, однако с течением времени у них наблюдается определенная стабилизация - значительное уменьшение депрессии, тревожности и повышение качества жизни, связанного со здоровьем (Okam N.A. et al., 2020).

Ученые также исследовали уровень и динамику тревоги во взаимосвязи с качеством жизни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями до и после КХ вмешательства. Согласно этим данным, около 20% пациентов продолжают иметь клинически повышенный уровень тревоги и через шесть

месяцев наблюдения. Кроме того, после операции обнаружено снижение уровней тревоги и депрессии, а также повышение качества жизни. В отличие от общих психосоциальных показателей, более конкретная оценка тревоги может помочь выявить пациентов с ее повышенным уровнем. Им могут помочь психологические вмешательства по развитию адаптации к последствиям хирургического вмешательства и остающимся проблемам с сердцем (Hoyer J. et al., 2008).

Как меняется качество жизни КХ больного в послеоперационном периоде? М.Ж. Antunes (2016) довольно подробно отвечает на этот вопрос. Если психическое качество жизни улучшается сразу после операции, то восстановление физического качества жизни занимает больше времени, и достигает пика через шесть месяцев после операции. Это подчеркивает чрезвычайно важную периоперационную роль медицинских работников в стимулировании психологического и физического благополучия пациентов. Но поскольку процесс выздоровления продолжается дома, семья также играет значимую роль. Необходимо вовлекать ближайших родственников в реабилитационную программу, пока пациент находится в больнице. При выписке пациенты и их близкие родственники должны быть четко проинформированы о том, что и как необходимо делать. Поддержка, поощрение, товарищеские отношения, теплая семейная атмосфера имеют большое значение для ускорения эмоционального восстановления и возврата пациента к прежнему уровню самостоятельного функционирования. Успех лечения – это гораздо больше, чем просто технически безупречная операция и отличный периоперационный уход. Послеоперационное восстановление – это динамичный процесс, и постоянная послебольничная поддержка имеет первостепенное значение для достижения главной хирургической цели полного физического и психического восстановления и высокого качества жизни КХ пациента (Antunes M.J., 2016).

Вполне логичным в данном контексте будет вопрос о необходимости и своевременности разработки системной модели прогноза, которая в

интегрированном единстве может представить основные плоскости терапевтической динамики при сердечно-сосудистых заболеваниях – медико-биологическую, психологическую и социальную. Основное внимание при этом должно уделяться прогностическим факторам эффективности реабилитации больных ИБС в восстановительном и отдаленном периодах после КХ операции (Щелкова О.Ю. с соавт., 2018).

В тоже время, вопрос об эффективности реабилитационных программ для КХ пациентов остается неоднозначным. Очень сложно ожидать положительных изменений во всех плоскостях реабилитации. Например, исследование K.L. Sibilitz et al. (2016) свидетельствует, что 12 недель кардиологической реабилитации после операции на сердечном клапане, включающей физические упражнения и психообразовательное консультирование, улучшает физические возможности пациентов, но не влияет на показатели психического здоровья (Sibilitz K.L. et al., 2016). При этом в сравнительном аспекте психообразовательные программы оказываются более эффективными, чем практики релаксации (Savio M.T., Hariharan M., 2020).

1.4.7. Современные подходы в кардиореабилитации

Реабилитационные программы для КХ больных не могут оставаться в стороне от новейших технических и информационных разработок, которые во многом изменяют нашу повседневную жизнь. Современные мобильные приложения для смартфонов, созданные на основе профессиональных рекомендаций, помогают пользователям сохранить и улучшить состояние здоровья и физическую форму. В медицине они позволяют проводить необходимые диагностические, профилактические и реабилитационные интервенции при различных заболеваниях и нарушениях (Николаев Е.Л., Кулыгина М.А., 2019).

В последние годы с повсеместным распространением мобильных устройств доступность мобильных приложений здравоохранения (mHealth) для лечения сердечно-сосудистых заболеваний заметно возросла. Пожилые люди представляют собой группу населения с высоким бременем сердечно-сосудистых заболеваний и, следовательно, могут получить значительную пользу от вмешательств с использованием мобильного здравоохранения. Традиционная кардиологическая реабилитация в стенах медицинских организаций представляет собой вмешательство, которое в настоящее время недостаточно используется пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями из-за определенных сложностей, с которыми сталкиваются пожилые люди. Несмотря на потенциальные трудности для внедрения мобильного здравоохранения среди пожилых людей, есть свидетельства того, что пожилые пациенты могут быть готовы принять эти технологии. Авторы особо подчеркивают потенциал использования мобильного здравоохранения для пожилых людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности, в области кардиологической реабилитации (mHealth-CR) (Bostrom J. et al., 2020).

Авторы другого исследования по тематике использования потенциала современных цифровых технологий задались вопросом, может ли домашняя программа на основе смартфонов и социальных сетей способствовать мониторингу и модификации факторов риска для улучшения самоконтроля заболевания и улучшения здоровья пациентов с ИБС после хирургического вмешательства. Пользование такой смарт-программой позволяет проводить отслеживание физической активности с интерактивной обратной связью и постановкой целей, реализовывать образовательные модули, направленные на понимание и самоконтроль ИБС, осуществлять дистанционный мониторинг артериального давления, внедрять стратегии повышения приверженности лечению. Кроме того, специальный портал данных и инструктор помогают при необходимости организации индивидуального наблюдения и консультирования. Программа содержит первичную

информацию об изменениях физической нагрузки, а также вторичную информацию об актуальных факторах риска, приверженности лечению, психологическом благополучии и качестве жизни, повторных госпитализациях и пр. (Dorje T. et al., 2018).

Еще одним направлением модификации существующих реабилитационных программ является дистанционный формат их реализации. Программы кардиологической реабилитации на базе центров является эффективным многокомпонентным вмешательством для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, однако степень вовлеченности пациентов в такие программы остается низкой. В качестве достойной альтернативы предлагается программа дистанционной кардиологической телереабилитации. Результаты исследований показывают, что телереабилитация является эффективной и безопасной альтернативной реабилитацией для пациентов с сердечными заболеваниями (Рожнев В.В., 2020; Batalik L. et al., 2020).

За рубежом подобные программы реабилитации все увереннее начинают принимать формат кардиореабилитации на дому, что является одной из новых стратегий. В отличие от централизованных услуг по неотложной помощи, которые предоставляются в учреждении под медицинским наблюдением, кардиореабилитация на дому основывается на дистанционном обучении с косвенным наблюдением за выполнением упражнений (Thomas R.J. et al., 2019).

1.4.8. Медико-психологическое сопровождение в клинике сердечно-сосудистых заболеваний

Целостная система медицинских и психологических мер воздействия, направленных на помощь пациенту в лечении, диагностике и профилактике заболеваний чаще носит в современной отечественной литературе наименование медико-психологического сопровождения. В зарубежной

литературе данному концепту больше соответствует понятие психосоциальной помощи (Chivukula U. et al., 2017) или психосоциальной интервенции (Savio M.T., Hariharan M., 2020).

В системе здравоохранения с учетом важности комплексного подхода в организации помощи пациенту концепция медико-психологического сопровождения довольно распространена. Уже не первый год она успешно реализуется в педиатрической практике в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья (Дашиева Б.А. с соавт., 2010), детей с нарушениями слуха (Карауш И.С., Куприянова И.Е., 2011), детей психосоматического профиля (Копышева Е.Н., Пчелинцева Е.В., 2016).

Направленность на комплексный характер помощи позволяет включать в систему медико-психологического сопровождения ребенка с нарушениями психического развития не только его самого, но и членов его семьи (Маркова М.В., Ветрила Т.Г., 2011).

Также имеется положительный опыт в медико-психологическом сопровождении больных хроническими заболеваниями, требующими многолетнего четко организованного лечения и реабилитации.

Хорошо описана структурированная на региональном уровне система медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом (Николаев Е.Л. с соавт., 2019).

Во фтизиатрии известна модель медико-психологического сопровождения противотуберкулезной терапии впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких (Брюханова Н.С., Антропова В.В., 2011).

Больные психическими расстройствами с органическим поражением головного мозга в условиях больницы со строгим наблюдением также нуждаются в системном медико-психологическом сопровождении (Живилова Я.С., 2017).

В данном исследовании нас больше интересует опыт медико-психологического сопровождения больных сердечно-сосудистыми

заболеваниями, который также представлен в научной литературе. С учетом высокой распространенности данного вида заболеваний большинство описанных в исследованиях практик касаются больных ИБС.

Программы сопровождения и помощи пациентам с ИБС включают как диагностические процедуры, так и профилактические меры. Психодиагностическое скрининг-исследование на основе комплекса психологических методов позволяет выявить «мишени» психокоррекционного воздействия и является составной частью медико-психологического сопровождения. Комплексная профилактика осложнений основывается на принципе мониторинга психологического состояния пациентов и включает превентивные психолого-коррекционные мероприятия, реализуемые с учетом конкретной нозологии (Чапала Т.В., 2012).

В исследовании А.В. Чернорай (2014) установлено, что динамика психического статуса больных ИБС острой формы определяется исходной тяжестью соматического состояния, а поведение детерминировано сформировавшимися в догоспитальный период установками в отношении здоровья и болезни. Целью психологического вмешательства при сопровождении является формирование адекватного новым условиям жизни поведения больных, включая приверженность лечению. Мероприятия дифференцируются в соответствии с тяжестью исходного соматического состояния, этапом лечебно-реабилитационного процесса и особенностями отношения личности к болезни (Чернорай А.В., 2014).

А.В. Солодухин (2020) предлагает использовать при медико-психологическом сопровождении пациентов с ИБС модель психологической коррекции нарушений когнитивной сферы, направленную на актуализацию смысла жизни, осмысление копинг-поведения и отношения к болезни, как жизненной ситуации, а также восстановления когнитивных функций, что, по его мнению, позволяет повысить уровень психологической адаптации больного к своему заболеванию (Солодухин А.В., 2020).

М.Л. Барановым (2014) в рамках медико-психологического сопровождения больных гипертонической болезнью разработан адаптированный вариант метода когнитивной терапии для лечения пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами в условиях стационара. Он представляет собой комплекс методов когнитивной терапии и техник когнитивной гипнотерапии, точкой приложения которых являются избыточно используемые копинг-стратегии, содержащие высоко напряженные дисфункциональные когнитивные схемы и основные типы дисфункциональных убеждений, формирующие когнитивное содержание тревожно-депрессивных расстройств у больных (Баранов, М. Л., 2014). Схожие по направленности рекомендации подготовлены Е.А. Семеновой (2011).

В работе с больными с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей Н.В. Попенко (2016) внедрены в послеоперационный период программы медико-психологического сопровождения, которые способствует снижению уровня тревоги и депрессии, активизации адаптационных возможностей посредством внутренних ресурсов с учетом психологических характеристик пациентов и тяжести заболевания (Попенко Н.В., 2016).

В работе с больными ИБС, гипертонической болезнью и пороками сердца Е.Ю. Лазаревой (2016) выделены четыре этапа психологической помощи, что позволило оказывать психологическую помощь пациентам с учетом клинических особенностей заболевания, личностных характеристик, специфики психологического статуса и уровня адаптационного потенциала личности (Лазарева Е.Ю., 2016).

Таким образом, медико-психологическая помощь КХ больным в периоперационный период глубоко обоснована, широко востребована и клинически перспективна. Сегодня она реализуется в различных условиях и объемах, а потому нуждается в более тщательной проработке возможностей развития и механизмов реализации с учетом специфики больных КХ

профиля. Обращение к практике персонализированного подхода как к базовой модели системы междисциплинарных вмешательств позволит эффективнее решать организационные задачи медико-психологической помощи КХ пациенту на различных этапах его лечения и реабилитации.

Применительно к цели и задачам настоящего исследования за основу для дальнейшей работы может быть принято определение Н.В. Васильевой (2017), описывающее медико-психологическое сопровождение как «комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы пациента не только с целью его психологической поддержки, но и стимулирования адаптивных возможностей личности и организма в ситуации болезни с учётом клинической специфики и динамики патологического процесса».

Реализация практики медико-психологического сопровождения КХ пациента на основе идей, заложенных в данном определении, с учетом множества индивидуальных биологических, клинических и психосоциальных факторов поможет в полной мере использовать большой потенциал персонализированного подхода в медицине во благо больного.

* * *

В завершение первой главы, посвященной обзору литературы по проблеме медико-психологической помощи больным КХ профиля, необходимо подчеркнуть, что обоснование и разработка модели медико-психологического сопровождения КХ больных является важной задачей междисциплинарного характера. В настоящее время в большей мере разработана система психологической помощи кардиологическим пациентам. Однако эти программы не позволяют в полной мере удовлетворять базовые потребности КХ пациентов, связанные с особенностями пред- и послеоперационного этапов лечения.

Наибольшим потенциалом по медико-психологическому сопровождению КХ больных обладают специализированные медицинские

организации, где реализуются мультидисциплинарные программы кардиологической реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Также необходимо распространить на создаваемую программу медико-психологического сопровождения КХ больных потенциал персонализированного подхода в кардиологии и психотерапии, что позволит придать программе сопровождения более индивидуализированный характер, и тем самым повысить ее эффективность.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование проведено на клинической базе бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканский кардиологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (РКД) в г. Чебоксары (главный врач – доктор медицинских наук В.Е. Бабокин), которое оказывает специализированную, в том числе высокотехнологическую, стационарную и амбулаторную медицинскую помощь больным, страдающим ССЗ.

2.1. Дизайн исследования

Данное исследование носило проспективный наблюдательный характер и проводилось в четыре этапа (рисунок 1). На первом этапе разрабатывалась методология и дизайн исследования. Был проведен анализ состояния проблемы персонализированного подхода при оказании медико-психологической помощи больным КХ профиля. Проанализирована современная научная медицинская и психологическая литература по данной теме, по результатам чего подготовлен аналитический обзор. Определена цель, задачи, материал и методы настоящего исследования.

На втором этапе исследования проведена первая часть клинико-психологического исследования. В амбулаторных условиях предварительную клинико-психологическую оценку прошли 181 больной ССЗ, получившие рекомендации оперативного лечения своего заболевания в условиях кардиохирургического отделения РКД. Позже 178 из них поступили в стационар для оперативного лечения. В соответствии с критериями включения и невключения для участия в настоящем клинико-

психологическом исследовании из них был произведен отбор 159 КХ больных, распределенных на три клинические группы.

На третьем этапе исследования проводилась разработка и реализация программы медико-психологического сопровождения КХ больных. Для получения более однородных данных и возможности применения более чувствительных методов статистической обработки проведение первичной статистической обработки результатов клинико-психологического исследования сопровождалось очисткой данных (data cleaning) (Mavrogiorgou A. et al., 2021) с удалением части исходных данных по следующим критериям: наличию технических ошибок при внесении данных; наличию избыточно высоких или низких значений; частичному отсутствию или недостоверности значимых для исследования клинико-анамнестических или социодемографических сведений; отсутствию итоговых результатов по одной из психодиагностических методик; однотипным ответам на вопросы опросников (Van den Broeck J. et al., 2005). В результате подобной работы с данными распределение переменных стало соответствовать нормальному, что позволило использовать для межгруппового сравнения более чувствительные параметрические методы статистического анализа, в частности, *t*-критерий Стьюдента. На основе проведенного анализа проведена персонализация программ медико-психологического сопровождения КХ больных с конкретизацией моделей здоровья, факторов риска тяжести заболевания, психологических ресурсов, мишеней психотерапии и индивидуализации маршрута сопровождения.

На четвертом этапе динамическая оценка результатов реализации программы медико-психологического сопровождения проводилась через 12 месяцев, на ее завершающем этапе. К этому времени по причине прерывания лечения или отказа от дальнейшего участия в программе сопровождения из исследования вышли 24 КХ больных. С учетом этого в лонгитудинальном клинико-психологическом исследовании участвовали 128 КХ больных.

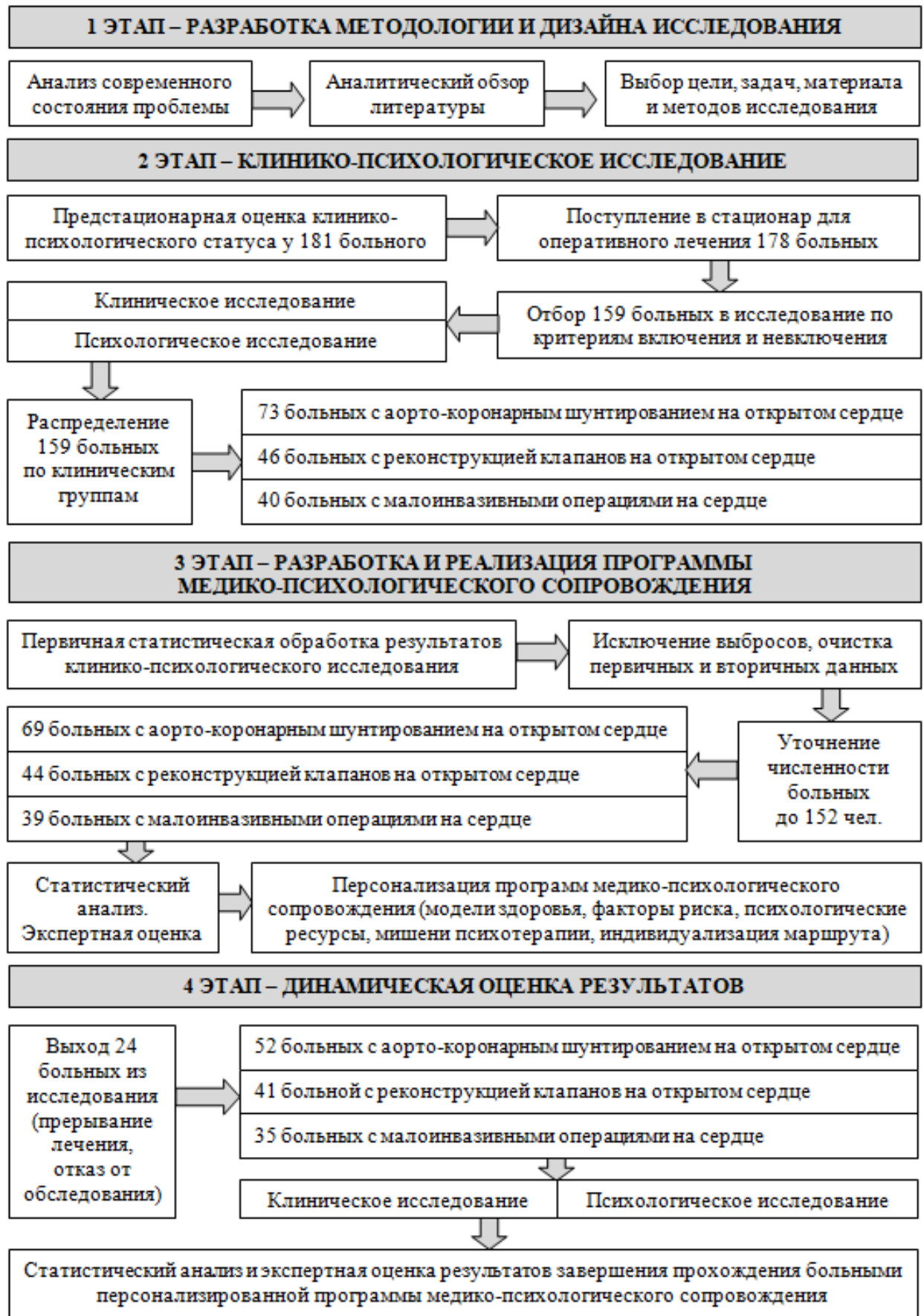


Рисунок 1. Дизайн исследования

Результаты завершения прохождения больными персонализированной программы медико-психологического сопровождения оценивались с помощью методов статистического анализа и экспертной оценки.

2.2. Материал исследования

Критерии отбора обследованных. Материалом для диссертационного исследования послужили больные ССЗ, поступившие в течение 2017 года в стационарные отделения РКД для планового КХ лечения имевшейся у них сердечно-сосудистой патологии.

Критериями включения больных ССЗ в исследование были следующие:

- клинически подтвержденный диагноз ССЗ, требующий планового оперативного вмешательства на сердце (КХ операции);
- наличие предварительного согласия больного на проведение КХ операции;
- наличие информированного согласия больного на участие в исследовании;
- языковая способность больного понимать содержание опросников и заполнять их на русском языке;
- готовность больного в ходе лечения и реабилитации участвовать в повторных исследованиях и психологической работе с психотерапевтом и медицинским психологом.

Критериями невключения были следующие:

- наличие сердечно-сосудистой патологии, предполагающей оперативное вмешательство на сосудах без операции на сердце;
- наличие выраженных психических нарушений с явлениями дезорганизации психической деятельности;
- наличие пограничных психических нарушений в состоянии декомпенсации;
- наличие признаков зависимости от психоактивных веществ;

- наличие признаков когнитивного дефицита, препятствующих заполнению опросников;

- наличие негативной реакции на участие в исследовании.

Все больные, отобранные для исследования на основании описанных критериев, дали информированное согласие на участие в данном исследовании, в т.ч., в повторных опросах, и в работе с психотерапевтом и медицинским психологом.

Общая характеристика обследованных. Из первоначальных 181 амбулаторного больного, обратившихся в течение года в РКД на первом этапе исследования, в соответствии с описанными критериями и процедурой очистки данных на третьем этапе были отобраны 152 КХ больных (см. рисунок 1), средний возраст которых составил $59,95 \pm 9,66$ года. Средний возраст мужчин ($59,83 \pm 9,24$ года) достоверно не отличался ($p > 0,05$) от среднего возраста женщин ($60,14 \pm 10,38$ года). Большинство обследованных составили мужчины (61,18%). Минимальный (28 лет) и максимальный (78 лет) возраст был также отмечен у мужчин (таблица 1). Средняя продолжительность заболевания обследованных составила $10,58 \pm 9,93$ года.

Таблица 1 – Общие половозрастные характеристики
обследованных КХ больных

Категория	Абсолютное число, чел.	Относительное число, %	Минималь- ный возраст, годы	Максималь- ный возраст, годы
Мужчины	93	61,18	28	78
Женщины	59	38,82	32	75

Среди обследованных преобладали больные со средним специальным (41,45%) или средним образованием (28,29%), женатые и замужние (75%), проживающие в городе (44,74%) или на селе (44,08%). Доли работающих и пенсионеров были примерно одинаковы (45,39% и 45,39% соответственно). В тоже время, каждый пятый больной (19,74%) имел высшее образование, а

каждый десятый (9,21%) был вдов. Доля неработающих в трудоспособном возрасте среди больных была невелика - 6,58% (таблица 2).

Выделение клинических групп. Принцип распределения 152 КХ больных по клиническим группам в первую очередь отражал объем и характер планируемого оперативного вмешательства на сердце.

Таблица 2 – Общие социодемографические характеристики
обследованных КХ больных

Категория	Характеристика	Абсолютное число, чел.	Относительное число, %
Образование	Неполное среднее	12	7,89
	Среднее	43	28,29
	Среднее специальное	63	41,45
	Незаконченное высшее	4	2,63
	Высшее	30	19,74
Семейное положение	Женат, замужем	114	75,00
	В разводе	8	5,26
	Брак незарегистрирован	6	3,95
	Повторный брак	2	1,32
	Холост	8	5,26
	Вдов	14	9,21
Место проживания	Город	68	44,74
	Районный центр	17	11,18
	Село	67	44,08
Трудовая деятельность	Работающие	69	45,39
	Не работающие	10	6,58
	Пенсионеры	73	48,03

Так, первая клиническая группа (69 чел.) была сформирована из пациентов с ССЗ, имеющих показания для оперативной реваскуляризации миокарда методом аорто-коронарного шунтирования на открытом сердце с применением экстракорпоральной перфузии – *группа КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце* (группа 1). Во вторую группу (44 чел.) вошли пациенты с ССЗ с наличием показаний для проведения оперативного вмешательства в связи с задачами по реконструкции клапанов сердца также в условиях открытого сердца и применения экстракорпоральной перфузии – *группа КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце* (группа 2). В третью клиническую группу (39 чел.) вошли больные с показаниями для малоинвазивных оперативных вмешательств на работающем сердце без применения искусственного кровообращения (баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий, имплантация кардиостимулятора, радиочастотная абляция аритмогенных очагов сердца) – *группа КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце* (группа 3).

Половозрастная характеристика клинических групп. Половой состав первой и третьей клинической группы отражал преобладание в своем составе мужчин (73,91% и 53,85% соответственно), третьей клинической группы – женщин (52,27%) (таблица 3).

Более старшими по возрасту оказались больные первой клинической группы ($62,52 \pm 7,33$ года). Самые молодые (28 лет) и самые старшие (78 лет) по возрасту пациенты вошли в третью клиническую группу.

Клинико-нозологическая характеристика групп. В соответствии с критериями МКБ-10 в *группу 1* или *группу КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце* (69 чел.) вошли 60 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) (86,96%) с ведущим диагнозом стенокардии напряжения III и IV функциональных классов (I20.8 по МКБ-10) и 9 пациентов (13,04%) с диагнозом перенесенного в прошлом инфаркта миокарда (I25.2). По результатам ангиографического исследования у них

было выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. Данным больным в ходе лечения была проведена оперативная реваскуляризация миокарда методом АКШ. Оперативное вмешательство осуществлялось на открытом сердце с использованием искусственного кровообращения.

Таблица 3 – Половозрастные характеристики КХ больных
трех исследуемых групп

Категория	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)
Мужской пол, чел.	51	21	21
Мужской пол, %	73,91	47,73	53,85
Женский пол, чел.	18	23	18
Женский пол, %	26,09	52,27	46,15
Средний возраст, годы (M±σ)	62,52±7,33	57,00±11,66	58,72±9,88
Минимальный возраст, годы	46	31	28
Максимальный возраст, годы	75	73	78

Группу 2 или группу КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (44 чел.) составили КХ больные с врожденными или приобретенными пороками сердца: 13 пациентов (29,55%) с диагнозом ревматических болезней митрального клапана (I05), 10 пациентов (22,73%) - с диагнозом неревматических поражений аортального клапана (I35), 8 пациентов (18,18%) - с диагнозом ревматических поражений нескольких клапанов (I08), 5 пациентов (11,36%) - с диагнозом ревматических болезней аортального клапана (I06), 4 пациента (9,09%) - с диагнозом неревматических поражений митрального клапана (I34) и 4 пациента (9,09%) - с диагнозом неревматических поражений трехстворчатого клапана (I36). Хирургическое лечение данных больных проводилось на открытом сердце путем протезирования или пластики клапанного аппарата сердца в условиях искусственного кровообращения.

Группа 3 или *группа КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце* (39 чел.) была сформирована 21 больным ИБС (53,85%) с диагнозом стенокардии напряжения III и IV функциональных классов (I20.8) с зарегистрированным по данным ангиографического исследования одно- и двух сосудистым поражением коронарного русла, 9 пациентами (23,08%) с диагнозом синдрома слабости синусового узла (I49.5) и 9 пациентами (23,08%) – с диагнозом наджелудочковой тахикардии (I47.1). Данная группа КХ больных получала оперативное лечение методами баллонной ангиопластики, стентирования коронарных артерий, имплантации кардиостимулятора или радиочастотной абляции аритмогенных зон сердца. Эти операции по своему содержанию являлись менее травматичными для больных, не сопровождались торакотомией, остановкой сердца и экстракорпоральной перфузией.

Лечение, консультации и наблюдение КХ больных специалистами.

В период пребывания в стационаре больные проходили лечение и наблюдались врачом – сердечно-сосудистым хирургом и врачом-кардиологом. Дважды пациенты проходили психологическое исследование – на этапе поступления в стационар и предоперационной подготовки (первый день госпитализации), и на этапе амбулаторной реабилитации (через двенадцать месяцев после операции).

В период исследования все больные консультировались врачом-психотерапевтом и медицинским психологом. Каждый пациент участвовал в индивидуальных и групповых занятиях с психотерапевтом и медицинским психологом. Также пациенты консультировались врачом-неврологом, врачом-физиотерапевтом, врачом лечебной физкультуры, другими специалистами, и при необходимости получали соответствующее лечение.

Выписанные из стационара пациенты находились на медицинском наблюдении по месту жительства врача-кардиолога, врача-терапевта (или врача общей (семейной) практики), врача-невролога, врача-психотерапевта, а также медицинского психолога. При необходимости на консультацию

привлекались врачи других специальностей. Пациенты получали психологическую и психотерапевтическую помощь амбулаторно, в т.ч. с использованием дистанционных коммуникационных технологий (по телефону, через сеть Интернет).

Через двенадцать месяцев после операции, по итогам завершения прохождения персонализированной программы медико-психологического сопровождения, КХ больные проходили повторное обследование специалистами РКД – врачом-кардиологом, врачом-психотерапевтом, медицинским психологом, в ходе которого оценивалась динамика их клинико-психологического состояния.

2.3. Методы исследования

Клинический метод предполагал интеграцию информации о пациенте, полученную на основе беседы, опроса, наблюдения, анализа медицинских документов при помощи следующих его составляющих и взаимодополняющих друг друга подходов: *клинико-anamnestического* (изучение особенностей жизни и развития больного во взаимосвязи с динамикой проявления его заболевания и актуальным клиническим состоянием); *клинико-психопатологического* (анализ актуального психического состояния больного в сопоставлении с наличием и выраженностью у него психопатологических симптомов и синдромов, формирующих целостную клиническую картину патологического состояния), *клинико-патогенетического* (фокусирующего внимание на природе и механизмах появления, манифестации, разрешения и трансформации патологических проявлений, тесно взаимосвязанных с индивидуально-личностными особенностями пациента, спецификой его заболевания и средовых влияний) (Кутько И.И. с соавт., 2013).

Клинико-психологический метод был использован для получения важной информации о пациенте, которая позволяла бы соотносить

психологическую оценку его конкретных эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций и проявлений с клиническим диагнозом и спецификой патологического состояния, результатами лабораторных и инструментальных исследований, другой клинической информацией для учета в диагностической и лечебно-коррекционной работе сохранного потенциала внутри- и межличностных ресурсов (Щелкова О.Ю., 2009).

В рамках данного метода в настоящем исследовании использовался *Опросник депрессивности Бека* (Beck Depression Inventory, BDI), разработанный А. Беком (Beck A.T., 1961), который предназначен для оценки общего уровня депрессии, выраженности ее отдельных симптомов, а также их сочетания в рамках когнитивно-аффективной субшкалы и субшкалы соматизации (Тарабрина Н.В., 2001).

Экспериментально-психологический метод реализовывался в работе через применение в изучении больных комплекса психодиагностических методик, нацеленного на установление у исследуемого индивидуальной специфики реагирования на определенный стимульный материал опросников, который мог носить более или менее структурированный характер, что позволяло конкретизировать особенности клинико-психологических характеристик исследуемых пациентов (Щелкова О.Ю., 2009).

В частности, с помощью модифицированного варианта *Методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн* (Рубинштейн С.Я., 2010) производилось изучение сознания болезни и самооценки у КХ больных по десяти параметрам здоровья, самочувствия, настроения, страха смерти, страха операции, веры в выздоровление, удовлетворенности жизнью, счастья, везучести, а также веры. Для этого в ходе беседы с больным ему предлагалось отметить свое местоположение по каждой из измеряемых категорий на шкале, которая при обработке оценивалась по десятибалльной системе для формализации полученных результатов. Методика разработана Т.В. Дембо в 1962 г. и доработана С.Я. Рубинштейн (1970).

Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI) разработан P.G. Zimbardo, J.N. Boyd (1999). Русскоязычная версия представляет собой психологический диагностический инструмент, состоящий из 56 утверждений и позволяющий изучать степень внутриличностной ориентации на пять временных категорий – негативное прошлое, позитивное прошлое, гедонистическое настоящее, фаталистическое настоящее и будущее. Методика выявляла особенности отношения КХ больного к собственному опыту, окружающей действительности и ожидаемым перспективам сквозь призму личностных временных характеристик. Русскоязычная версия разработана и валидизирована А. Сырцовой с соавт. (2007).

Проективный тест враждебности, разработанный Н.Г. Гаранян с соавт. (2003), был ориентирован на определение выраженности у КХ больных сформированной склонности ожидания от окружающего мира негативных реакций и установок через видение других людей как «склонных демонстрировать превосходство и унижать», «как презирающих слабость», и как «холодных, равнодушных и не склонных к оказанию помощи». В ходе исследования КХ больного просили спрогнозировать результаты анонимного опроса населения по каждому из 14 предлагаемых утверждений, предположив, «какой процент опрошенных людей согласился бы с данными утверждениями» (Гаранян Н.Г. с соавт., 2003).

Тест жизнестойкости в адаптации Е.Н. Осина (2013), представляющий собой русскоязычную версию Опросника жизнестойкости С. Мадди (Harddines Survey), помогал выявить способность личности КХ больного успешно справляться с трудными ситуациями и стрессовыми событиями, с выделением трех относительно автономных компонента такой успешности - вовлеченности, контроля и принятия риска. Развитость данных качеств позволяет личности эффективно снижать эмоциональное напряжение и следовать более эффективным стратегиям разрешения проблем. Опросник

состоит из 12 утверждений с четырьмя вариантами ответов. Разработан S.R. Maddi, S.C. Kobasa (1984).

Измеряемые с помощью адаптированной и валидизированной русскоязычной версии (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994) *Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки* (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS) показатели социальной поддержки дали возможность произвести количественную оценку ее эффективности и адекватности по трем направлениям – со стороны семьи, со стороны друзей и со стороны значимых других. Опросник содержит 12 утверждений и семь вариантов ответов для выбора испытуемым. Разработан G.D. Zimet et al. (1988).

Метод экспертных оценок представлял собой научное обобщение аргументированных суждений специалистов-экспертов, базировавшихся на их опыте, знаниях и интуиции (Артюхов И.П. с соавт., 2012; Dolan J.G., Veazie P.J., 2019,) для оценки клинико-психологического состояния КХ. Метод применялся дважды – на третьем этапе исследования для оценки выраженности у КХ больных клинико-психологических показателей факторов риска тяжести заболевания и выраженности психологических ресурсов, а также на четвертом этапе исследования для оценки динамики клинико-психологического состояния по итогам медико-психологического сопровождения. Группа экспертов состояла из 16 высококвалифицированных специалистов в области кардиологии, кардиохирургии, психологии, психотерапии, имевших опыт профессиональной деятельности не менее 5 лет (доктора и кандидаты наук – сотрудники профильных кафедр Чувашского госуниверситета и Института усовершенствования врачей, врачи-специалисты первой или высшей квалификационной категории). По результатам заполнения экспертами анкет, определялась степень согласованности их ответов (коэффициент конкордации) и итоговая характеристика конкретного показателя (Ф.А. Пчелинцева с соавт., 2020).

Статистический метод. Статистический анализ экспериментальных данных проводился на кафедре дискретной математики и информатики (зав. кафедрой кандидат физико-математических наук Д.А. Троешестова) факультета прикладной математики, физики и информационных технологий Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова. Количественная обработка результатов исследования и их графическое представление осуществлялось по результатам проведения статистического анализа в соответствии с рекомендациями А.Н. Наркевича и К.А. Виноградова (2019). Количественные данные представлялись в виде среднего и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$), достоверность различий при нормальном распределении оценивалась при помощи t -критерия Стьюдента. Нормальность распределения проверялась по критерию Шапиро-Уилка. Абсолютные данные представлялись в виде числа случаев с оценкой достоверности различий между группами с помощью критерия χ^2 и ϕ -критерия (углового преобразования) Фишера. Относительные данные представлялись в виде пропорций, оценка различий которых проводилась по z -критерию при числе двух групп сравнения, по критерию χ^2 при числе трех групп сравнения. При оценке различий средних значений трех групп применялся однофакторный дисперсионный анализ с нахождением F -критерия. Для исследования взаимосвязей количественных переменных находился линейный коэффициент корреляции r Пирсона. Для установления степени согласованности экспертных мнений рассчитывался коэффициент конкордации Кендалла W . Вероятность ошибки во всех расчетах считалась допустимой при уровне достоверности $p < 0,05$. Статистический анализ выполнен в среде Excel 97.0 и с использованием пакетов программного обеспечения Statistica 10.

На втором этапе исследования при поступлении в стационар КХ больные проходили первое психологическое исследование при помощи шести психодиагностических методик – Опросника депрессивности Бека, модифицированной Методики Дембо-Рубинштейн, Опросника временной

перспективы, Проективного теста враждебности, Теста жизнестойкости, Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки MSPSS. При повторном психологическом исследовании на завершающем этапе медико-психологического сопровождения, на этапе динамической оценки результатов они заполняли три психологических опросника - Опросник депрессивности Бека, модифицированную Методику Дембо-Рубинштейн и Тест жизнестойкости.

* * *

В данной главе представлен дизайн диссертационного исследования, которое проводилось в четыре этапа – этап разработки методологии и дизайна исследования, этап клинико-психологического исследования, этап разработки и реализации программы медико-психологического сопровождения КХ больных, этап динамической оценки результатов. Клинической базой для сбора материала и реализации программ персонализированного подхода медико-психологического сопровождения стал региональный кардиологический диспансер Чувашской республики, являющийся специализированной медицинской организацией по оказанию высокотехнологической помощи больным с ССЗ.

В качестве материала исследования представлены предварительно обследованные больные ССЗ обоего пола, поступившие в КХ стационар для оперативного лечения, и прошедшие двухступенчатую процедуру отбора в соответствии с клиническими и статистическими критериями. С учетом характера и объема оперативного вмешательства КХ больные были отнесены к трем клиническим группам – группе КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце, группе КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце и группе КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце. Все больные помимо оперативного лечения сердечно-сосудистым хирургом проходили другие виды лечения и реабилитации,

консультировались и наблюдались кардиологом, психотерапевтом, медицинским психологом, неврологом, физиотерапевтом, врачом лечебной физкультуры, другими специалистами.

Достижение цели исследования и выполнение его задач было обеспечено обращением к комплексу методов, включавшего клинический метод, клинико-психологический метод, экспериментально-психологический метод, метод экспертных оценок и статистический метод. Использование специальных психодиагностических методик позволило оценить особенности клинико-психологического статуса КХ больных при поступлении в стационар, а также провести лонгитудинальную оценку клинико-психологического состояния пациентов при завершении персонализированных программ медико-психологического сопровождения.

ГЛАВА 3

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

3.1. Клинические характеристики кардиохирургических больных

В данное исследование включены 152 больных ССЗ, поступивших в течение года в стационарные отделения РКД для планового КХ лечения и отобранных в соответствии с исследовательскими критериями, описанными во второй главе диссертации.

При поступлении в стационар исследованные КХ больные предъявляли жалобы на одышку (70,39%), сниженную переносимость физических нагрузок (67,11%), боль за грудиной (64,47%), быструю утомляемость (51,32%), учащенное сердцебиение (25,66%), головную боль (22,37%), головокружение (11,37%), отеки нижних конечностей (10,53%), редкий пульс (5,92%). При активном расспросе они также отмечали нарушенный сон (72,37%), тревогу (57,23%), раздражительность (50,66%), сниженное настроение (36,18%), ухудшение аппетита (21,71%), страх смерти (7,89%).

После поступления в стационар каждый больной осматривался врачом-кардиологом и врачом сердечно-сосудистым хирургом, происходило уточнение анамнеза, клинического диагноза и показаний для оперативного лечения, определялась тактика предстоящего кардиохирургического вмешательства.

Анализ клинико-anamнестических характеристик КХ больных исследуемых групп (таблица 4) при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) показал, что между группами существуют различия по параметру продолжительности заболевания ($F=9,070$; $p=0,0001$).

Таблица 4 – Клинико-анамнестические характеристики
КХ больных исследуемых групп

Параметр		Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	Достоверность различий	
					критерий сравнения	уровень значимости
Продолжительность заболевания, годы ($M \pm \sigma$) ^f		11,31± 8,47	20,05± 18,02	9,99± 9,36	F=9,070	p=0,0001
Наличие в анамнезе предшествующей операций на сердце, чел. (%) ^ж		33 (47,83)	12 (27,27)	11 (28,21)	$\chi^2=6,560$	p=0,0376
Отягощенность анамнеза заболе- вания инфарктом миокарда, чел. (%) ^ж		51 (73,91)	30 (68,18)	6 (15,38)	$\chi^2=37,903$	p=0,00001
Функциона- льный класс ХСН (по NYHA), чел. (%) ^ж	I	-	-	-	-	-
	II	7 (10,14)	3 (6,82)	9 (23,08)	$\chi^2=5,638$	p=0,060
	III	59 (85,51)	33 (75,00)	28 (71,79)	$\chi^2=3,399$	p=0,183
	IV	3 (4,34)	8 (18,18)	2 (5,13)	$\chi^2=7,361$	p=0,026

Примечание: ^f – сравнение значений количественного нормально распределенного признака в трех группах проведено при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). При попарном сравнении групп использован t-критерий Стьюдента для несвязанных совокупностей, значения которого представлены далее в тексте. ^ж – при сравнении качественных целночисленных частот в трех группах использован Хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Попарные сравнения между группами также проведены методом Хи-квадрата, значимые показатели которых содержатся ниже в тексте. ХСН – хроническая сердечная недостаточность, NYHA – классификация Нью-Йоркской кардиологической ассоциации.

Углубленное попарное сравнение с использованием t-критерия Стьюдента для несвязанных совокупностей первой и второй групп, а также второй и третьей групп выявило достоверные различия по фактору продолжительности заболевания ($t_{1-2}=3,477$, $p_{1-2}=0,0004$; $t_{2-3}=3,1307$, $p_{2-3}=0,0012$ соответственно). Достоверные различия между продолжительностью заболевания больных первой и третьей групп определены не были ($t_{1-3}=0,749$; $p_{1-3}=0,228$).

Таким образом, если в целом, КХ больные имели длительность заболевания от трех месяцев до 61 года, то средняя продолжительность заболевания больных второй группы ($20,05 \pm 18,02$ года) в два раза превышала длительность болезни пациентов третьей группы ($9,99 \pm 9,36$ года).

КХ больные трех клинических групп также значимо ($\chi^2=6,560$; $p=0,00001$) отличались друг от друга по частоте наличия в анамнезе заболевания перенесенного в прошлом инфаркта миокарда, которая с большей, чем в четыре раза встречаемостью отмечена у больных первой группы (73,91%), чем у больных третьей (15,38%) группы ($\chi^2=34,247$; $p=0,0001$).

Больные трех групп также достоверно различались по наличию в анамнезе предшествующей операций на сердце ($\chi^2=6,5560$; $p=0,0376$), которая чаще была отмечена у больных первой группы, чем третьей ($\chi^2=6,635$; $p=0,004$) или второй ($\chi^2=4,736$; $p=0,030$). В частности, 47,83% КХ больных первой группы указывало на перенесенные в прошлом операции баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий, у 27,27% больных второй группы в анамнезе присутствовали операции митральной комиссуротомии, 28,21% больных третьей группы также перенесли в анамнезе операции баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий или реконструктивные операции на клапанах сердца.

Все исследованные КХ больные имели клинические признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН), диагностированной по критериям NYHA, преимущественно III функционального класса (от 71,79 до

85,51%, различия между группами недостоверны), что соответствовало у большинства пациентов заметному ограничению физической активности—появлению одышки, учащенного сердцебиения, быстрой утомляемости, отеков нижних конечностей при объеме физической нагрузки ниже привычной повседневной.

Значимые различия между группами выявлены только по частоте ХСН IV функционального класса ($\chi^2=7,361$; $p=0,026$), которая суммарно диагностирована у 8,55% всех КХ пациентов и в большей степени представлена среди больных второй клинической группы (18,18%), значимо превышая частоту ХСН IV класса среди больных первой клинической группы ($\chi^2=5,852$; $p=0,016$).

Исследованные КХ больные помимо основного заболевания имели сопутствующую патологию, проявлявшуюся коморбидным поражением сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной, дыхательной и мочевыводящей систем (таблица 5).

Сравнение показателей трех клинических групп позволило выявить достоверные различия по частоте представленности у КХ больных сопутствующей гипертонической болезни ($\chi^2=9,7128$; $p=0,0078$), ожирения ($\chi^2=10,7004$; $p=0,0047$), атеросклероза брахиоцефальных артерий с поражением более 50% сосудистого русла ($\chi^2=32,0221$; $p=0,0001$). Последовательное попарное сравнение между группами показало, что гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов с поражением более чем 50% брахиоцефальных артерий максимально представлены среди больных с аорто-коронарным шунтированием (92,75% и 46,38% соответственно) в сравнении с КХ больными с малоинвазивными операциями ($\chi^2=15,055$; $p=0,0001$) и с группой КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце ($\chi^2=25,277$; $p=0,0001$). В свою очередь, ожирение более распространено среди КХ больных с малоинвазивными оперативными вмешательствами на сердце в сравнении с КХ больными с реконструкцией клапанов сердца ($\chi^2=6,635$; $p=0,0001$).

Таблица 5 – Характеристика сопутствующей соматической патологии
у КХ больных исследуемых групп (случаи, %)

Патология	Группа 1 (n=69)		Группа 2 (n=44)		Группа 3 (n=39)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Гипертоническая болезнь	64	92,75	33	75,00	28	71,79	9,7128	0,0078
Хронический гастрит	37	53,62	19	43,18	15	38,46	2,6108	0,2711
Хронический холецистит	4	5,80	1	2,27	2	5,13	0,7923	0,6729
Сахарный диабет, II тип	14	20,29	-	-	8	20,51	0,0008	0,2193
Гипотиреоз	2	2,90	-	-	-	-	-	-
Ожирение	12	17,39	1	2,27	11	28,21	10,7004	0,0047
Хронический бронхит	17	24,64	5	11,36	10	25,64	3,5128	0,1727
Бронхиальная астма	4	5,80	2	4,55	4	10,26	1,2228	0,5426
Атеросклероз брахиоцефальных артерий (более 50%)	32	46,38	1	2,27	5	12,82	32,0221	0,00001
Мочекаменная болезнь	6	8,70	8	18,18	2	5,13	4,1901	0,1231
Хронический пиелонефрит	16	23,19	9	20,45	5	12,82	1,7109	0,4251
Среднее	3,01	-	1,80	-	2,31	-	-	-

Примечание: при сравнении качественных целночисленных частот в трех группах использован Хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Попарные сравнения между группами также проведены методом Хи-квадрата, значимые показатели которых приведены в тексте.

В среднем, в группе больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце (группа 1) диагностировано больше (3,01) сопутствующей патологии, чем во второй (1,80) и третьей (2,31) группах пациентов.

После поступления в стационар на дооперационном этапе все КХ больные осматривались врачом-психотерапевтом, который производил оценку их психического статуса, выявлял наличие и характер имеющихся психопатологических нарушений донозологического уровня, наличие признаков сформированных психических расстройств (таблица 6) .

Таблица 6 – Структура психопатологических нарушений
у КХ больных (случаи, %)

Психопатологические нарушения	Все больные (n=152)	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	χ^2	p
Депрессивный синдром	100 (65,79)	43 (62,32)	38 (86,36)	19 (48,72)	13,6945	0,0011
Когнитивные нарушения	72 (47,39)	39 (56,52)	16 (63,67)	5 (12,82)	25,6608	0,0001
Астено-невротический синдром	58 (38,16)	21 (30,43)	23 (52,27)	14 (35,90)	5,5433	0,0626
Тревожный синдром	41 (26,97)	19 (27,53)	15 (34,09)	7 (17,95)	2,7552	0,2522
Усредненный показатель	44,58	44,20	59,10	28,85	-	-

Примечание: при сравнении качественных целночисленных частот в трех группах использован Хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Попарные сравнения между группами также проведены методом Хи-квадрата, значимые показатели которых приведены в тексте.

По данным проведенного клинико-психопатологического анализа было установлено, что у 65,79% обследованных КХ больных определялись признаки нерезкой выраженности депрессивного синдрома, который проявлялся одним или несколькими из перечисленных симптомов – колебаниями настроения или эпизодическим снижением настроения, подверженностью интереса к жизни текущему настроению, более ровным отношением к повседневным радостям, неустойчивостью мыслительной деятельности и ночного сна. Подобные проявления, как правило, не осознавались самим больным как эмоциональные нарушения, недооценивались, считались проявлениями усталости или «лени».

На втором месте по частоте (47,39%) находились когнитивные нарушения, сопровождавшиеся снижением функций памяти, внимания, способности к осмыслению прочитанного и услышанного, не достигавшие, в то же время, степени значительной выраженности. Легкая степень имевшихся когнитивных нарушений позволяла больным при дополнительных пояснениях успешно заполнять психодиагностические опросники и участвовать в психолого-психотерапевтических мероприятиях.

Более трети всех больных (38,16%) имели клинические признаки астено-невротического синдрома, который проявлялся симптомами общей слабости, вялости, сочетавшейся со вспыльчивостью, раздражительностью, обидчивостью, нарушением засыпания и пробуждения, головными болями, что в семейной или профессиональной среде могло сопровождаться усилением эмоционального напряжения и снижением активности в межличностном общении.

У четверти КХ больных (26,97%) был диагностирован тревожный синдром. Он проявлялся неуверенностью и беспокойством пациента в отношении не только реальных и актуальных ситуаций, но и в отношении предполагаемых сложностей, которые могут возникнуть в определенных обстоятельствах. Чаще всего эти ситуации касались актуальной ситуации со здоровьем и возможными перспективами лечения. Выраженный страх

хирургического вмешательства мог включать в себя и страх смерти и тревогу за неуспешный исход операции.

Сравнение по группам показало, что данные психопатологические синдромы присутствуют у больных всех клинических групп. Во всех трех группах на первом месте по частоте – депрессивные нарушения (62,32%, 86,36% и 48,72% соответственно), на последнем месте в первых двух группах – тревожный синдром (27,53% и 34,09%), в третьей группе – когнитивные нарушения (12,82%). В то же время, значимые различия между клиническими группами больных отмечены по частоте представленности депрессивных ($\chi^2=13,6945$; $p=0,0011$) и когнитивных ($\chi^2=25,6608$; $p=0,0001$) нарушений. При этом, депрессивные проявления чаще встречаются во второй группе в сравнении с третьей ($\chi^2=13,620$; $p=0,0001$), также как и когнитивные нарушения ($\chi^2=6,063$; $p=0,014$).

Всем 152 исследованным КХ больным в целях патогенетического лечения основного заболевания и профилактики его прогрессирования были произведены в условиях РКД плановые оперативные вмешательства на сердце, выполнявшиеся бригадой работающих в медицинском учреждении кардиохирургов (врачей – сердечно-сосудистых хирургов). Исходы хирургического вмешательства определялись характером заболевания, тяжестью физического состояния пациента, его психическим состоянием, успешностью предоперационной подготовки, объемом оперативного вмешательства, ходом самой операции.

Анализ результатов хирургического лечения показал, что в 22,37% случаев у КХ больных развились различные послеоперационные осложнения, структура которых подробно представлена в таблице 7.

В целом, наибольшая частота послеоперационных осложнений (47,73%) отмечена у больных второй группы. Сравнение частоты послеоперационных осложнений во второй группе попарно с аналогичными показателями в первой и третьей группах выявило значимые различия между ними ($\chi^2=11,959$; $p=0,0001$ и $\chi^2=21,648$; $p=0,0001$ соответственно).

Таблица 7 – Характеристика послеоперационных осложнений
у КХ больных исследуемых групп (случаи, %)

Характер осложнений	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	χ^2	p
Пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий	5 (7,24)	9 (20,45)	-	4,3182	0,0377
Атриовентрикулярная блокада	-	3 (6,82)	-	-	-
Синдром слабости синусового узла	-	1 (2,27)	-	-	-
Инфицирование после- операционной раны	3 (4,35)	2 (4,55)	-	0,025	0,9603
Кровотечение с повтор- ным хирургическим вмешательством	2 (2,90)	1 (2,27)	1 (2,56)	0,042	0,9792
Экссудативный плев- рит с последующей плевральной пункцией	2 (2,90)	4 (9,09)	-	1,7186	0,1898
Экссудативный перикардит с последу- ющим дренированием полости перикарда	-	1 (2,27)	-	-	-
Всего	12 (17,39)	21 (47,73)	1 (2,56)	26,0874	0,0001

Примечание: при сравнении качественных целночисленных частот в трех группах использован Хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Попарные сравнения между группами также проведены методом Хи-квадрата, значимые показатели которых приведены в тексте.

Именно у больных второй группы встречались как осложнения кардиологического характера (пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий, атриовентрикулярная блокада, синдром слабости синусового узла), так и осложнения хирургического характера (инфицирование послеоперационной раны, кровотечение с повторным хирургическим вмешательством, экссудативный плеврит с последующей плевральной пункцией, экссудативный перикардит с последующим дренированием полости перикарда).

Наименьшая частота послеоперационных осложнений (2,56%) выявлена у больных третьей группы. Это был единственный случай кровотечения с повторным хирургическим вмешательством.

У больных первой группы, перенесших операцию АКШ, послеоперационные осложнения встречались со средней частотой (17,39%), будучи представленными частью осложнений кардиологического и хирургического характера.

Также отмечена статистическая достоверность различий между больными первой и второй группы по частоте послеоперационных осложнений кардиологического характера в виде пароксизмов фибрилляции или трепетания предсердий с их большей частотой у КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце ($\chi^2=4,3182$; $p=0,0377$).

Описанная выше разница в частоте послеоперационных осложнений у КХ больных может быть объяснена различиями в объеме и длительности оперативных вмешательств по поводу ССЗ в каждой из клинических групп.

Итак, целостная картина клинического состояния КХ больных в данном исследовании определялась сочетанием жалоб сердечно-сосудистого характера с жалобами на нарушения в области психической сферы, а также наличием сопутствующей соматической патологии. Больные трех клинических групп имели значимые различия по продолжительности заболевания, наличию в анамнезе предшествующей операции на сердце, отягощенности анамнеза основного заболевания инфарктом миокарда,

частоте представленности среди них сердечной недостаточности четвертого функционального класса.

Как показал анализ клинических, анамнестических и клинико-функциональных данных, наибольшую тяжесть клинического состояния имеют больные второй клинической группы, меньшую – больные первой клинической группы, минимальную – больные третьей клинической группы.

3.2. Особенности самооценки в ситуации заболевания у кардиохирургических больных

Специфика самооценки у КХ больных в ситуации заболевания изучалась при помощи модифицированной версии Методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн (Рубинштейн С.Я., 2010) по десяти параметрам по десятибалльной шкале (рисунок 2). Традиционные для данной методики понятия здоровья, счастья, настроения в соответствии с задачами данного исследования по более глубокому изучению ситуации болезни были дополнены понятиями удовлетворенности жизнью, самочувствия, страха операции, страха смерти, а также веры в выздоровление, религиозной веры и везения. Пациенты отмечали, в какой части линейного шкалируемого континуума они находились на момент исследования.

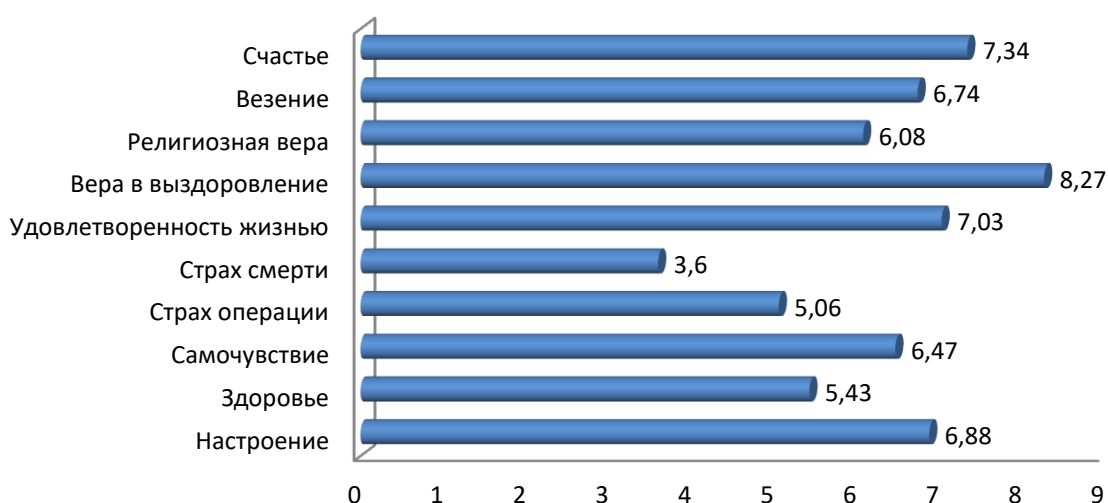


Рисунок 2. Показатели самооценки у КХ больных до операции, баллы

Как видно, в целом, у больных до операции максимальные показатели самооценки отмечены в отношении веры в выздоровление. На втором месте находится самооценка счастья, далее идет удовлетворенность своей жизнью, настроение, самочувствие. Показатель самооценки здоровья находится в зоне срединных значений и близок с уровнем страха предстоящей операции. Страх смерти также имеет средневыраженные значения, что свидетельствует о том, что КХ больные имеют некоторые переживания, связанные с восприятием операции как определенной угрозы для жизни.

При изучении особенностей самооценки в ситуации заболевания у больных трех клинических групп при сравнении по методу ANOVA выявлено, что по большинству показателей между ними существуют достоверные различия (таблица 8). Максимальные различия в группах КХ больных выявлены по показателям самооценки здоровья, самочувствия, счастья, везения и настроения ($p=0,0001$). Менее значимые, но достоверные различия определены по удовлетворенности пациентов жизнью ($F=5,839$; $p=0,004$), страху смерти ($F=5,933$; $p=0,003$) и вере в выздоровление ($F=3,396$; $p=0,036$). Остальные показатели самооценки в ситуации заболевания у больных трех клинических групп статистически неразличимы. Все пациенты имеют одинаково выраженный страх операции и близкий к среднему уровень религиозной веры ($p>0,05$).

Попарные межгрупповые сравнения показателей групп при помощи t -критерия Стьюдента позволили определить достоверно более высокие, средние и низкие значения. Так, уровень настроения максимально низок у больных второй группы ($t_{1-2}=1,823$; $p_{1-2}=0,0355$ и $t_{2-3}=3,9253$; $p_{2-3}=0,0001$), средний – у больных первой группы ($t_{1-2}=1,823$; $p_{1-2}=0,0355$ и $t_{1-3}=2,4835$; $p_{1-3}=0,0073$) и максимально высок – у больных третьей группы ($t_{2-3}=3,9253$; $p_{2-3}=0,0001$ и $t_{1-3}=2,4835$; $p_{1-3}=0,0073$).

Такие же соотношения между тремя клиническими группами сохраняются и для показателей самооценки здоровья (максимально низкий – во второй группе – $t_{1-2}=4,7021$; $p_{1-2}=0,0001$; $t_{2-3}=6,0670$; $p_{2-3}=0,0001$; средний –

в первой группе $t_{1-2}=4,7021$; $p_{1-2}=0,0001$; $t_{1-3}=2,4899$; $p_{1-3}=0,0072$ и максимально высокий – в третьей группе – $t_{2-3}=6,0670$; $p_{2-3}=0,0001$; $t_{1-3}=2,4899$; $p_{1-3}=0,0072$) и самочувствия (максимально низкий – во второй группе – $t_{1-2}=4,8721$; $p_{1-2}=0,0001$; $t_{2-3}=5,5072$; $p_{2-3}=0,0001$; средний – в первой группе – $t_{1-2}=4,8721$; $p_{1-2}=0,0001$; $t_{1-3}=2,2232$; $p_{1-3}=0,0142$ и максимально высокий уровень – в третьей группе – $t_{2-3}=5,5072$; $p_{2-3}=0,0001$; $t_{1-3}=2,2232$; $p_{1-3}=0,0142$).

Таблица 8 – Сравнительные показатели самооценки в группах больных до операции (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	F	p
Настроение $\wedge \circ \vee$	6,79 $\pm$ 2,21	6,01 $\pm$ 2,23	7,86 $\pm$ 2,04	7,519	0,0001
Здоровье $\wedge \circ \vee$	5,26 $\pm$ 1,88	3,67 $\pm$ 1,53	6,29 $\pm$ 2,36	19,786	0,0001
Самочувствие $\wedge \circ \vee$	6,21 $\pm$ 2,09	4,26 $\pm$ 2,05	7,29 $\pm$ 2,93	18,556	0,0001
Страх операции	4,66 $\pm$ 2,72	4,37 $\pm$ 2,89	5,43 $\pm$ 3,31	1,449	0,238
Страх смерти $\wedge \vee$	3,50 $\pm$ 2,62	4,98 $\pm$ 2,56	5,43 $\pm$ 3,69	5,933	0,003
Удовлетворенность жизнью $\circ \vee$	6,74 $\pm$ 2,67	7,42 $\pm$ 1,15	8,14 $\pm$ 1,57	5,839	0,004
Вера в выздоровление $\wedge$	8,34 $\pm$ 2,08	9,13 $\pm$ 1,17	8,86 $\pm$ 1,07	3,396	0,036
Везение $\wedge \circ$	6,58 $\pm$ 2,77	4,45 $\pm$ 2,18	6,43 $\pm$ 2,76	9,923	0,0001
Религиозная вера	5,82 $\pm$ 2,72	5,83 $\pm$ 4,49	6,57 $\pm$ 2,37	0,760	0,470
Счастье $\wedge \circ \vee$	7,16 $\pm$ 2,73	9,11 $\pm$ 1,07	8,43 $\pm$ 2,37	10,624	0,0001

Примечание: представлены результаты сравнения трех групп однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Достоверность различий при попарном сравнении этих же признаков с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$ обозначена: $\wedge$ - для группы 1 и группы 2, $\circ$ - для группы 2 и группы 3, $\vee$ - для группы 1 и группы 3. Цифровые значения результатов сравнения приведены в тексте.

Иное распределения показателей отмечено в отношении самооценки счастья КХ больных – максимальный уровень отмечен во второй группе ($t_{1-2}=4,5161$; $p_{1-2}=0,0001$; $t_{2-3}=1,7170$; $p_{2-3}=0,0449$), средний уровень – в третьей группе ($t_{1-3}=2,4320$; $p_{1-3}=0,0083$; $t_{2-3}=1,7170$; $p_{2-3}=0,0449$) и минимальный уровень – в первой группе ($t_{1-2}=4,5161$; $p_{1-2}=0,0001$; $t_{1-3}=2,4320$; $p_{1-3}=0,0083$).

По двум показателям у КХ больных выявлены только максимально низкие уровни значений – страха смерти в первой группе ($t_{1-2}=2,9540$; $p_{1-2}=0,0019$; $t_{1-3}=3,1617$; $p_{1-3}=0,0010$) и везения во второй группе ($t_{1-2}=4,3167$; $p_{1-2}=0,0001$; $t_{2-3}=3,6462$; $p_{2-3}=0,0002$). Максимально высокий уровень удовлетворенности жизнью определен в третьей группе КХ больных ($t_{1-3}=2,4015$; $p_{1-3}=0,0093$; $t_{2-3}=2,9916$; $p_{2-3}=0,0017$). Во второй группе в сравнении с первой группой установлен достоверно более высокий уровень веры в выздоровление ($t_{1-2}=2,2960$; $p_{1-2}=0,0118$).

Таким образом, самооценка своего здоровья в период до операции у КХ больных соответствует тяжести клинического состояния, а показатели страха в связи с операцией и страха смерти оцениваются ниже. Показатели веры в выздоровление имеют максимальный уровень во всех клинических группах КХ больных, что может свидетельствовать либо о сформированности у них психологического адаптационного потенциала, либо о высоких ожиданиях большой результативности лечения, в частности, оперативного.

3.3. Особенности выраженности депрессии и ее проявлений у кардиохирургических больных

Клиническая информация о состоянии аффективной сферы исследуемых больных, полученная в результате наблюдения, была дополнена результатами применения широко используемого в мире и специально адаптированного в России Опросника депрессивности Бека, BDI (таблица 9),

что позволило дать психометрическую оценку эмоционального состояния КХ пациентов и сравнить его с нормативными данными (Тарабрина Н.В., 2001).

Таблица 9 – Показатели Опросника депрессивности Бека
в группах больных в сравнении с показателями нормы (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	Норма (n=52)	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	F	p
Когнитивно-аффективных проявлений	5,90± 5,32	7,47± 5,07	8,64± 6,69*	8,29± 8,08	0,492	0,612
Соматических проявлений ^ °	3,94± 4,00	7,47± 4,01**	9,31± 3,52**	7,29± 6,18**	2,766	0,066
Общий уровень депрессии ^	9,85± 8,61	14,95± 7,56**	17,94± 10,07**	15,57± 13,59*	1,214	0,300

Примечание: представлены результаты сравнения трех групп однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Достоверность различий при попарном сравнении этих же признаков с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$ обозначена: ^ - для группы 1 и группы 2, ° - для группы 2 и группы 3. Цифровые значения результатов сравнения приведены в тексте. Достоверность различий с нормой t-критерием Стьюдента *- при $p < 0,05$, ** - при $p < 0,001$.

Как видно из сравнения с нормой, во всех трех клинических группах КХ больных общий уровень депрессивных симптомов значимо превышал нормативные значения ($p < 0,05$), что проявлялось наличием у пациентов на момент обследования и в течение предшествующей недели негативных эмоциональных состояний.

Похожие различия обнаружены и по шкале соматических проявлений депрессии, которые во всех группах пациентов превышали нормативные показатели ($p < 0,05$), и свидетельствовали о том, что картина депрессивных нарушений у них в большей мере была связана с симптомами соматического

или вегетативного характера (нарушения сна, утомляемость, снижение работоспособности, уменьшение веса, ухудшение аппетита, утрата либидо и др.).

Достоверно высокий уровень шкалы когнитивно-аффективных проявлений депрессивных нарушений был отмечен только во второй клинической группе ($p < 0,05$) и был связан с большей интенсивностью выраженности у ее пациентов таких симптомов как сниженное настроение, ощущение вины, идеи самообвинения, подавленность, нерешительность, раздражительность, плаксивость и др.

По результатам ANOVA, клинические группы, в целом, не различались по уровню депрессивных проявлений ($p > 0,05$). Однако попарное межгрупповое сравнение показателей с помощью t-критерия Стьюдента позволило установить, что во второй группе был отмечен более высокий, чем в первой ($t_{1-2} = 2,4917$; $p_{1-2} = 0,0071$) и третьей ($t_{2-3} = 1,8558$; $p_{2-3} = 0,0336$) группах уровень соматических депрессивных проявлений. Также выявлено, что общий уровень депрессии КХ больных второй группы был достоверно выше аналогичного показателя больных первой группы ($t_{1-2} = 1,7980$; $p_{1-2} = 0,0374$). Если максимальный общий показатель депрессии у КХ больных второй группы соответствовал ее умеренному уровню, то показатели больных первой и третьей групп отражали ее легкой уровень (субдепрессию).

Итак, для всех трех групп КХ больных характерно наличие в клинической картине депрессивных нарушений умеренной интенсивности. Максимально выраженные депрессивные проявления представлены во второй группе КХ больных.

3.4. Особенности враждебности и временной перспективы у кардиохирургических больных

Враждебность является личностной характеристикой, которая рассматривается исследователями как значимый психосоциальный фактор

риска ССЗ (Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю., 2014). Для выявления у КХ больных специфики выраженности враждебности как личностного конструкта использовалась специальная психодиагностическая методика «Проективный тест враждебности» (Гаранян Н.Г. и др., 2003), результаты которого представлены ниже (таблица 10).

Таблица 10 – Показатели Проективного теста враждебности
в группах больных в сравнении с показателями нормы (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	Норма (n=73)	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	F	p
Видение других людей как «склонных возвышаться за счет принижения других людей» ^	27,0± 17,08	30,69± 20,40	24,17± 14,50	26,19± 21,81	1,685	0,189
Видение других людей «как презирающих слабость» ^ °	43,8± 19,87	54,11± 22,10*	37,50± 18,60	50,00± 20,92	8,718	0,0001
Видение других людей как «холодных, равнодушных и не склонных к оказанию помощи»	46,1± 13,6	42,60± 12,74	42,08± 14,04	44,29± 15,89	0,284	0,753
Средний показатель теста ^ °	41,1± 12,39	44,68± 12,28	36,05± 14,31*	42,90± 10,20	6,712	0,002

Примечание: представлены результаты сравнения трех групп однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Достоверность различий при попарном сравнении этих же признаков с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$ обозначена: ^ - для группы 1 и группы 2, ° - для группы 2 и группы 3. Цифровые значения результатов сравнения приведены в тексте. Достоверность различий с нормой t-критерием Стьюдента: *- при $p < 0,05$.

В ходе исследования перед пациентом стояла задача предположить, какая часть людей согласилась бы с предложенными ему для рассмотрения утверждениями, неосознанно проявляя в той или иной мере свои собственные враждебные установки по отношению к миру и окружению.

В целом, сравнение с литературными данными нормы (Гаранян Н.Г. и др., 2003) показало, что средний показатель теста ни в одной из клинических групп не превысил нормативных значений, что следует рассматривать как отсутствие в исследуемых группах пациентов выраженных проявлений враждебности. Наоборот, уровень враждебности больных второй группы оказался достоверно ниже нормативных значений ($p < 0,05$), что характеризует их в дооперационный период как пациентов не склонных воспринимать окружающий мир и людей через негативные оценки доминирования, зависти, холодности или равнодушия.

В то же время у больных первой группы отмечены достоверно более высокие значения такого показателя враждебности как «Видение других людей «как презирающих слабость»» ($p < 0,05$), что отражает наличие у этой группы КХ больных выраженных негативных представлений о своем ближайшем социальном окружении. Такие пациенты склонны презирать окружающих, не способных самостоятельно справляться с собственными трудностями, рассказывающих о них окружающим и активно обращающихся за помощью. Соответственно такие пациенты аналогичным образом могут строить свое поведение, искусственно ограничивая коммуникации, в том числе, в ситуации здоровья и болезни.

Сравнение показателей в трех группах КХ больных при помощи ANOVA показало наличие достоверных различий между группами по параметру восприятия окружающих как презирающих слабость ($F=8,718$; $p=0,0001$) и среднему показателю враждебности ($F=6,712$; $p=0,002$).

Последовательное попарное межгрупповое сравнение с помощью t-критерия Стьюдента помогло уточнить, что не только средний уровень враждебности во второй группе КХ больных ниже аналогичных уровней

первой ($t_{1-2}= 3,4137$; $p_{1-2}=0,0004$) и третьей ($t_{2-3}=2,4817$; $p_{2-3}=0,0076$) групп. Аналогичное значимое соотношение уровней отмечено и в отношении восприятия КХ больными окружающих как презирающих слабость - ($t_{1-2}= 4,1364$; $p_{1-2}=0,0001$) и ($t_{2-3}=2,8818$; $p_{2-3}=0,0025$) соответственно. В то же время, такое проявление враждебности, как «видение других людей как склонных возвышаться за счет принижения других людей» у КХ больных первой группы было достоверно выше, чем у больных второй группы ($t_{1-2}= 1,8426$; $p_{1-2}=0,0340$).

Временная перспектива личности, измеряемая при помощи Опросника временной перспективы ZTPИ (Сырцова А. и др., 2008), отражает специфику отношения личности к временному континууму с учетом наличия объективного и субъективного опыта и ожиданий, соотносимых с ориентацией на определенные категории прошлого, настоящего и будущего.

Согласно полученным с помощью ANOVA результатам (таблица 11), клинические группы достоверно различаются по показателям гедонистического настоящего ($F=27,393$; $p=0,0001$), будущего ($F=9,139$; $p=0,0001$) и позитивного прошлого ($F=7,279$; $p=0,0001$).

В ходе анализа выявлены статистически значимые различия в показателях шкал временной перспективы у больных трех клинических групп в сравнении с нормой (Сырцова А., Митина О.В., 2008), что характеризует общегрупповые профили как дисгармоничные. Так, в каждой группе КХ больных показатели негативного прошлого превышают нормативные значения ($p<0,001$), что отражает наличие у всех пациентов неприятия собственного прошлого, которое вызывает у них отвращение, неприятные воспоминания, разочарование и сожаление об упущенных возможностях.

У больных первой ($p<0,05$) и третьей групп ($p<0,001$) данная картина сочетается с достоверно превышающими нормативные значения показателями позитивного прошлого, которое дополняет отношение к прошлому приятными воспоминаниями об определенных позитивных

моментах в жизни, оставшихся в памяти. Максимально данный показатель выражен у больных третьей группы ($p<0,001$).

Таблица 11 – Показатели Опросника временной перспективы Ф.Зимбардо в группах больных в сравнении с показателями нормы (баллы, $M\pm\sigma$)

Шкала	Норма (n=35)	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	F	p
Негативное прошлое	2,79± 0,76	3,35± 1,05**	3,56± 0,69**	3,67± 0,86**	1,707	0,185
Позитивное прошлое ° √	3,59+ 0,69	3,99± 0,85*	3,77± 1,26	4,52± 0,47**	7,279	0,0001
Гедонистическое настоящее ^ °	3,08± 0,57	2,82± 1,09	1,74± 0,51**	3,14± 0,98	27,393	0,0001
Фаталистическое настоящее ^	2,67± 0,82	3,12± 0,95*	2,78± 0,69	2,95± 0,68	2,358	0,098
Будущее ^ ° √	4,06± 0,53	4,09± 0,59	4,31± 0,33*	4,48± 0,33**	9,139	0,0001

Примечание: представлены результаты сравнения трех групп однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Достоверность различий при попарном сравнении этих же признаков с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p<0,05$ обозначена: ^ - для группы 1 и группы 2, ° - для группы 2 и группы 3, √ - для группы 1 и группы 3. Цифровые значения результатов сравнения приведены в тексте. Достоверность различий с нормой t-критерием Стьюдента: * - при $p<0,05$, ** - при $p<0,001$.

Для больных второй и третьей клинических групп характерны достоверно более высокие, чем в норме ($p<0,001$), показатели шкалы будущего, согласно которым они в большей мере ориентированы на позитивное будущее, полны конкретных целей и жизненных планов в перспективе. Больные второй группы достоверно меньше, чем в норме ($p<0,001$) ориентированы на гедонистическое настоящее, ведущее человека

по пути получения радости от жизни и удовольствий в текущие моменты жизни.

Больные первой клинической группы достоверно больше, чем в норме ($p < 0,05$), опираются на фаталистические взгляды. Они уверены, что все в их жизни уже предопределено, нет смысла что-то менять, и стоит только спокойно ожидать неминуемого. Они также больше сосредоточены на самом процессе, чем на конечном результате.

Последовательное попарное межгрупповое сравнение КХ больных по показателям временной перспективы позволило установить, что для первой группы характерны более высокие значения фаталистического настоящего в сравнении с уровнем второй группой ($t_{1-2} = 2,0524$; $p_{1-2} = 0,0212$), для больных второй группы свойствен более низкий уровень гедонистического настоящего в сравнении с первой ($t_{1-2} = 6,1498$; $p_{1-2} = 0,0001$) и с третьей ($t_{2-3} = 8,2971$; $p_{2-3} = 0,0001$) группами. Третья группа КХ больных демонстрирует более высокий уровень показателя позитивного прошлого ($t_{2-3} = 3,5054$, $p_{2-3} = 0,0004$; $t_{1-3} = 3,5913$, $p_{1-3} = 0,0003$) и максимально высокий уровень ориентира на будущее ($t_{1-2} = 2,2563$, $p_{1-2} = 0,0130$; $t_{2-3} = 2,3424$, $p_{2-3} = 0,0108$; $t_{1-3} = 3,8008$, $p_{1-3} = 0,0001$).

Таким образом, низкий уровень враждебности у больных второй клинической группы облегчает социальные контакты пациентов, а высокий уровень негативизма к окружающим у больных первой группы, затрудняет межличностные контакты. Дисгармоничность профилей временной перспективы отмечена во всех группах КХ пациентов.

3.5. Особенности жизнестойкости и социальной поддержки у кардиохирургических больных

Помимо изучения факторов отношения КХ больных к своему актуальному состоянию здоровья и болезни, их личностных характеристик, взаимосвязанных с факторами риска заболевания и его эмоциональным

фоном, в данной работе также изучались психологические характеристики ресурсного потенциала больных.

С помощью Теста жизнестойкости определялась способность пациентов разрешать трудную жизненную ситуацию собственного заболевания, несущую определенный стрессовый заряд, справляться с ее негативными последствиями. В таблице 12 представлены результаты полученных с помощью этой психодиагностической методики измерения данной способности у пациентов в совокупном виде и с разбиением по отдельным составляющим психологической категории жизнестойкости.

Таблица 12 – Показатели Теста жизнестойкости
в группах больных в сравнении с показателями нормы (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	Норма (n=1285)	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	F	p
Вовлечённость	7,94± 3,00	8,68± 2,68*	8,33± 3,06	9,29± 2,50**	1,283	0,280
Контроль [^] ^o	7,79± 2,55	7,16± 2,80*	6,00± 1,73**	7,29± 1,38	4,664	0,011
Принятие риска [^] ^o [√]	7,90± 2,82	5,87± 3,09**	4,67± 0,58**	7,14± 2,27	10,938	0,0001
Жизнестой- кость [^] ^o	23,65± 7,24	21,71± 7,27*	19,00± 1,00**	23,71± 4,42	7,961	0,0001

Примечание: представлены результаты сравнения трех групп однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Достоверность различий при попарном сравнении этих же признаков с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$ обозначена: [^] - для группы 1 и группы 2, ^o - для группы 2 и группы 3. Цифровые значения результатов сравнения приведены в тексте. Достоверность различий с нормой t-критерием Стьюдента: *- при $p < 0,05$, ** - при $p < 0,001$.

Так, сравнение с литературными нормативными данными (Осин Е.Н., 2013) показало, что если общий показатель жизнестойкости в третьей

клинической группе соответствуют нормативному значению ($p > 0,05$), то в первой ($p < 0,05$) и второй ($p < 0,001$) клинической группах он достоверно ниже, чем в норме. Это означает, что адаптационный потенциал и ресурсы противостояния своему заболеванию у пациентов первой и второй группы значительно снижены.

Более детальный анализ особенностей количественного содержания структуры жизнестойкости в каждой клинической группе помогает определить специфику такой ситуации. Общей особенностью структуры жизнестойкости пациентов всех трех клинических групп является тот факт, что в каждой из них шкала вовлеченности или значительно превышает (первая и третья группы) или соответствует нормативным показателям (вторая группа). Все это проявляется в данной ситуации их активным вовлечением в лечебный процесс, подтверждаемым самим фактом согласия и готовности пациентов на оперативное лечение своего заболевания.

Наряду с этим у КХ больных первой и второй группы определено достоверное существенное снижение в сравнении с нормой ($p < 0,05$ или $p < 0,001$) других важных составляющих жизнестойкости – контроля ($p < 0,05$ или $p < 0,001$) и принятия риска ($p < 0,001$). Больные со сниженными показателями контроля больше ощущают собственную беспомощность, нехватку сил и неуверенность в возможности выполнения собственных планов, неспособность справиться со всеми стоящими проблемами. Снижение уровня принятия риска у больных первой и второй группы сопровождается их неготовностью к развитию, переживанию нового опыта, который может стать полезным, сожалениями о потерянном в прошлом и страхом неудачи в будущем.

Межгрупповое сравнение с помощью ANOVA показателей жизнестойкости КХ больных свидетельствует о существовании достоверных различий между ними по показателям контроля ($F=4,664$; $p=0,011$), принятия решений ($F=10,938$; $p=0,0001$) и общего уровня жизнестойкости ($F=7,961$; $p=0,0001$).

Попарное изучение межгрупповых различий в показателях жизнестойкости у КХ больных проясняет специфику ее проявлений в группах изучаемых пациентов. Так, общий уровень жизнестойкости у больных второй группы имеет достоверно сниженные значения в сравнении с больными первой ($t_{1-2}=2,4540$; $p_{1-2}=0,0078$) и третьей ($t_{2-3}=6,8777$; $p_{2-3}=0,0001$) групп. Аналогичное соотношение прослеживается и в отношении показателя контроля ($t_{1-2}=2,4624$, $p_{1-2}=0,0077$; $t_{2-3}=3,7229$, $p_{2-3}=0,0002$). Показатель принятия риска, в свою очередь, последовательно распределен в трех группах КХ больных, имея минимальные значения во второй группе ($t_{1-2}=2,5436$, $p_{1-2}=0,0077$; $t_{2-3}=6,9705$, $p_{2-3}=0,0001$), средние – в первой группе ($t_{1-2}=2,5436$, $p_{1-2}=0,0077$; $t_{1-3}=2,2452$, $p_{1-3}=0,0134$) и максимальные – в третьей группе больных ($t_{1-3}=2,2452$, $p_{1-3}=0,0134$; $t_{2-3}=6,9705$, $p_{2-3}=0,0001$).

Еще одним важным ресурсным потенциалом является психологический феномен социальной поддержки, который в данной работе диагностировался при помощи Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки MSPSS (таблица 13). Результаты ANOVA показали, что между тремя клиническими группами КХ определяются значимые различия только по уровню социальной поддержки семьи ($F=8,359$; $p=0,0001$).

При сравнении по литературным данным с показателями нормативной группы (Чистопольская К.А. с соавт., 2020) выявлено наличие достоверно более высокого уровня воспринимаемой социальной поддержки со стороны семьи больными всех трех клинических групп ($p<0,05$ или $p<0,001$). Особенностью второй клинической группы стал достоверно более высокий уровень поддержки, получаемый больными со стороны значимых других ($p<0,05$).

Попарное межгрупповое сравнение КХ больных позволило выявить наличие достоверных различий только по одному показателю – социальной поддержки семьи. Ее уровень у больных второй группы был достоверно выше, чем аналогичные показатели у больных первой ($t_{1-2}=3,6200$; $p_{1-2}=0,0002$) и третьей ($t_{2-3}=4,3836$; $p_{2-3}=0,0001$) группы.

В целом, можно отметить, что КХ больные не испытывают недостатка в таком важном межличностном ресурсе, как социальная поддержка, получая ее в достаточном объеме со всех сторон своего окружения.

Таблица 13 – Показатели Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки MSPSS в группах больных в сравнении с показателями нормы (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	Норма (n=495)	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	F	p
Социальная поддержка семьи [^] ^o	5,47± 1,45	6,03± 1,34*	6,83± 0,74**	6,13± 0,71*	8,359	0,0001
Социальная поддержка друзей	5,22± 1,50	5,41± 1,20	5,50± 2,38	5,42± 0,97	0,047	0,955
Социальная поддержка «значимых других»	5,35± 1,54	5,45± 1,53	5,75± 1,56*	5,44± 1,52	0,611	0,544

Примечание: представлены результаты сравнения трех групп однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). Достоверность различий при попарном сравнении этих же признаков с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$ обозначена: [^] - для группы 1 и группы 2, ^o - для группы 2 и группы 3. Цифровые значения результатов сравнения приведены в тексте. Достоверность различий с нормой t-критерием Стьюдента: * - при $p < 0,05$, ** - при $p < 0,001$.

Обобщая полученные результаты, важно заметить, что в первых двух группах КХ пациентов адаптивный ресурс жизнестойкости представлен недостаточно на уровне большинства своих компонентов.

В противоположность этому, позитивный ресурс социальной поддержки у КХ больных реализован в полной мере, а по показателям социальной поддержки семьи – в объемах, близких к избыточным.

3.6. Внутренние взаимосвязи психологических характеристик у кардиохирургических больных

Для выявления взаимосвязи количественных 29 клинико-психологических переменных у КХ больных в каждой клинической группе отдельно проведен корреляционный анализ, в результате которого получены серии разнонаправленных взаимосвязей изучаемых параметров.

В *первой* клинической группе были выявлены следующие статистически достоверно значимые взаимосвязи: между уровнем самооценки здоровья и самочувствия ($r=0,71$; $p<0,05$), настроения ($r=0,63$; $p<0,05$), веры в выздоровление ($r=0,45$; $p<0,05$), религиозной веры ($r=0,42$; $p<0,05$), общего уровня депрессии ($r=-0,49$; $p<0,05$), жизнестойкости ($r=0,34$; $p<0,05$), социальной поддержки семьи ($r=0,37$; $p<0,05$); между уровнем веры в выздоровление и везением ($r=0,45$; $p<0,05$), жизнестойкостью ($r=0,45$; $p<0,05$); между уровнем везения и жизнестойкости ($r=0,49$; $p<0,05$), удовлетворенности жизнью ($r=0,35$; $p<0,05$), социальной поддержки друзей ($r=0,54$; $p<0,05$); между уровнем жизнестойкости и самочувствием ($r=0,53$; $p<0,05$), настроением ($r=0,44$; $p<0,05$), общим уровнем депрессии ($r=-0,57$; $p<0,05$); между удовлетворенностью жизнью и социальной поддержкой друзей ($r=0,47$; $p<0,05$), жизнестойкостью ($r=0,59$; $p<0,05$), страхом перед операцией ($r=-0,38$; $p<0,05$); между социальной поддержкой друзей и социальной поддержкой семьи ($r=0,49$; $p<0,05$); между страхом перед операцией и страхом смерти ($r=0,73$; $p<0,05$), временной перспективой будущего ($r=0,34$; $p<0,05$); между временной перспективой будущего и фаталистическим настоящим ($r=-0,36$; $p<0,05$); между фаталистическим

настоящим и гедонистическим настоящим ($r=0,45$; $p<0,05$); между гедонистическим настоящим и страхом смерти ($r=-0,35$; $p<0,05$).

Во *второй* клинической группе были выявлены статистически значимые взаимосвязи: между уровнем самооценки здоровья и самочувствием ($r=0,39$; $p<0,05$), настроением ($r=0,32$; $p<0,05$), верой в выздоровление ($r=0,52$; $p<0,05$), общим уровнем депрессии ($r=-0,37$; $p<0,05$), жизнестойкостью ($r=0,73$; $p<0,05$), враждебностью ($r=-0,71$; $p<0,05$); между общим уровнем депрессии и верой в выздоровление ($r=-0,60$; $p<0,05$), религиозной верой ($r=0,76$; $p<0,05$), жизнестойкостью ($r=-0,81$; $p<0,05$), страхом смерти ($r=0,54$; $p<0,05$), страхом операции ($r=0,54$; $p<0,05$); между страхом операции и страхом смерти ($r=0,67$; $p<0,05$), социальной поддержкой семьи ($r=-0,68$; $p<0,05$), социальной поддержкой друзей ($r=-0,73$; $p<0,05$), жизнестойкостью ($r=-0,54$; $p<0,05$); между социальной поддержкой семьи и социальной поддержкой друзей ($r=0,73$; $p<0,05$); между религиозной верой и временной перспективой будущего ($r=0,73$; $p<0,05$); между верой в выздоровление и везением ($r=0,77$; $p<0,05$), жизнестойкостью ($r=0,45$; $p<0,05$); между жизнестойкостью и настроением ($r=0,60$; $p<0,05$), самочувствием ($r=0,61$; $p<0,05$), страхом смерти ($r=-0,54$; $p<0,05$), везением ($r=0,53$; $p<0,05$).

В *третьей* клинической группе достоверные взаимосвязи между исследуемыми параметрами были следующие: между уровнем самооценки **здоровья** и самочувствия ($r=0,76$; $p<0,05$), позитивным прошлым ($r=0,46$; $p<0,05$), религиозной верой ($r=0,61$; $p<0,05$), социальной поддержкой семьи ($r=0,52$; $p<0,05$), верой в выздоровление ($r=0,59$; $p<0,05$); между позитивным прошлым и религиозной верой ($r=0,67$; $p<0,05$), самочувствием ($r=0,60$; $p<0,05$), верой в выздоровление ($r=0,54$; $p<0,05$), везением ($r=0,66$; $p<0,05$); между верой в выздоровление и самочувствием ($r=0,66$; $p<0,05$), везением ($r=0,69$; $p<0,05$); между вовлеченностью и везением ($r=0,60$; $p<0,05$), социальной поддержкой значимых других ($r=0,59$; $p<0,05$), социальной поддержкой друзей ($r=0,52$; $p<0,05$), общим уровнем депрессии ($r=-0,59$;

$p < 0,05$), жизнестойкость ($r = 0,80$; $p < 0,05$); между жизнестойкостью и негативным прошлым ($r = -0,68$; $p < 0,05$), общим уровнем депрессии ($r = -0,56$; $p < 0,05$); между социальной поддержкой значимых других и социальной поддержкой семьи ($r = 0,54$; $p < 0,05$), социальной поддержкой друзей ($r = 0,80$; $p < 0,05$); между общим уровнем депрессии и социальной поддержкой друзей ($r = -0,60$; $p < 0,05$); между страхом операции и религиозной верой ($r = 0,43$; $p < 0,05$), страхом смерти ($r = 0,61$; $p < 0,05$), самообвинением ($r = 0,56$; $p < 0,05$); между самообвинением и негативным прошлым ($r = -0,51$; $p < 0,05$); между религиозной верой и негативным прошлым ($r = -0,59$; $p < 0,05$).

Как видно из проведенного анализа, в каждой клинической группе КХ больных получено большое количество статистически достоверных взаимосвязей психологических характеристик пациентов, которые отражают существование различного характера внутренних соотношений между изучаемыми психологическими параметрами пациентов. Общими взаимосвязями психологических параметров для трех групп КХ пациентов являются значимые корреляции между самооценкой здоровья и самочувствием, верой в выздоровление; между верой в выздоровление и верой в везение; между страхом операции и страхом смерти; между жизнестойкостью и депрессией. С одной стороны это может отражать содержательную близость большинства данных психологических категорий, с другой стороны, может свидетельствовать об одинаковой направленности соотношения выраженности обозначенных психологических параметров.

* * *

Описанные и проанализированные в данной главе клинические, анамнестические и психологические параметры КХ больных свидетельствуют как о различиях в тяжести состояния здоровья и психического состояния, так и о неодинаковой отягощенности заболевания патологическими анамнестическими факторами и психологическими

факторами риска тяжести заболевания, а также некоторых различиях в ресурсном потенциале пациентов.

К общности клинико-психологических характеристик КХ больных можно отнести следующие: среднюю продолжительность сердечно-сосудистого заболевания - не менее девяти лет, отягощенность анамнеза сопутствующими соматическими заболеваниями и психопатологическими синдромами непсихотического характера, ХСН не ниже, чем третьего функционального класса.

Обобщенный психологический статус КХ пациентов до операции определяется высокими ожиданиями от лечения, умеренным уровнем самооценки здоровья и страха операции, нерезко выраженным страхом смерти; умеренной интенсивностью депрессии, в частности, ее соматических проявлений; дисгармоничностью временной перспективы личности с акцентом на негативном прошлом; высокими показателями социальной поддержки пациента семьей. Все это является основой для разработки общих для всех КХ больных мишеней психологической помощи и психотерапевтического воздействия.

В то же время, проведенный в данной главе анализ показал, что между тремя группами КХ больных по множеству клинико-психологических параметров существует немало статистически достоверных различий. Все это диктует необходимость более глубокой дифференциации актуального клинико-психологического статуса КХ пациентов, представленной в следующей главе, для разработки научно обоснованных основ персонализированного подхода в организации системы медико-психологического сопровождения данного контингента больных.

ГЛАВА 4

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Анализируя представленные в предыдущей главе данные, можно сформулировать специфические клинические и психологические характеристики исследованных больных, страдающих ССЗ и проходящих оперативное лечение в условиях регионального кардиологического диспансера в г. Чебоксары, являющегося высокоспециализированным медицинским учреждением, оказывающим комплексную медицинскую помощь лицам с сердечно-сосудистой патологией.

Данные пациенты, имея многолетний опыт заболевания и лечения в различных медицинских учреждениях, поступали в данное специализированное учреждение в плановом порядке в связи с ухудшением в состоянии здоровья, вызванным обострением или утяжелением течения основного сердечно-сосудистого заболевания. В числе предъявляемых ими жалоб – жалобы, связанные с нарушением деятельности кардиоваскулярной системы, иных органов и систем, а также жалобы, отражающие вовлеченность в актуальный патологический процесс психической сферы пациента.

С учетом характера и тяжести клинического состояния, вида, объема и длительности оперативного вмешательства в связи с необходимостью лечения основного заболевания все обследованные КХ больные дифференцированно отнесены к трем клиническим группам – группе КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце, группе КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце и группе КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце.

Ниже представлено обобщенное сравнительное клинико-психологическое описание КХ больных каждой клинической группы, базирующееся на анализе содержащихся в третьей главе работы количественных результатов, и позволяющее получить более целостное представление об изучаемых группах КХ пациентов – как об особенностях их клинического состояния (см. раздел 3.1; таблицы 4 –7), так и о специфике их психологического статуса (см. разделы 3.2 – 3.; таблицы 8 –13), а также значимых взаимосвязях между изучаемыми психологическими параметрами.

4.1. Клинико-психологическая специфика кардиохирургических больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце

Данная клиническая группа, сформированная преимущественно из КХ пациентов с диагнозом ИБС, поступила в стационар для оперативного лечения методом АКШ на открытом сердце в условиях экстракорпорального кровообращения. Средняя продолжительность заболевания до поступления на оперативное лечение в РКД составляет у них более десяти лет. Они имеют большую частоту перенесенного к моменту настоящей госпитализации инфаркта миокарда (см. таблицу 4), что свидетельствует об отягощенном кардиологическом анамнезе данной группы КХ больных. Тяжесть клинического состояния здесь определяется большей частотой сопутствующей соматической патологии - наличием в среднем более трех сопутствующих соматических заболеваний, утяжеляющих течение основного заболевания (см. таблицу 5). Чаще чем в других группах этими заболеваниями являются гипертоническая болезнь и атеросклероз брахиоцефальных артерий с поражением более половины сосудистого русла (см. таблицу 5). У этих больных отмечена средняя частота послеоперационных осложнений, как кардиологического, так и хирургического характера (см. таблицу 7), что также утяжеляет клиническую картину заболевания у данной группы КХ больных.

В структуре психопатологических нарушений у более, чем половины пациентов первой группы отмечены депрессивные и когнитивные нарушения (см. таблицу 6). Психологическое исследование уровня депрессии выявило ее общий умеренный уровень, соответствующий показателям легкой депрессии (см. таблицу 9).

Особенности самооценки у КХ больных первой клинической группы отражают низкий уровень показателя счастья при одновременном низком уровне страха смерти (см. таблицу 8).

В ходе психологического исследования у больных первой клинической группы определен повышенный в сравнении с нормой уровень одного из проявлений враждебности, как психосоциального фактора риска ССЗ – уверенности в том, что окружающие пациента люди презирают таких как он, неспособных самостоятельно справляться со своими слабостями и трудностями, склонных постоянно обращаться к окружающим за помощью (см. таблицу 10). Подобные неконструктивные убеждения КХ больных первой клинической группы способствуют усилению барьеров социальной коммуникации и росту дезадаптивных тенденций в поведении пациента.

Анализ специфики профиля временной перспективы личности у КХ больных первой клинической группы демонстрирует его глубокую дисгармоничную структуру. Данная внутриличностная несогласованность, в сравнении с нормой выражена в высокой одновременной ориентированности пациентов, как на проявления позитивного прошлого, так и в фиксированности на негативном опыте прошлого. Также в профиле здесь присутствуют максимально высокие для всех КХ больных показатели ориентированности на фаталистическое настоящее (см. таблицу 11). Несмотря на обладание пациентами с таким профилем определенным внутриличностным ресурсом, подобное сочетание временных ориентаций личности может также проявляться пассивностью, недостаточной активностью, избыточной погруженностью в процесс, недостатком планирования, недоверием к людям, склонностью «опускать руки»,

готовностью к любому исходу развития событий без обращения к попыткам изменить ситуацию в лучшую сторону.

Показатели жизнестойкости КХ пациентов первой группы в сравнении с нормой в значительной мере снижены. Низок общий уровень жизнестойкости, свидетельствующий о недостаточной представленности у пациентов совокупного личностного ресурса справляться с трудными жизненными ситуациями, состояниями стресса и кризиса. Недостаточно выражено в первой группе и ощущение успешности контроля за ситуацией, возможности успешно принимать своевременные решения и осуществлять необходимые действия. Страдает способность принятия риска и ответственности за свои поступки, готовность действовать в условиях неопределенности и непредсказуемости за счет активного усвоения нового опыта и принятия его в качестве возможной конструктивной альтернативы. В то же время, степень личной вовлеченности во многие процессы и события значительно повышена (см. таблицу 12), что может выступать в качестве мощного адаптационного ресурса личности КХ больного.

У больных первой клинической группы в сравнении с нормой также повышен уровень еще одного адаптационного ресурса - воспринимаемой социальной поддержки, в частности, со стороны ближайшего окружения – семьи (см. таблицу 13). Многолетний опыт существования пациентов в ситуации тяжелого заболевания, не всегда положительный опыт его лечения приводят к эффективной мобилизации межличностного ресурса социальной поддержки, без опоры на который невозможно строить любую программу лечения и реабилитации КХ больного.

4.2. Клинико-психологическая специфика кардиохирургических больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце

Вторая клиническая группа представляет собой КХ больных, страдающих врожденными или приобретенными пороками сердца и

подлежащих хирургическому лечению путем протезирования или пластики клапанов сердечно-сосудистого аппарата на открытом сердце в условиях продолжительной экстракорпоральной перфузии. Эти больные имеют самую высокую продолжительность заболевания, превышающую два десятка лет. В течение многих лет они в постоянном режиме находятся под наблюдением медицинских специалистов. Каждый четвертый больной уже имеет опыт предшествующей операции на сердце, вызванной либо предшествующим менее тяжелым состоянием, либо декомпенсацией текущего заболевания. Двое из трех имеют в анамнезе инфаркт миокарда, а три четверти пациентов страдают от проявлений ХСН третьего функционального класса с вынужденными ограничениями физической активности при необходимости выполнения привычной повседневной нагрузки (см. таблицу 4). Тяжесть клинического состояния усугубляется у них фактом наличия у трех четвертей в числе сопутствующих соматических заболеваний гипертонической болезни, у двух пятых – хронического гастрита, у каждого третьего – патологии почек. Эндокринные нарушения характерны для них в меньшей степени (см. таблицу 5)

Данная группа КХ больных лидирует по числу послеоперационных осложнений, которые отмечены у двоих из пяти пациентов и чаще приходится на осложнения кардиологического характера (см. таблицу 7), что утяжеляет состояние пациента и удлиняет сроки его лечения.

Подавляющее большинство КХ больных данной группы проявляют признаки депрессивного синдрома, двое из трех – когнитивных нарушений (см. таблицу 6).

В этой группе пациентов отмечен максимально высокий психодиагностически зарегистрированный общий уровень депрессии, соответствующий депрессии умеренной интенсивности. Соответственно в этой группе также отмечен более высокий уровень как соматических, так и когнитивно-аффективных проявлений депрессии, что соответствует наличию нарушений эмоционального и вегетативного характера (см. таблицу 9).

Показатели самооценки здоровья пациентов второй клинической группы имеют максимально низкий и далекий от срединного уровень. Также здесь определен низкий уровень самооценки настроения, самочувствия и везения. Адаптивный характер носит высокий уровень показателя счастья (см. таблицу 8).

Психологическое исследование показало, что личностная категория враждебности не является распространенной среди КХ больных данной группы. Ее значения здесь достоверно низки и соответствуют абсолютному отсутствию у пациентов таких характеристик, которые бы описывали их как настроенных агрессивно, недоверчиво, равнодушно и закрыто по отношению к окружающему миру (см. таблицу 10), что значительно облегчает их социальную коммуникацию и установление доверительных отношений.

Дисгармоничный личностный профиль временной перспективы у пациентов второй клинической группы проявляется высокими показателями ориентации на негативный опыт прошлой жизни в сочетании с крайне низкими показателями временной ориентации на гедонистическое настоящее (см. таблицу 11). Эти пациенты даже в условиях сегодняшней жизни с ее современными реалиями полны разочарований и обид в отношении давно минувших событий прошлого, что препятствует их конструктивному движению в настоящем и объясняет их неспособность расслабиться и попробовать получать пусть даже маленькие радости в дне сегодняшнем. Единственным объяснением подобной позиции является сравнительно высокий уровень ориентации данных КХ больных на временную перспективу будущего, концентрирующую для них реализацию всех отложенных на сегодняшний день потребностей и желаний, что вполне объяснимо как сильно выраженное желание пациентов вылечиться и стать здоровым.

Личностный ресурс жизнестойкости у пациентов второй клинической группы значительно снижен за счет неразвитости параметров контроля и принятия риска (см. таблицу 12). Они в меньшей степени способны успешно

преодолевать ситуации внутреннего напряжения, сопровождающиеся неопределенностью и непредсказуемостью. В ситуации необходимости сделать правильный выбор они часто неспособны его совершить из-за овладевающей ими тревоги. У них больше доминирует ощущение беспомощности и бесперспективности, для большей уверенности в настоящем и будущем им необходимо иметь ощущение хотя бы иллюзорных гарантий.

Актуальным для больных второй клинической группы межличностным ресурсом является категория социальной поддержки, которая имеет высокие показатели по параметру социальной поддержки со стороны значимых других, наличие которого не отмечено в других клинических группах (см. таблицу 13). На наш взгляд, столь весомый вклад социальной поддержки в данной группе КХ больных определяется не только тяжестью клинического состояния самих пациентов, но и многолетней историей их заболевания. Важное место здесь занимают и отмеченные выше коммуникативные способности пациентов, что позволяет им выстраивать доверительные отношения, как с близкими, так и с другими окружающими.

4.3. Клинико-психологическая специфика кардиохирургических больных с малоинвазивными операциями на сердце

Третья клиническая группа представлена КХ пациентами, страдающими ИБС, нарушениями ритма и проводимости. Перенесенные ими операции носили малоинвазивный характер, а потому были менее травматичными, чем в других клинических группах. Средняя продолжительность заболевания составляет у них чуть меньше десяти лет. В анамнезе у них также имеются предшествующие операции на сердце, у каждого седьмого анамнез отягощен инфарктом миокарда, более двух третей всех пациентов имеют признаки сердечной недостаточности третьего функционального класса с ограничениями привычной физической

активности (см. таблицу 4). В этой группе больных имеются практически те же сопутствующие заболевания, что и в первой группе, но они встречаются с меньшей частотой (см. таблицу 5). Послеоперационные осложнения представлены с минимальной частотой - исключительно одним случаем кровотечения (см. таблицу 7).

В структуре психопатологических нарушений, выявляемых у каждого четвертого пациента, вслед за занимающим первое место депрессивным синдромом на второе место выходят астено-невротические нарушения. Еще реже в клинической картине представлены тревожные и когнитивные нарушения (см. таблицу 6). Психологическая диагностика подтверждает наличие признаков депрессивных нарушений умеренной интенсивности с выраженными соматическими проявлениями, что соответствует уровню легкой депрессии (см. таблицу 9).

Разбирая специфику самооценки КХ больных третьей группы, важно заметить, что в сравнении с другими пациентами в данной группе отмечен самый высокий уровень оценки собственного здоровья, самочувствия, настроения и удовлетворенностью жизнью (см. таблицу 8).

Враждебность как психологическая категория не достигает степени патологической выраженности у больных третьей группы (см. таблицу 10), а потому не включена здесь в рассмотрение клинико-психологической специфики КХ пациентов. Временная перспектива личности в данной клинической группе несет определенный дисфункциональный заряд, имея максимальную выраженность ориентаций на позитивное и негативное прошлое одновременно (см. таблицу 11), что в определенной мере снижает потенциал адаптации личности. Данная дисфункциональность компенсируется максимальной направленностью пациентов на позитивную личностную перспективу будущего, готовностью стойко переносить сегодняшние трудности, в чем-то отказывать себе сегодня ради позитивных перспектив завтрашнего дня.

Адаптивный потенциал КХ пациентов данной клинической группы также повышен за счет выраженного уровня одной из основных психологических характеристик жизнестойкости – вовлеченности, превышающей показатели здоровых (см. таблицу 12). Данная личностная черта позволяет человеку активно смотреть на мир, находя в нем много интересного и увлекательного. Она помогает ему получать удовольствие от своей деятельности и окружающего мира, создавая ощущение полноты жизни и готовности двигаться вперед. В сравнении с остальными пациентами больные данной группы также имеют высокие показатели принятия риска, позволяющего им сохранять большую активность в ситуации непредсказуемости и неопределенности.

В третьей группе КХ больных также определены высокие показатели социальной поддержки со стороны членов семьи при нормативном уровне социальной поддержки со стороны друзей и значимых других (см. таблицу 13). Семья и ее помощь при болезни, также как и у больных первой клинической группы, являются определяющими межличностными ресурсами адаптации у КХ больных.

4.4. Специфика психологических корреляционных моделей здоровья у кардиохирургических больных

На основе результатов клинико-психологического исследования и корреляционного анализа основных психологических характеристик КХ больных, приведенных в третьей главе (см. раздел 3.6), далее построены обобщенные модели здоровья для пациентов каждой клинической группы. При этом, в каждой паре корреляционных взаимосвязей графически отражены: характер направления связи (прямая или обратная), а также ее сила по шкале Чеддока (слабая — при значении коэффициента корреляции Пирсона r от 0,1 до 0,3; умеренная — от 0,3 до 0,5; заметная — от 0,5 до 0,7;

высокая — от 0,7 до 0,9; весьма высокая (сильная) — от 0,9 до 1,0) (Мамаев А.Н., Кудлай Д.А., 2021; Наркевич А.Н., Виноградов К.А., 2019).

Данные модели позволяют наглядно продемонстрировать характер ведущих психологических взаимосвязей, определяющих представления пациента о своем состоянии не только с позиций дискурса болезни (дефицитарный модус состояния), но и со стороны дискурса здоровья или актуальной оценки своего здоровья (оценочный модус состояния) и дискурса адаптации или психологических ресурсов, которые могут быть привлечены для помощи больному в лечении и сохранении здоровья (ресурсный модус состояния).

В этих моделях представлены ключевые психологические параметры, характеризующие клиническое состояние пациента, его личностные особенности и ценностные установки, специфику актуальной оценки им своего здоровья, самочувствия, настроения, выраженности страха перед предстоящим операционным вмешательством, выраженности страха смерти в связи с имеющимся заболеванием или лечением, внутриличностные и межличностные ресурсы, помогающие пациенту эффективно справляться со стрессовым характером ситуации болезни и ее лечения. Далее последовательно рассмотрим каждую из представленных моделей.

У *КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце* (первая группа) корреляционная модель здоровья определяется большим числом непосредственных взаимосвязей категории здоровья, которые представлены шестью прямыми и одной обратной связью (рисунок 3).

Это, прежде всего, наиболее сильные связи с актуальным самочувствием и настроением. Несколько слабее связь с верой в неминуемое выздоровление, которая напрямую базируется на убежденности в собственном везении. Оценка здоровья здесь находится в прямой умеренной связи с религиозной верой, которая является для пациента источником надежды. Негативные умеренные влияния на оценку здоровья отмечены в данной группе больных со стороны психических проявлений депрессивного

спектра, которые компенсируются заметной по силе и обратной по направлению связью с таким мощным внутриличностным ресурсом, как жизнестойкость.

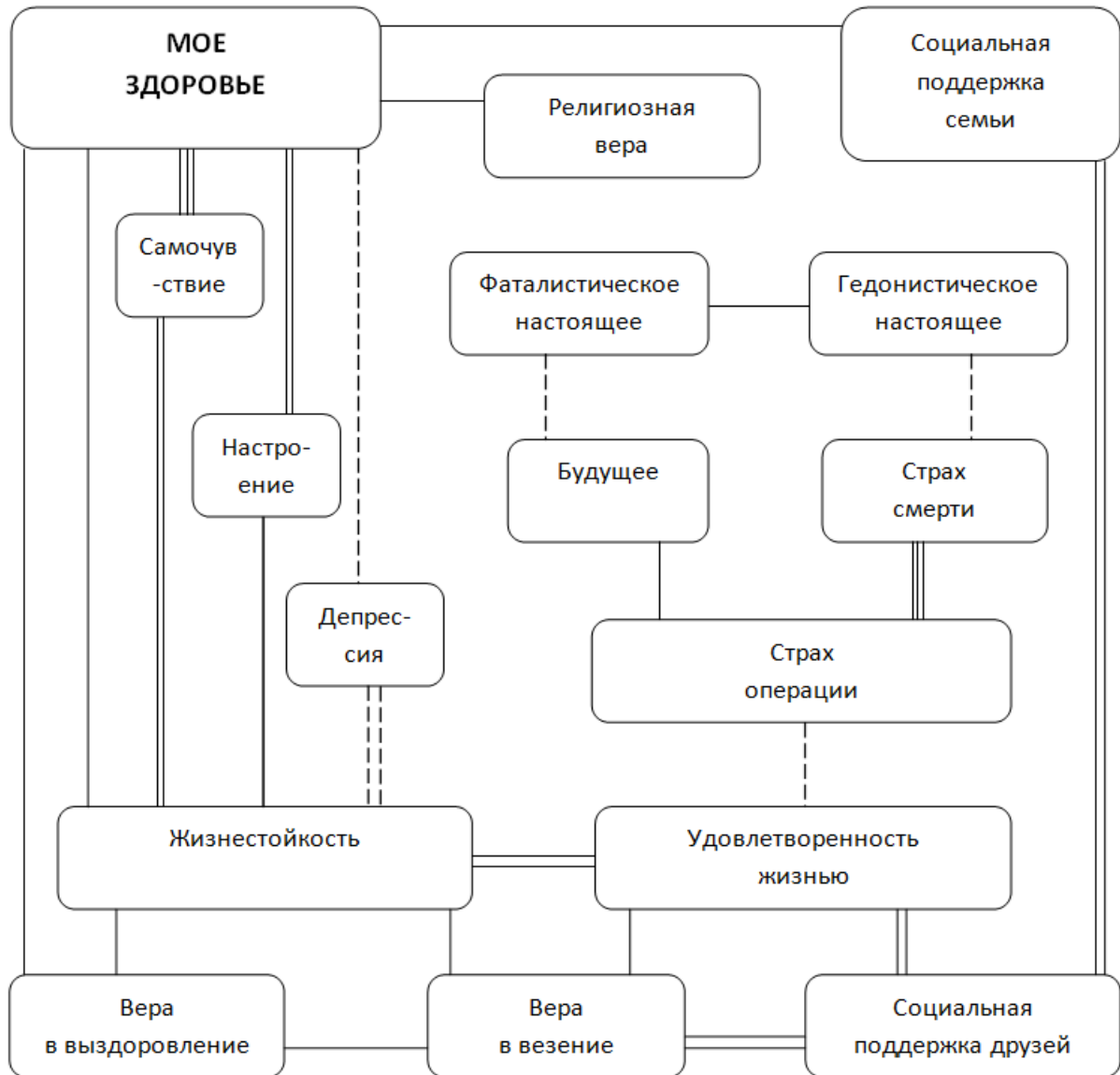


Рисунок 3. Корреляционная модель здоровья у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце

Примечание: оценка направленности и силы связи по шкале Чеддока:

- умеренная сила прямой связи;
- == заметная сила прямой связи;
- === высокая сила прямой связи;
- умеренная сила обратной связи;
- ===== заметная сила обратной связи

Социальная поддержка семьи пациента умеренно положительно влияет на оценочную картину здоровья, и через более сильные опосредствованные связи с социальной поддержкой друзей, верой в собственное везение повышает уверенность больного в выздоровлении.

Позитивный ресурс жизнестойкости в данной модели направлен на повышение степени удовлетворенности жизнью, которая негативно умеренно связана со страхами контекста оперативного вмешательства, и сильно связанным с ним в случае неудачного исхода страхом смерти. Фобические переживания в данной системе могут быть более или менее успешно нейтрализованы через систему временной перспективы личности – большей ориентированности на гедонистическое настоящее, погруженности в фаталистическое настоящее или устремленности в будущее, что определяет более позитивные для КХ больного перспективы.

В группе *КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце* (вторая группа) модель здоровья сформирована четырьмя прямыми и двумя обратными связями категории здоровья (рисунок 4).

При этом, наиболее выраженными для категории самооценки здоровья являются: высокая по силе прямая связь с жизнестойкостью и высокая обратная связь с враждебностью, а также заметная по силе прямая связь с верой в выздоровление. Самостоятельно фиксируемые пациентом показатели самочувствия и настроения здесь умеренно положительно связаны с категорией здоровья, а направление и сила связи депрессии с самооценкой здоровья – обратное умеренное.

Низкий уровень враждебности данной группы пациентов и связь жизнестойкости с восемью другими психологическими параметрами повышают протективные возможности личности пациента в борьбе с болезнью. С другой стороны, депрессивные нарушения по-разному связаны в данной группе пациентов с шестью другими психологическими факторами, в частности, депрессия максимально снижает веру пациента в выздоровление, заметно уменьшает его религиозную веру, опосредованно максимально

обесценивая положительные перспективы ориентированности на цели в будущем.

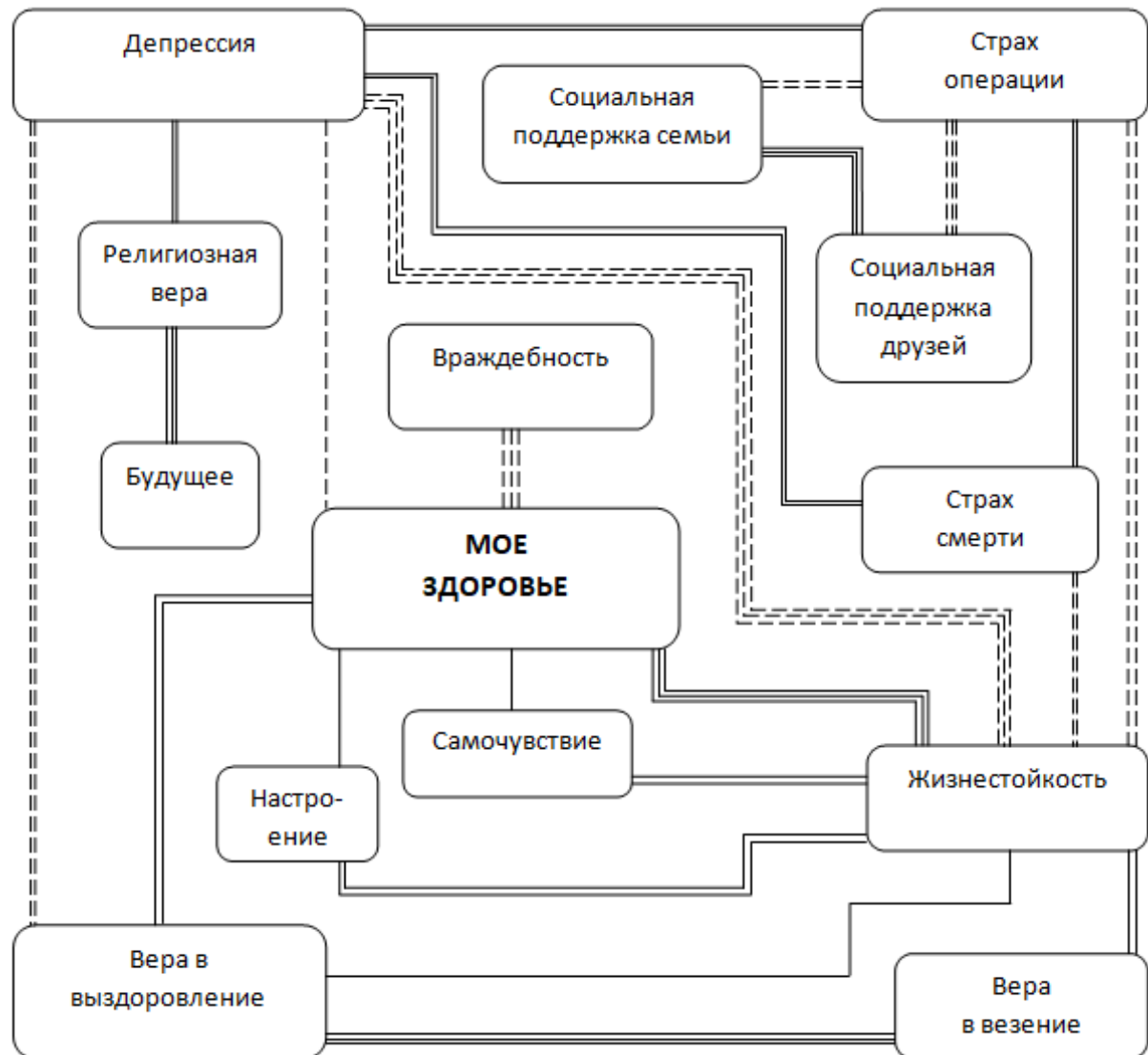


Рисунок 4. Корреляционная модель здоровья у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце

Примечание: оценка направленности и силы связи по шкале Чеддока

- умеренная сила прямой связи;
- == заметная сила прямой связи;
- === высокая сила прямой связи;
- - - - - умеренная сила обратной связи;
- ==== заметная сила обратной связи;
- ===== высокая сила обратной связи;

Депрессивные проявления максимально обостряют страх предстоящей операции и актуализируют напрямую взаимосвязанный с ним страх смерти. В этом контексте значительно возрастает роль имеющейся у пациента социальной поддержки со стороны семьи, тесно взаимосвязанной с социальной поддержкой со стороны друзей, которые обоюдно нейтрализуют негативные фобические переживания КХ больного.

Жизнестойкость, как важный внутриличностный ресурс, помимо дезактуализации страха смерти, также умеренно позитивно влияет на веру в выздоровление, в т.ч. за счет усиления уверенности пациента в собственном везении и смягчения депрессивных симптомов.

Корреляционная модель здоровья *КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце* (третья группа), имея определенные черты сходства с предыдущими моделями, имеет и свои особенности (рисунок 5).

Категория здоровья здесь напрямую связана с пятью психологическими категориями: максимально – с самочувствием, умеренно – с верой в выздоровление и религиозной верой. Вера в выздоровление и уверенность в собственном везении отражают высокий конструктивный потенциал временной направленности пациентов на позитивное прошлое, которая, в свою очередь умеренно проецируется на категорию здоровья, и заметно – на самочувствие и религиозную веру.

Психологические проявления страха предстоящей операции в данной модели находятся на периферии системы и напрямую заметно связаны со страхом возможной смерти в связи с заболеванием и умеренно связаны с экзистенциальным содержанием религиозной веры. С другой стороны, страх операции заметно и напрямую связан с возможной склонностью пациентов к самообвинению и обратно опосредованно - с ориентацией на собственное негативное прошлое. Депрессивные проявления в клинической картине состояния больных данной группы заметно компенсируются ресурсами общей жизнестойкости и ее основного компонента вовлеченности; через связи с межличностными ресурсами вовлеченность взаимосвязана с

социальной поддержкой друзей и значимых других, и опосредованно - с социальной поддержкой семьи, завершая цикл взаимосвязей с рассматриваемой в качестве основной в данной модели категорией здоровья.

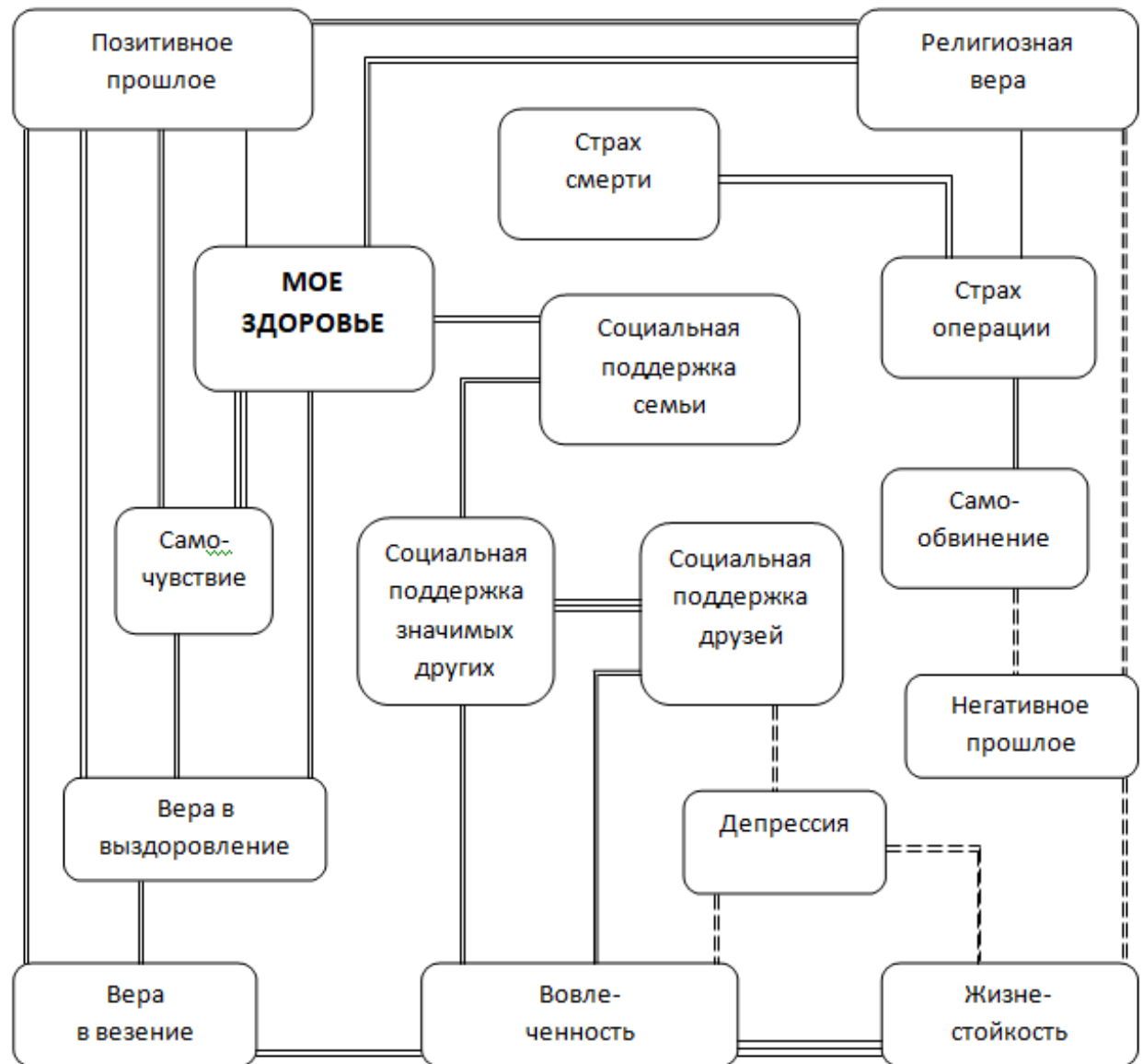


Рисунок 5. Корреляционная модель здоровья у больных с малоинвазивными операциями на сердце

Примечание: оценка направленности и силы связи по шкале Чеддока

- умеренная сила прямой связи;
- ===== заметная сила прямой связи;
- ===== высокая сила прямой связи;
- умеренная сила обратной связи;
- ===== заметная сила обратной связи

Представленные корреляционные модели здоровья КХ больных демонстрируют высокую степень взаимосвязанности психологических факторов риска тяжести заболевания и психологических ресурсов в каждой клинической группе. В связи с необходимостью разработки системы эффективной психологической помощи таким пациентам встает вопрос о рассмотрении особенностей соотношения выраженности клинко-психологических факторов риска тяжести заболевания и психологических ресурсов у КХ пациентов.

4.5. Специфика выраженности факторов риска тяжести заболевания и психологических ресурсов в клинических группах КХ больных

С этой целью среди всего массива клинических, анамнестических и психологических результатов, полученных в данном исследовании и детально описанных в третьей главе (см. таблицы 4 –13), были отдельно выделены 32 показателя, которые по своему содержанию могут быть отнесены: а) к категории клинических и психологических факторов риска возникновения и тяжести течения ССЗ у исследуемых КХ больных (16 показателей), б) к категории психологических ресурсов, позволяющих КХ больному эффективно адаптироваться к своему заболеванию и успешно участвовать в программе лечения и реабилитации (16 показателей). Оценка выраженности данных показателей проводилась методом экспертных оценок путем определения степени согласованности индивидуальных независимых мнений специалистов-экспертов.

Для этого все количественные значения 32 анализируемых показателей с учетом уровня или степени выраженности были подвергнуты экспертами последовательному интервальному ранжированию с помощью дифференцированной 5-балльной системы суммарных оценок в соответствии с подходами шкальной оценки Р. Лайкерта (Лазарева Е.Ю., 2016). При этом каждому показателю в зависимости от степени представленности его

конкретной характеристики присваивалось одно из пяти значений – от 1 до 5 баллов. Использовалась следующая градация баллов: 5 баллов – максимально выраженное проявление показателя, 4 балла – выраженное проявление показателя, 3 балла – умеренное проявление показателя, 2 балла – слабое проявление показателя, 1 балл – минимальное проявление показателя. В случае полного отсутствия данной характеристики или неполной или недостаточной выраженности какого-либо показателя баллы по его состоянию не проставлялись.

Для того, чтобы исключить влияние на заключительный результат оценки суммарного числа рассматриваемых показателей или параметров итоговое по каждой клинической группе значение проходило процедуру усреднения. Благодаря этому становилось возможным сравнение полученного интегрального показателя с аналогичными интегральными показателями другой клинической группы (Наркевич А.Н., Виноградов К.А., 2019).

На основе обозначенного подхода проведено ранжирование выраженности **клинико-психологических факторов риска тяжести заболевания** в клинических группах у КХ больных (таблица 14). Эксперты показали высокую согласованность оценок по данным параметрам, что соответствовало значениям коэффициента конкордации Кендалла W от 0,684 до 0,851 при уровне значимости $p < 0,05$.

К факторам риска тяжести заболевания здесь отнесены те конкретные анамнестические, клинические, психопатологические и психологические условия и характеристики, которые усиливают негативные воздействия на здоровье пациента, усугубляют течение его заболевания, затрудняют процесс лечения, препятствуют его более раннему выздоровлению и успешному прохождению реабилитации.

Применение однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) позволило оценить высокую степень достоверности статистических различий между интегральными показателями групп ($F=9,215$; $p=0,0001$).

Таблица 14 – Соотношение выраженности клинико-психологических факторов риска тяжести заболевания у КХ больных (баллы)

Параметр	Показатель	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)
Анамнес- тические факторы риска	Продолжительность заболевания	3	5	2
	Операции на сердце	5	3	3
	Инфаркт миокарда	5	4	1
Клини- ческие факторы риска	Хроническая сердечная недостаточность	4	5	3
	Сопутствующая соматическая патология	5	2	3
	Послеоперационные осложнения	2	4	1
Психопато- логические факторы риска	Депрессивные нарушения	4	5	3
	Когнитивные нарушения	3	4	1
	Астено-невротические нарушения	2	3	2
	Тревожные нарушения	1	2	1
Психоло- гические факторы риска	Страх операции	2	2	3
	Страх смерти	1	2	3
	Депрессия	2	3	2
	Враждебность	1	-	-
	Негативное прошлое	3	3	3
	Фаталистическое настоящее	3	-	-
Интегральный показатель		2,88±1,41	3,36±1,15	2,21±0,89

Парные межгрупповые сравнения средних значений при помощи t-критерия Стьюдента помогли установить достоверно максимальный ($t_{1-2}=1,8915$; $p_{1-2}=0,0306$ и $t_{2-3}=5,0464$; $p_{2-3}=0,0001$), средний ($t_{1-2}=1,8915$;

$p_{1-2}=0,0306$ и $t_{1-3}=2,6782$; $p_{1-3}=0,0043$) и минимальный ($t_{2-3}=5,0464$; $p_{2-3}=0,0001$ и $t_{1-3}=2,6782$; $p_{1-3}=0,0043$) уровни выраженности факторов риска тяжести заболевания в группах КХ больных.

Как видно, минимальная интегральная выраженность факторов риска тяжести заболевания выявлена в третьей группе КХ больных ($2,21 \pm 0,89$ балла). По большинству актуальных факторов здесь отмечен разброс оценок от минимальных до умеренных (1-3 балла). По двум психологическим показателям оценки отсутствовали (0 баллов). Можно заключить, что, несмотря на умеренно тяжелое клиническое состояние данных пациентов, в данной группе влияние клинико-анаменстических факторов риска на здоровье является более значимым в сравнении с влиянием психологических факторов риска.

Интегральный показатель факторов риска тяжести заболевания у КХ больных первой группы находится на среднем уровне ($2,88 \pm 1,41$ балла). Максимальный негативный вклад в данной группе пациентов обеспечивает высокая частота сопутствующей соматической патологии, наличие в анамнезе инфаркта миокарда и операций на сердце (по 5 баллов). Минимальную роль здесь играют тревожные нарушения, страх смерти и враждебность (по 1 баллу). Особенностью данной группы больных является тот факт, что здесь отмечен суммарный негативный вклад в развитие заболевания всех 16 выделенных факторов риска тяжести заболевания.

Наиболее сформированный негативный вклад факторов риска в развитие ССЗ определен у больных второй клинической группы ($3,36 \pm 1,15$ балла). Он складывается из максимально выраженных клинико-анаменстических показателей продолжительности заболевания, ХСН, а также депрессивных нарушений (по 5 баллов). В отличие от больных первой группы здесь отсутствует деструктивное влияние психологических факторов враждебности и фаталистического настоящего (по 0 баллов).

Аналогичным образом по 16 показателям группы из трех параметров проведена оценка соотношения выраженности **психологических ресурсов** у КХ больных трех клинических групп (таблица 15).

Таблица 15 – Соотношение выраженности психологических ресурсов у КХ больных (баллы)

Параметр	Показатель	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)
Ресурсы самооценки	Самооценка здоровья	3	2	4
	Удовлетворенность жизнью	3	4	5
	Вера в выздоровление	4	5	5
	Вера в везение	4	2	4
	Религиозная вера	3	3	4
	Самооценка счастья	4	5	4
Внутри-личностные ресурсы	Позитивное прошлое	4	3	5
	Гедонистическое настоящее	2	1	3
	Перспектива будущего	-	5	5
	Вовлечённость	4	3	5
	Контроль	-	-	2
	Принятие риска	-	-	2
	Жизнестойкость	-	-	3
Межличностные ресурсы	Социальная поддержка семьи	4	5	4
	Социальная поддержка друзей	3	3	3
	Социальная поддержка «значимых других»	3	5	3
Интегральный показатель		3,42±0,67	3,54±1,39	3,81±1,05

Степень согласованности мнений экспертов по указанным параметрам была высокой – коэффициент конкордации Кендалла W находился в пределах от 0,671 до 0,738 при уровне достоверности $p < 0,05$.

Суммарный психологический ресурсный потенциал здесь рассматривается как синергетическое позитивное влияние на состояние человека в ситуации болезни совокупности психологических факторов, объединяющих положительную направленность самооценки с конструктивными внутриличностными чертами и свойствами, и дополняемых гармонизирующими возможностями продуктивного межличностного взаимодействия.

Обращение пациента к возможностям данных психологических ресурсов помогает ему успешнее адаптироваться к состоянию болезни, становиться более активным участником лечебного взаимодействия, сохранять постоянную приверженность лечению, уменьшить риск и частоту обострений заболевания, замедлить прогрессирования заболевания.

Использование однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) не подтвердило наличие достоверных статистических различий между интегральными показателями групп ($F=1,822$; $p=0,165$).

Парные межгрупповые сравнения средних значений при помощи t -критерия Стьюдента помогли установить достоверные различия только при сравнении первой и третьей клинических групп ($t_{1-3}=2,3552$; $p_{1-3}=0,0102$), что свидетельствует о том, что ресурсный потенциал КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце достоверно превосходит соответствующий потенциал КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце, но не отличается от уровня ресурсного потенциала КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце ($t_{2-3}=0,9884$; $p_{2-3}=0,1630$).

В соответствии с чем, можно утверждать, что ресурсный потенциал КХ больных трех клинических групп может не различаться количественно, по уровню, но быть неодинаковым качественно, по содержанию.

Как видно из таблицы 15, наиболее богат по ресурсному содержанию адаптационный потенциал больных с малоинвазивными операциями на сердце ($3,81 \pm 1,05$ балла), в формировании которого отмечен вклад всех 16 психологических факторов (оценочных, внутриличностных и межличностных). Причем в большинстве случаев (87,5%) выраженность психологических ресурсов здесь имеет показатели от среднего до максимального уровня (3-5 баллов).

Ресурсный потенциал КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце ($3,54 \pm 1,39$ балла) несколько ограничен, что связано с неразвитостью конструктивных проявлений жизнестойкости (за исключением вовлеченности). Однако суммарный адаптационный потенциал здесь поддерживается за счет высокого уровня (3-5 баллов) имеющейся у пациентов социальной поддержки во всех ее проявлениях.

Еще более скромный по своим ресурсам адаптационный потенциал зарегистрирован у КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце ($3,42 \pm 0,67$ балла). В своей основе он базируется на ресурсах позитивной самооценки (3-4 балла), умеренных возможностях социальной поддержки (3-4 балла), выраженной вовлеченности и позитивной перспективе прошлого (по 4 балла).

* * *

Таким образом, в данной главе представлен анализ клинико-психологической специфики КХ больных трех клинических групп. В связи с необходимостью оценки тяжести клинического состояния КХ пациентов во внимание обязательно принимается предшествующая история настоящего заболевания больного, наличие сопутствующей соматической патологии, характер жалоб, в т.ч. свидетельствующих о наличии психоэмоциональных и поведенческих нарушений.

По результатам попарных статистических межгрупповых сравнений достоверно установлена следующая клинико-психологическая специфика

исследуемых пациентов, которая призвана стать основой для дифференциации психотерапевтических мишеней и индивидуализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения КХ больных.

Так, *КХ больные с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце* характеризуются максимальной частотой предшествующих операций на сердце, более частым наличием сопутствующей гипертонической болезни и атеросклероза брахиоцефальных артерий. Уровень собственного счастья оценивается ими минимально. Самооценка здоровья опосредованно через депрессию связана у них с жизнестойкостью, интегральный уровень факторов риска тяжести заболевания имеет средние значения.

У *КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце* отмечена максимальная продолжительность заболевания и частоты ХСН четвертого функционального класса. Для них характерна большая частота послеоперационных осложнений, в т.ч. пароксизмов фибрилляции или трепетания предсердий. Несмотря на максимальный уровень счастья, у них ниже показатели здоровья, самочувствия, настроения, больше соматических проявлений депрессии при ее умеренном уровне, низкий уровень враждебности и принятия риска. Самооценка здоровья напрямую тесно связана с жизнестойкостью и обратно – с враждебностью. Максимально высокий интегральный уровень факторов риска тяжести состояния.

В группе *КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце* отмечена максимальная отягощенность анамнеза предшествующим инфарктом миокарда на фоне стабильного уровня настроения, самочувствия, здоровья и максимальной среди всех больных удовлетворенности жизнью. Они также имеют сравнительно высокий уровень принятия риска и ориентира на будущее. Самооценка здоровья здесь заметно связана с религиозной верой и умеренно – с направленностью личности на позитивное прошлое. Интегральная выраженность факторов риска тяжести заболевания в этой группе КХ больных минимальная.

На основе сравнительного с нормой сопоставления уточнены клинико-психологические особенности КХ больных с выделением *психологических факторов избыточности*, получивших наиболее значительную выраженность у исследованных больных, и *психологических факторов недостаточности*, отражавших неполную представленность определенных свойств и качеств, что в совокупности снижает адаптационные возможности пациента в состоянии болезни.

В группе КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце к психологическим факторам избыточности отнесены: депрессивность, некоторые проявления враждебности, негативное прошлое, позитивное прошлое, фаталистическое настоящее, вовлеченность, социальная поддержка семьи; к психологическим факторам недостаточности – контроль, принятие риска, жизнестойкость.

У КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце к психологическим факторам избыточности отнесены: депрессивность с ее соматическими и когнитивно-аффективными проявлениями, негативное прошлое, временная перспектива будущего, социальная поддержка семьи, социальная поддержка значимых других; к психологическим факторам недостаточности – враждебность, гедонистическое настоящее, контроль, принятие риска, жизнестойкость.

В группе КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце определены только психологические факторы избыточности: депрессивность с соматическими проявлениями, негативное прошлое, позитивное прошлое, временная перспектива будущего, вовлеченность, социальная поддержка семьи.

Далее для каждой клинической группы были представлены *корреляционные модели здоровья*, призванные очертить характер ведущих психологических взаимосвязей, которые обуславливают существование у пациента представлений о своем состоянии как с позиций болезни (дефицитарный модус), так и со стороны актуальной оценки собственного

здоровья (оценочный модус) и психологических ресурсов личности и социального окружения (ресурсный модус).

В каждой клинической группе выделены *клинико-психологические факторы риска тяжести заболевания*, к которым отнесены клинико-психологические условия, способствующие усилению негативного воздействия на здоровье пациента, утяжелению течения его заболевания, затруднению процесса лечения и выздоровления пациента.

На основе рассмотрения совокупного ресурсного потенциала КХ больных как позитивного синергетического влияния проведена квалификация *психологических ресурсов*, как психологических факторов, объединяющих положительную направленность самооценки с конструктивными внутриличностными чертами и гармонизирующими возможностями социальной поддержки.

По итогам проведенного анализа разработана Модель базовых клинико-психологических ориентиров, которая легла в основу дифференциации психотерапевтических мишеней и индивидуализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения КХ больных всех исследуемых групп (рисунок 6).

Анализ также показал, что в психологической работе с КХ больными важно учитывать необходимость психологической работы с целостными представлениями пациента о своем патологическом состоянии. Данные представления могут включать не только привычные для житейского уровня оценки дефицитарных проявлений болезни, наполненных коннотациями ограничений, переживаний, страданий. Оценочный модус актуального состояния болезни может быть представлен вполне высоким, но не очень стойким положительным уровнем самооценки своего самочувствия, настроения, удовлетворенности жизнью. Данная оценочная сторона квалификации пациентом своего физического состояния может успешно дополнять ресурсную составляющую оценки патологического состояния, которая изначально менее доступна больному для осознания. Именно

поэтому системная психологическая работа специалистов с представлениями пациента о болезни и своем здоровье призвана восполнить этот и иные пробелы, помогая формированию в сознании КХ больного новой актуальной реальности. Реальности, которая может быть описана не через понятия «жизни здорового человека» или «жизни вопреки болезни».



Рисунок 6. Модель клинико-психологических ориентиров при медико-психологическом сопровождении КХ больных

Новая реальность осознания КХ больного призвана в большей мере быть наполненной глубоким смыслом достойной жизни «в полном

понимании особенностей своего здоровья», что становится одной из важнейших задач персонализированного подхода в оказании медико-психологической помощи больным КХ профиля.

ГЛАВА 5

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В соответствии с представлениями о целостности системы адаптации сущностью медико-психологического сопровождения является мониторинг функционального и психического состояния человека с углубленным изучением индивидуально-психологических характеристик личности и оценкой ее резервов, а также система вмешательств психологического и медицинского характера, направленных на поддержание оптимального уровня функционирования человека (Старков А.В. с соавт., 2015).

Как показал обзор литературы, задачам нашей работы в большей мере соответствует понятие медико-психологического сопровождения пациента, определяемое как «комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы пациента не только с целью его психологической поддержки, но и стимулирования адаптивных возможностей личности и организма в ситуации болезни с учётом клинической специфики и динамики патологического процесса» (Васильева Н.В., 2017). Данное определение принято нами в качестве базового, в соответствии с содержанием которого построена дальнейшая работа.

В центре настоящего исследования находится вопрос разработки персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении КХ больных в условиях регионального кардиологического диспансера, на базе которого проводится исследование. Полученные клинико-психологические данные дают возможность практического приложения результатов исследования к задачам здравоохранения по совершенствованию качества медицинской помощи больным с ССЗ с учетом,

с одной стороны, персонализированной специфики клинико-психологических характеристик КХ пациентов, с другой стороны, имеющихся и потенциальных возможностей медицинской организации, на базе которой осуществляется данная работа.

Если клинико-психологическая специфика КХ больных трех исследовательских групп детально описана в предыдущей главе, то в настоящей главе подробнее рассмотрено, какие возможности регионального кардиологического диспансера позволяют реализовать потенциал персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении КХ больных.

5.1. Региональный кардиологический диспансер как центр медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных

Бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканский кардиологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (РКД), на базе которого выполнено данное диссертационное исследование, основано в 1983 году. Сегодня оно является ведущим учреждением Чувашской Республики по оказанию специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи больным ССЗ (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018).

В составе РКД как регионального специализированного медицинского учреждения действует два кардиохирургических, три кардиологических отделения, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, отделение реабилитации, консультативная поликлиника, клинико-диагностическая лаборатория, операционный блок, отделение анестезиологии-реанимации, отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение функциональной диагностики, эндоскопический кабинет, рентгеновское

отделение, отделение гравитационной хирургии крови, 3 физиотерапевтическое отделение, кабинет врача-психотерапевта, кабинеты медицинских психологов, приемное отделение (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018).

Мощность регионального диспансера определяется возможностями оказания амбулаторной медицинской помощи больным ССЗ в консультативной поликлинике (137 посещений в смену) и стационарной медицинской помощи (230 коек). Ежегодно в учреждении проходят стационарное лечение более 5,5 тыс. больных ССЗ, получают консультативно-поликлиническую помощь по вопросам диагностики, лечения и профилактики более 35 тыс. человек (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018).

Специфика стационарных отделений РКД позволяет оказывать комплексную помощь больным со сложными нарушениями ритма сердца, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, при пороках сердца и др. (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018). Здесь успешно проводятся КХ интервенции при ишемической болезни сердца, пороках сердца, нарушениях ритма, патологиях аорты. В числе современных эффективных методов лечения и диагностики - аортокоронарное шунтирование на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения и на работающем сердце, имплантация кардиостимуляторов, ресинхронизирующая электрокардиостимуляция при лечении ХСН, методы радиочастотной аблации аритмогенных зон сердца, оперативное лечение врожденных и приобретенных пороков сердца, сложных нарушений ритма, лечение сердечной недостаточности методом наружной контрапульсации (Шувалова Н.В. и др., 2014; Трофимов Н.А. и др., 2020; Давыденко М.В. и др., 2018).

Ежегодно в региональном кардиодиспансере осуществляется более двух тысяч операций на сердце и сосудах, в том числе с применением

высоких и инновационных технологий - более тысячи оперативных вмешательств, среди которых - более полуторы сотни операций на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018).

Активно в диспансере построена работа по профилактике ССЗ и повышению качества жизни больных кардиального профиля. Этой цели эффективно служит созданный на базе учреждения Центр управления сердечно-сосудистыми рисками, а также организация работы сети образовательных уроков, курсов, школ здоровья, школ для пациентов, направленных на модификацию образа жизни, среди которых – уроки правильного питания, курсы по отказу от курения, «Школа больного артериальной гипертензией», «Школа коронарного больного», «Школа пациента с ХСН», «Антитромботическая школа» и др. (Ефимова И.П., 2018; Азатян Н.Г., 2020).

Достаточно высок научный потенциал данного регионального центра специализированной и высокотехнологичной помощи больным ССЗ, многие годы являющегося клинической базой для проведения серьезных научных исследований. Так, только за последние два десятилетия на клиническом материале РКД подготовлены и успешно защищены 17 диссертаций по различным отраслям наук и специальностям: по медицинским наукам - одна докторская (Трофимов Н.А, 2020) и шесть кандидатских диссертаций по сердечно-сосудистой хирургии (Александров Ю.В., 2005; Георгиев А.Ю., 2005; Кашин В.Ю., 2008; Драгунов А.Г., 2010; Ямбатов А.Г., 2014; Трофимов Н.А, 2015), пять кандидатских диссертаций по кардиологии (Плюхина А.В., 2002; Григорьева Н.В., 2005; Павлова Т.К., 2006; Семенова А.А., 2009; Протасов М.Е, 2015), две кандидатские диссертации по анестезиологии и реаниматологии (Иванов А.В., 2005; Елдырёв А.Ю., 2013), одна кандидатская диссертация по гигиене (Винокур Т.Ю., 2007); по психологическим наукам - одна кандидатская диссертация по социальной

психологии (Гартфельдер Д.В., 2008) и одна кандидатская диссертация по медицинской психологии (Лазарева Е.Ю., 2016). В числе работающих в учреждении высококвалифицированных специалистов - десять кандидатов медицинских и биологических наук (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018). За последние годы к ним прибавилось еще два доктора медицинских наук.

Все они постоянно обобщают в отечественной и зарубежной научной печати свой опыт практической деятельности в РКД, регулярно выступают на всероссийских и международных конференциях а также ведут образовательную деятельность со студентами, ординаторами и аспирантами медицинского факультета Чувашского государственного университета, Института усовершенствования врачей Минздрава Чувашии, а также студентами Чебоксарского медицинского колледжа.

С учетом того, что РКД располагает необходимым кадровым составом, обладает современным оборудованием и отработанными технологиями междисциплинарного взаимодействия специалистов (Ефимова И.Ю. и др., 2013; Лазарева Е.Ю., 2016) в данном медицинском учреждении на протяжении многих лет эффективно реализуются современные программы медицинской реабилитации и психологической помощи кардиологическим больным (Николаев Е.Л. с соавт., 2014; Гурьянова Е.А. с соавт., 2018; Нестерин К.В., Гурьянова Е.А., 2018).

В 1994 г. здесь начала реализовываться психологическая программа «Гармония», в основу которой был положен позитивный психотерапевтический подход (Авдеев Д.А. с соавт., 1994). В рамках данной программы у кардиологических пациентов изучались особенности соотношения личностной и ситуативной тревожности, проводилась оценка качества жизни, включавшая в себя материальные, духовные и социальные потребности, устанавливалось наличие конфликтов в семейной, сексуальной, межличностной сферах и в сфере самоотношения, проводилась оценка характерологических особенностей кардиологических пациентов. На основе такого анализа велась психотерапевтическая коррекция нарушенных

приоритетных отношений личности (Гартфельдер Д.В., 2008; Николаев Е.Л. с соавт., 2014).

Десятилетием позже в РКД у кардиологических больных стали изучаться социально-психологические детерминанты межличностного взаимодействия в условиях стационарного лечения, влияющие на процесс трансформации их личностных качеств. Было выявлено, что у кардиологических больных возрастает интенсивность субъективного переживания изолированности от окружающих, появляются иррациональные страхи и чрезмерная пассивность в сфере межличностных отношений с выделением значимых людей, с которыми связываются необоснованные надежды на благополучный исход. Полученные данные также помогли проводить необходимую социально-психологическую коррекцию (Гартфельдер Д.В., 2007; Гартфельдер Д.В., 2008).

В середине 2010-х годов в РКД проводилось комплексное изучение задач психопрофилактики в отношении кардиологических больных (Гартфельдер Д.В. с соавт., 2014), а также велся анализ адаптационного потенциала личности кардиологических пациентов. На основе полученных данных проведена дифференцированная клинико-психологическая оценка адаптационных возможностей кардиологических больных различных клинических групп, выделены мишени психологического вмешательства, разработана система поэтапной психологической помощи (Лазарева Е.Ю., 2016).

Таким образом, РКД как региональный кардиологический центр в г. Чебоксары является специализированной клинической базой для оказания высококвалифицированной медицинской помощи больным ССЗ. Он также имеет многолетний опыт оказания психологической и психотерапевтической помощи кардиологическим пациентам, что может быть эффективно использовано для разработки и реализации на его основе интегративной модели медико-психологического сопровождения КХ пациентов,

отвечающей современным задачам персонализированного подхода в медицине.

5.2. Основные принципы персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических больных

Персонализированный подход к пациенту и его потребностям при медико-психологическом сопровождении КХ больных, реализованный на всех этапах оказания медицинской помощи, подразумевал учет в каждом конкретном случае уникального соотношения у пациента клинико-анамнестических факторов, клинико-психологических факторов риска и его психологических ресурсов. При этом, все психологические вмешательства носили личностно-ориентированный характер и соответствовали клинической специфике актуального соматического и психического состояния КХ больного (Караваева Т.А. с соавт., 2017; Николаев Е.Л. с соавт., 2019).

Анализ литературы (Караваева Т.А. с соавт., 2016; Лазарева Е.Ю., 2016; Васильева Н.В., 2017), многолетний опыт деятельности РКД и результаты проведенного клинико-психологического исследования позволили утверждать, что к основополагающим ориентирам персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении КХ больных, которые были положены в основу работы с пациентом на всех этапах оказания помощи, отнесены следующие принципы:

Принцип доступности предполагал такую организацию процесса медико-психологического сопровождения, при которой каждый КХ больной имел возможность участвовать в психологических программах с начала лечения. Характер и объем этого участия определялся медицинскими специалистами с учетом тяжести клинического состояния, приверженности лечению и мотивированности пациента к работе с медицинским психологом, врачом-психотерапевтом, другими специалистами.

Принцип открытости характеризовал наличие возможности для пациента включаться в программы медико-психологического сопровождения на любом этапе лечения. При этом персонализированная программа сопровождения разрабатывалась с учетом специфики его клинического состояния, психологических особенностей и опыта предшествующего участия в подобных психологических программах.

Принцип преемственности. С учетом того, что КХ больной последовательно проходил различные клинические этапы стационарного и амбулаторного лечения, программы сопровождения подбирались с ориентиром на то, что решаемые задачи также последовательно взаимосвязаны и проистекали одна из другой. Дублирование решаемых на разных этапах лечения задач было нежелательно. Более предпочтительной являлась трансформация задач для достижения пациентом новых возможностей.

Принцип комплексности опирался на необходимость обеспечения взаимосвязи и согласованности всех лечебно-диагностических и коррекционно-реабилитационных мероприятий в отношении КХ больных, осуществляемых различными медицинскими и немедицинскими специалистами в сфере биологических, психологических и социальных воздействий.

Принцип интегративности подразумевал использование в процессе медико-психологического сопровождении КХ больных междисциплинарных подходов и теоретически разнородных методов, методик, техник помощи пациентам, суммарный эффект воздействия которых позволял достигать значительных положительных результатов для больного.

Принцип дифференцированности позволял осуществлять подбор персонализированных программ медико-психологического сопровождения КХ больных на основе учета широкого спектра индивидуальных характеристик пациента, отражавших специфику его клинического состояния, анамнеза жизни и развития заболевания, личностных черт и

психологических особенностей адаптационных ресурсов, множества других персонализированных факторов.

Принцип вариативности обеспечивал реализацию персонализированного подхода в медико-психологическом сопровождении КХ больных за счет возможности предоставления пациентам индивидуализированных маршрутов сопровождения с различным соотношением биологических, психологических и социальных воздействий в стационарных или амбулаторных условиях, а также на дому.

Принцип партисипативности состоял в ориентире на стимулирование активности пациента к вовлечению в процесс медико-психологического сопровождения. Так, обсуждение возможных вариантов индивидуализированного маршрута усиливало мотивированность пациента к участию в программах сопровождения и повышало ответственность за результат.

Принцип осознанности был нацелен на рост понимания пациентом в ходе участия в программах медико-психологического сопровождения ближайших целей и задач конкретного этапа лечения и реабилитации с учетом возрастных и личностных возможностей, а также ожидаемых перспектив.

Принцип превентивности обозначал готовность работать с пациентом в ходе медико-психологического сопровождения не только на задачи коррекции имеющихся нарушений, но и на профилактику ухудшения клинического состояния и развитие новых нарушений и симптомов.

Таким образом, опора в ходе медико-психологического сопровождении КХ больных на принципы доступности, открытости, преемственности, комплексности, интегративности, дифференцированности, вариативности, партисипативности, осознанности, превентивности способствовала повышению приверженности пациентов задачам лечения и реабилитации, более активному и раннему вовлечению их в процесс сопровождения, повышению эффективности работы и взаимодействия специалистов, что

крайне важно при реализации персонализированного подхода в оказании медико-психологической помощи КХ больным.

5.3. Клинические этапы медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных

Различие задач медико-психологического сопровождения КХ больных на протяжении всех периодов лечения и реабилитации в РКД обуславливало необходимость выделения нескольких последовательных клинических этапов, соответствующих организационной специфике медицинской помощи пациентам с ССЗ.

Анализ мировой (Laferton J.A. et al., 2016; Salzmann S. et al., 2020) и отечественной (Киселева М.Г., 2012; Попенко Н.В., 2016; Лутай Ю.А. с соавт., 2018; Еремина Д.А., Щелкова О.Ю., 2019; Солодухин А.В., 2020) научной литературы по данной проблеме, собственный опыт работы с КХ больными (Николаева О.В., 2007; Трофимов С.А. с соавт., 2016; Трофимов С.А. с соавт., 2017; Николаева О.В., Петрова М.А., 2020) позволил выделить в работе по медико-психологическому сопровождению КХ больных следующие шесть различных по продолжительности и содержанию клинических этапов:

- 1) дооперационный амбулаторный,
- 2) дооперационный стационарный,
- 3) ранний послеоперационный,
- 4) послеоперационный стационарный,
- 5) послеоперационный реабилитационный,
- 6) реабилитационный амбулаторный.

Все они имели различную продолжительность и охватывали весь период лечения КХ больного с момента определения у него показаний для хирургического лечения до одного года наблюдения с момента оперативного вмешательства. С учетом того, что непосредственно во время операции пациент находился в состоянии выключенного сознания, этот период не

входил ни в один из выделенных нами клинических этапов медико-психологического сопровождения. Рассмотрим более подробно временную периодизацию и цели каждого из шести этапов клинических этапов медико-психологического сопровождения КХ больных (таблица 16).

С учетом того, что хирургическое вмешательство оказывало сильное стрессовое воздействие, мы считали необходимым начинать процесс медико-психологического сопровождения КХ пациентов еще до госпитализации в стационар для операции. Целесообразнее всего это было делать с момента определения врачом-кардиохирургом и врачом-кардиологом показаний для оперативного лечения имеющегося у пациента заболевания.

Данный клинический этап обозначен нами как **дооперационный амбулаторный**, и продолжался он до госпитализации больного в стационар, где ему было запланировано проведение операции. На начальном этапе основной целью сопровождения являлось определение и коррекция характера ожиданий больного в отношении своего здоровья, болезни, методов и эффективности лечения.

Очень важно, чтобы еще до поступления в стационар у пациента сформировались реалистичные ожидания, как о самой процедуре, так и результатах оперативного лечения своего заболевания. Формирование адекватной внутренней картины заболевания и понимание своей роли в поддержании здоровья способствовало комплаентности пациента, формированию доверительных и конструктивных отношений с медицинским персоналом.

Дооперационный стационарный этап сопровождения начинался с момента поступления больного в стационар и продолжался до начала самого оперативного вмешательства. Основой целью данного клинического этапа являлась адаптация больного к больничным условиям, психологическая подготовка его к хирургическому вмешательству, заключавшаяся в снижении у него уровня тревоги и страха.

Таблица 16 – Основные характеристики клинических этапов
медико-психологического сопровождения КХ больных

Клинический этап	Период	Цель
1. Дооперационный амбулаторный	С момента определения показаний на операцию до госпитализации в стационар	Работа с ожиданиями больного в отношении здоровья, болезни и лечения, формирование комплаентности, коррекция внутренней картины болезни
2. Дооперационный стационарный	С момента поступления в стационар до оперативного вмешательства	Психологическая подготовка больного к операции, адаптация к пребыванию в стационаре
3. Ранний послеоперационный	После операции во время нахождения в блоке интенсивной терапии	Восстановление физиологических и психических функций у больного
4. Послеоперационный стационарный	После операции во время нахождения в КХ отделении	Стабилизация физического и психического состояния больного
5. Послеоперационный реабилитационный	Во время нахождения в реабилитационном отделении	Подготовка больного к возвращению в привычную социальную среду, формирование адаптивных паттернов поведения с учетом состояния пациента и имеющихся ограничений
6. Реабилитационный амбулаторный	После выписки из стационара до года с момента операции	Достижение больным уровня гармоничного личностного и социального функционирования

Страх предстоящей операции мог быть вызван множеством причин, среди которых чаще встречались: вероятность витальной угрозы, отсутствие контроля над происходящим, неопределенность будущего, предстоящий

длительный период выздоровления, знакомство с негативным опытом других людей, недоверие специалистам и медицинской организации, негативные ожидания от анестезии, возможные ограничение активности и изменение привычного образа жизни после оперативного лечения, другие причины.

Третий клинический этап сопровождения носит название **раннего послеоперационного**. Он приходился на тот послеоперационный период, когда больной находится в реанимационном отделении или блоке интенсивной терапии. Здесь под контролем специалистов происходило восстановление физиологических и психических функций прооперированного больного. В данный период было важно, чтобы больной продолжал ощущать внимание и заботу со стороны медицинского персонала, а также уважение к себе как личности.

Четвертый, **послеоперационный стационарный этап** сопровождения продолжался все время нахождения пациента после операции в отделении. Основной целью на данном клиническом этапе являлась стабилизация физического и психического состояния пациента, которая позволила закрепить положительную динамику восстановления его психической и соматической сферы. Важной составляющей этого этапа являлась профилактика развития пограничных психических расстройств в восстановительном периоде. В психологической работе внимание уделялось интервенциям, направленным на повышение мотивации пациента к активному участию и содействию в реабилитационных мероприятиях, приверженность и соблюдение врачебных и психологических рекомендаций, ориентацию его на восстановление физического, психического и социального функционирования.

Целью **послеоперационного реабилитационного этапа** являлась психологическая подготовка КХ больного к возвращению в привычную для него социальную среду, где он мог столкнуться как со знакомыми, так и с новыми ситуациями психоэмоционального напряжения и психосоциальных

рисков. Данный клинический этап КХ больные проходили в условиях стационарного реабилитационного отделения.

Самый продолжительный, завершающий клинический этап медико-психологического сопровождения, обозначенный как **реабилитационный амбулаторный**, был нацелен на помощь больному в возвращении к гармоничному социальному функционированию. Он начинался после выписки из стационарного реабилитационного отделения и мог продолжаться после этого в течение года. Определение мишеней, выбор методов, содержания психокоррекционных и психотерапевтических стратегий, определение особенностей организационных аспектов осуществлялось индивидуально с привлечением различных специалистов, что позволило обеспечить персонализированный подход и существенно повысить эффективность проводимых мероприятий.

Достижение цели каждого клинического этапа медико-психологического сопровождения КХ больных обеспечивалось последовательной реализацией определенных задач, связанных со спецификой лечебно-диагностического процесса и клинико-психологическими особенностями пациентов КХ профиля, позволявших достичь прогнозируемых соответствующих результатов (таблица 17).

Так, основными задачами *дооперационного амбулаторного этапа* сопровождения больных были: установление продуктивного контакта с пациентом; определение особенностей внутренней картины болезни и отношения к заболеванию и лечению; информирование о характере и специфике заболевания и предстоящей операции; модификация в позитивном направлении представлений и убеждений пациента в отношении болезни, лечения и прогноза, формирование комплаенса.

Было важно выяснить степень адекватности представлений больного о своем соматическом и психическом состоянии, уровень его приверженности консервативному лечению и готовности к хирургическому лечению заболевания, правильно информировать о предстоящем лечении и его

возможных последствиях, а также сформировать позитивный настрой на госпитализацию в стационар.

Таблица 17 – Психологические характеристики клинических этапов медико-психологического сопровождения КХ больных

Клинический этап	Основные задачи	Ожидаемые результаты
1. Дооперационный амбулаторный	Установление продуктивного контакта, оценка и коррекция внутренней картины болезни, отношения к болезни и лечению; информирование о характере, специфики заболевания и операции; модификация убеждений в отношении болезни, и лечения и прогноза заболевания, формирование комплаенса	Формирование доверительных отношений, оптимизация внутренней картины болезни, ожиданий в отношении течения, прогноза заболевания и операции; уменьшение тревожности, беспокойства, формирование мотивации к приверженности лечению, соблюдению врачебных и психологических рекомендаций
2. Дооперационный стационарный	Создание условий психологической безопасности и адаптация к условиям стационара; анализ корреляционной модели здоровья; оценка психического статуса, снижение тревожности, беспокойства в отношении предстоящего оперативного лечения и его последствий	Повышение толерантности к стрессовому воздействию, нормализация эмоционального состояния; активизация адаптационных ресурсов, профилактика факторов риска развития психопатологических нарушений; раннее выявление психопатологических нарушений
3. Ранний послеоперационный	Эмоциональная поддержка; помощь в адаптации к послеоперационному состоянию	Возобновление доверительного контакта; адаптация к послеоперационному состоянию, подбор персонализированной программы сопровождения
4. Послеоперационный стационарный	Коррекция эмоциональных нарушений; коррекция когнитивных нарушений;	Уменьшение эмоциональной напряженности, стабилизация аффективного фона;

Клинический этап	Основные задачи	Ожидаемые результаты
онарный	коррекция болевых ощущений; формирование адекватного отношения к болезни и лечению, обеспечение комплаенса, создание мотивационных установок на активное участие в реабилитационном процессе	улучшение когнитивного функционирования; снижение неприятных физических и болевых ощущений; повышение самооценки здоровья; повышение заинтересованности и степени активности в восстановительных и реабилитационных мероприятиях
5. Послеоперационный реабилитационный	Активизация психологических ресурсов личности; минимизация риска развития психопатологических нарушений и кардиологических осложнений; формирование навыков психической саморегуляции, коррекция мотивационно-поведенческих стереотипов	Повышение личностной адаптивности; сбалансированность временной перспективы; управление стрессом, выработка навыков саморегуляции и повышение толерантности к эмоциональным нагрузкам, формирование адаптивных паттернов поведения с учетом состояния пациента и имеющихся ограничений; установка на восстановление физического, психологического и социального функционирования
6. Реабилитационный амбулаторный	Модификация образа жизни; сохранение и поддержание приверженности лечению; разрешение внутриличностных конфликтов; гармонизация психологического состояния, социальная адаптация; повышение осознанности жизни	Следование рекомендованному образу жизни и режиму лечения; психическая и физическая стабильность, поддержание и расширение социальных ролей; удовлетворенность жизнью и здоровьем, повышение качества жизни

Вероятными результатами на этом клиническом этапе могли быть: формирование доверительных отношений с медицинскими работниками, оптимизация внутренней картины болезни, снижение уровня тревожности, беспокойства, страха, позитивная трансформация ожиданий от предстоящего лечения, что могло сопровождаться формированием положительного эмоционального настроя и осознанной готовности пациента к терапевтическому сотрудничеству (комплаенсу) в ходе лечения.

Дооперационный стационарный этап сопровождения приходился на дооперационный период нахождения КХ больного в стационаре, во время которого уровень его тревоги и страха, мог, как правило, снова возрастать. В этот период больные могли интенсивно переживать страх операции, страх наркоза. Они могли видеть уже прооперированных пациентов, и это могло не соответствовать их первоначальным ожиданиям. Именно поэтому всему медицинскому и немедицинскому персоналу было крайне необходимо создавать атмосферу максимального принятия, внимания и заботы. Необходимо было чутко относиться к эмоциональному состоянию пациента, своевременно снимать возникающие вопросы или опасения, спокойно разъяснять ход операции без излишней детализации. Все это позволило уменьшить у пациента уровень тревожности и спокойно подготовиться к операции. В этой ситуации ожидания производилось переключение внимания больного на процедуру первого психологического обследования, что позволило уточнить его корреляционную модель здоровья и глубже оценить особенности его психического статуса. Полученная информация помогла повысить толерантность к стрессовому воздействию, позволила определить актуальные факторы риска развития психопатологических нарушений и психологические ресурсы, а также в совокупности с клиническим обследованием установить наличие и выраженность психопатологических нарушений для их ранней профилактики и коррекции.

Ранний послеоперационный этап сопровождения больной проводил в реанимационной палате или блоке интенсивной терапии, что было связано с

необходимостью восстановления его физиологических и психических функций после оперативного вмешательства и наркоза. Здесь больные могли испытывать физиологический дискомфорт, болевые ощущения различной интенсивности, эмоциональную разбалансировку. В этот период медицинскому персоналу, находящемуся рядом с пациентом, было важно сохранять позитивный эмоциональный настрой, не допускать негативных реакций по отношению к пациенту, стараться настроить его на оптимистический лад. Уже в этот период к больному могли подойти врач-психотерапевт или медицинский психолог, чтобы оказать ему эмоциональную поддержку и восстановить начавшийся до операции контакт, придав ему доверительный характер. С учетом тяжести клинического состояния, результатов психологического обследования и особенностей восстановления физиологических и психологических функций медицинский психолог и врач-психотерапевт могли начать подбирать соответствующую персонализированную программу сопровождения.

Послеоперационный стационарный этап сопровождения соответствовал периоду нахождения больного после операции в стационарном отделении и начинался после его перевода из блока интенсивной терапии. К основным задачам данного клинического этапа относилась коррекция имеющихся эмоциональных нарушений тревожно-депрессивного спектра, работа по восстановлению возникающих после операции когнитивных нарушений различной выраженности, психологическая помощь пациенту в преодолении боли, приведение идеальных представлений о болезни к ее реальному состоянию после оперативного вмешательства и ожидаемым перспективам, обеспечение комплаенса. В результате интенсивной комплексной работы бригады специалистов в данном направлении происходило постепенное улучшение фона настроения, смягчались когнитивные нарушения, уменьшались болевые ощущения, у пациента нормализовалась самооценка здоровья.

Послеоперационный реабилитационный этап сопровождения протекал в условиях стационарного реабилитационного отделения, где больной получал возможность активизировать свои психологические ресурсы за счет планомерной работы с медицинским психологом и психотерапевтом. На этом же этапе психологом совместно с врачом-кардиологом решалась задача минимизации влияния факторов риска на актуальное соматическое и психическое состояние пациента. Параллельно больной обучался навыкам психической саморегуляции, что позволяло ему в большей мере сохранять эмоциональную стабильность. Все это находило отражение в бóльших адаптационных возможностях личности – усилении ее жизнестойкости, гармонизации профиля временной перспективы и закреплении эффективных навыков управления стрессом.

Реабилитационный амбулаторный этап сопровождения больного был связан с периодом его пребывания на амбулаторной реабилитации после выписки из стационара. В это время пациент находился в привычной для него социальной среде и было очень важно помочь ему закрепить те позитивные изменения в образе жизни, отношении к здоровью, болезни и лечению, управлении стрессом, которые он приобрел на стационарных этапах сопровождения. С учетом его немалой продолжительности этот клинический этап был посвящен, главным образом, задачам изменения образа жизни пациента в позитивную сторону, повышения у него приверженности лечению и терапевтического комплаенса, помощи в разрешении актуальных для него внутриличностных конфликтов, улучшении социальной адаптации и личностном развитии. К завершению шестого клинического этапа медико-психологического сопровождения КХ больной получал возможность осознанного соблюдения режима лечения и следования здоровому образу жизни, восстановления физической и психической стабильности, сохранения и развития социальной микросреды, повышения удовлетворенности и качества жизни.

Возвращение КХ больного в привычную социальную среду и стабильное функционирование в ней на протяжении нескольких месяцев подряд знаменовало собой завершение последнего клинического этапа сопровождения. Однако это не означало, что в случае ухудшения его психического и соматического состояния пациент не мог вновь воспользоваться возможностями системы медико-психологического сопровождения. Он всегда мог обратиться к действующим реабилитационным и профилактическим программам для кардиологических пациентов, а также в случае повторных или других КХ операций становился участником новых персонализированных программ медико-психологического сопровождения.

На основе наработанного за многие годы специалистами РКД опыта по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи больным ССЗ (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018), в соответствии с порядками организации плановой и неотложной медицинской помощи взрослому населению при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля (Шувалова Н.В. с соавт., 2014) и порядком маршрутизации в РКД КХ пациентов при оказании плановой специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (Трофимов Н.А. с соавт., 2020) в данном исследовании определена ориентировочная продолжительность клинических этапов медико-психологического сопровождения КХ больных (таблица 18).

Касаясь временной продолжительности клинических этапов медико-психологического сопровождения КХ больных различных клинических групп, стоит отметить, что она во многом носит условный характер, т.к. могла изменяться с учетом уникального характера каждой клинко-психологической ситуации и актуальных возможностей медицинской организации в конкретный момент. Так, продолжительность этапов сопровождения в первых двух группах, в целом, одинакова и составляет от полумесяца до одного года. В третьей клинической группе продолжительность первых трех этапов несколько меньше, чем в первых

двух группах, продолжительность четвертого и последнего, шестого, этапа одинакова во всех трех группах.

Таблица 18 – Продолжительность клинических этапов
медико-психологического сопровождения КХ больных

Клинический этап	Группа 1	Группа 2	Группа 3
1. Дооперационный амбулаторный	0,5-1 мес.	0,5-1 мес.	7-14 дней
2. Дооперационный стационарный	2-3 дня	2-3 дня	1-2 дня
3. Ранний послеоперационный	1-3 дня	1-3 дня	0-1 день
4. Послеоперационный стационарный	7-10 дней	7-10 дней	7-10 дней
5. Послеоперационный реабилитационный	12-14 дней	12-14 дней	-
6. Реабилитационный амбулаторный	10-12 мес.	10-12 мес.	10-12 мес.

Послеоперационный реабилитационный этап сопровождения в третьей группе отсутствовал в силу меньшей продолжительности восстановительного периода и более ранней выписки КХ пациентов этой группы из стационара.

Таким образом, клинические этапы медико-психологического сопровождения КХ больных имеют различную продолжительность и в совокупности соответствуют всему периоду лечения и реабилитации пациента с момента определения показаний к оперативному вмешательству до завершения процесса восстановления и полной адаптации к своему послеоперационному соматическому состоянию. Каждому этапу сопровождения соответствуют свои цели, основные задачи и ожидаемые результаты. Временная продолжительность этапов носит условный характер и изменяется в соответствии с характером каждой клинической ситуации. В третьей клинической группе их продолжительность меньше, а в числе этапов отсутствует послеоперационный реабилитационный этап медико-

психологического сопровождения в связи со спецификой хирургического вмешательства при малоинвазивных операциях на сердце.

5.4. Методы медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных

Структурирование процесса медико-психологического сопровождения КХ больных в условиях регионального кардиологического диспансера на ряд последовательных клинических этапов позволило соотнести цели, задачи и ожидаемые результаты, стоящие перед командой специалистов на каждом этапе лечения и реабилитации. Выделение клинических этапов в процессе медико-психологического сопровождения помогло на основе анализа современной научной литературы и имеющегося в РКД успешного научно-практического задела в реализации психологических и психотерапевтических программ для кардиологических пациентов (Авдеев Д.А. с соавт., 1994; Гартфельдер Д.В., 2007; Николаева О.В. с соавт., 2009; Lazareva E.Y., Nikolaev E.L., 2012; Гартфельдер Д.В. с соавт., 2014; Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю., 2014; Николаев Е.Л. с соавт., 2014; Лазарева Е.Ю., 2016; Nikolaeva O. et al., 2020) подобрать наиболее подходящие для каждого этапа сопровождения психологические методы воздействия на КХ больного, а также обозначить конкретные цели, достижение которых становится возможным при организации соответствующей психологической и психотерапевтической работы.

В рамках представленного в настоящем исследовании персонализированного подхода работа по сопровождению КХ больного начиналась на **дооперационном амбулаторном этапе** (таблица 19) с установления с ним врачом - сердечно-сосудистым хирургом *первого контакта*, который рассматривается в современной психологии как важный коммуникационный феномен (Тигунцева Г.Н., 2014).

Как правило, это происходило во время амбулаторного приема кардиологического пациента врачом - сердечно-сосудистым хирургом, в ходе которого устанавливались показания для хирургического лечения кардиальной патологии.

Таблица 19 – Общая характеристика методов
медико-психологического сопровождения КХ больных

Клинический этап	Метод	Задачи
Дооперационный амбулаторный	Установление контакта	Знакомство с личностью пациента; развитие доверительных отношений
	Медицинское информирование	Информирование о причинах и перспективах развития заболевания; информирование о методах лечения
	Психообразование	Информирование о биопсихосоциальных основах заболевания; информирование об адаптивных ресурсах организма и личности
Дооперационный стационарный	Медицинское информирование	Знакомство с медицинским учреждением и медицинскими сотрудниками; уменьшение уровня тревоги и страха; повышение уверенности в будущем
	Психологическая диагностика	Оценка психологического статуса личности, психологических факторов избыточности и недостаточности
	Психопатологическая диагностика	Оценка наличия и степени выраженности психопатологических нарушений
Ранний послеоперационный	Суппортивная психотерапия	Продолжение установившегося контакта; снижение эмоционального напряжения; поддержка уверенности в выздоровлении
Послеоперационный стационарный	Поведенческая терапия	Повышение физической активности; уменьшение тревожно-депрессивных проявлений; улучшение самооценки здоровья
	Музыкотерапия	Уменьшение восприятия боли; стабилизация фона настроения
	Нейрокогнитивный тренинг	Диагностика когнитивных возможностей; улучшение когнитивных функций
Послеоперационный	Психологическое	Активизация адаптационных ресурсов личности; гармонизация временной

Клинический этап	Метод	Задачи
перационный реабилитационный	консультирование	перспективы
	Когнитивно-поведенческая терапия	Переосмысление отношения к здоровью, болезни, лечению; формирование навыков психической саморегуляции; усвоение адаптивных моделей поведения
	Нейрокогнитивный тренинг	Восстановление когнитивных функций; адаптация к изменившимся когнитивным возможностям
	Тренинг социальных навыков	Улучшение социальной коммуникации; освоение навыков поддержания доверительных отношений
Реабилитационный амбулаторный	Психообразование	Закрепление здоровых поведенческих моделей образа жизни; соблюдение приверженности лечению
	Психологическое консультирование	Психологическая коррекция эмоционального состояния в ситуациях повышенного напряжения
	Когнитивно-поведенческая терапия	Принятие возможности гармоничного сосуществования с болезнью; улучшение способности психической саморегуляции; снижение частоты и выраженности тревожно-депрессивных проявлений
	Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия	Осознание и разрешение актуальных внутриличностных конфликтов; расширение адаптивной сферы самосознания; повышение удовлетворенности жизнью и состоянием своего здоровья
	Психологическая диагностика	Оценка динамики психологических характеристик личности, объективизация эффективности персонализированной программы сопровождения

Врач знакомился с личностью больного, устанавливал с ним доверительные отношения, а также в формате обращения к методу *медицинского информирования* в процессе индивидуальной беседы рассказывал пациенту о механизмах развития его заболевания и о наиболее актуальном на текущий момент методе лечения – хирургическом.

После этого пациент приглашался в РКД для участия в *психообразовательной программе* (Семенова Н.Д., Краснов В.Н. 2020), проходившей в форме регулярных групповых занятий «Школы кардиологического пациента» (Глезер М.Г., Чернявская Т.К., 2020). Участники этой школы в индивидуальных беседах и групповых дискуссиях, лекциях, которые вели врач-кардиолог, врач-психотерапевт и медицинский психолог глубже знакомились с биопсихосоциальными основами кардиальной патологии, узнавали о факторах риска и потенциале адаптивных ресурсов организма и личности. Специалисты здесь также проводили работу с ожиданиями больного в отношении здоровья, болезни и лечения, разъясняя наиболее реальные перспективы и последствия оперативного лечения заболевания.

В ходе медико-психологического сопровождения КХ больного во время **дооперационного стационарного** этапа также использовался метод *медицинского информирования* (Сергеев В.В., Горлова Е.В., 2019). Он является важным средством психологической подготовки пациента к оперативному вмешательству после поступления в КХ стационар. Врач - сердечно-сосудистый хирург знакомит больного с медицинским персоналом отделения, в общих чертах рассказывает о предстоящей операции, снимает тревогу в отношении возможных негативных последствий операции. Он также поясняет пациенту, что сразу после операции тот будет некоторое время находиться в отделении интенсивной терапии, и что это нормально. При желании пациента, врач показывает тому нахождение отделения интенсивной терапии и знакомит с персоналом отделения, что, как правило, сопровождается значительным уменьшением выраженности страха операции.

С целью получения уточненной информации о психологических особенностях личности КХ больного на этом же этапе медицинским психологом проводится подробная *психологическая диагностика* пациента (Щелкова О.Ю., 2009; Кряжев М.Г., 2017). Она помогает выяснить специфику имеющихся у него психологических факторов риска и

психологических ресурсов, установить уровень их выраженности, а также соотнести их с клиническими и анамнестическими данными (Хяникяйнен И.В., Коваль А.М., 2019). Наряду с получением новой информации о пациенте заполнение психологических опросников и обсуждение полученных результатов с медицинским психологом помогает структурировать свободное время пациента, дополнительно снижая уровень стресса (Незнанов Н.Г. с соавт, 2019).

Врачом–психотерапевтом на этом этапе помимо создания для КХ больного атмосферы психологической безопасности решаются задачи оценки психического статуса и *психопатологической диагностики* пациента. Наиболее важным является выявление нарушений тревожно-депрессивного спектра, когнитивных нарушений и мыслей суицидальной направленности, т.к. данные психопатологические нарушения представляют наиболее значимую угрозу не только для благополучного исхода операции, но и для жизни больного (Харламова Т.М., Митрофанова Е.С., 2019)..

Характеристики методов медико-психологического сопровождения КХ больных на **раннем послеоперационном** этапе определяются содержанием *суппортивной психотерапии* (Михайлов Б.В. с соавт., 2018), нацеленной на оказание эмоциональной поддержки пациенту в период его выхода из анестезии, восстановления гемодинамики, функций внешнего дыхания, чувствительности, других физиологических и психических функций. Оказание такой поддержки ожидается от медицинского персонала отделения интенсивной терапии, в которое пациент переводится сразу после операции. Если пациент до операции уже познакомился с персоналом этого отделения, то позитивный контакт между ними возобновляется. К эмоциональной поддержке также может подключиться врач-психотерапевт или медицинский психолог при посещении данного отделения. Все это способствует облегчению адаптации КХ больного к послеоперационному состоянию, а также снижает у пациента эмоциональное напряжение и повышает уверенность в благополучном выздоровлении.

Послеоперационный стационарный этап медико-психологического сопровождения КХ больных представлен тремя методами психологического воздействия – поведенческой терапией, музыкотерапией, нейрокогнитивным тренингом.

Поведенческая терапия проводится в индивидуальной или групповой форме врачом-кардиологом или врачом-реабилитологом и обеспечивает восстановление двигательной активности пациента за счет целенаправленного выполнения специальных физических упражнений, мышечная релаксация уменьшает эмоциональное напряжение, улучшает настроение. В положительную сторону изменяется самооценка здоровья (Серый А.В. с соавт., 2017).

Музыкотерапия, как самостоятельный метод психологического воздействия (Гимадрисламова А.Р., 2017), проводимая медицинским психологом или врачом-психотерапевтом, в форме прослушивания специально подобранных музыкальных фрагментов релаксирующего или стимулирующего характера в индивидуальной или групповой форме способствует уменьшению болевых ощущений, выравниванию настроения (Ефимова И.П., 2018).

Нейрокогнитивный тренинг проводится медицинским психологом после соответствующей нейропсихологической диагностики (Солодухин А.В., 2019). Больного также осматривает врач-невролог и, при необходимости назначает медикаментозную терапию. Тренинг включает специальные упражнения на восстановление нарушенных после операции когнитивных функций – тренировку памяти, внимания, мышления, восприятия и др.

Нейрокогнитивный тренинг проводится в индивидуальной или групповой форме и также продолжается на следующем этапе медико-психологического сопровождения КХ больного, **послеоперационном реабилитационном**, в русле новых задач по адаптации к изменившимся когнитивным возможностям в случае резистентности нарушенных функций к

восстановлению или постепенного восстановления когнитивных функций при нормальном протекании этого процесса.

В рамках применения метода *психологического консультирования* (Сирота Н.А. с соавт., 2019) медицинским психологом с позиций концепции жизнестойкости обсуждаются с КХ больным вопросы активизации адаптационных ресурсов личности. Ведется разбор индивидуального профиля временной перспективы личности с перспективой реальности его гармонизации и сопутствующими этому изменениями в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах пациента.

Метод *когнитивно-поведенческой терапии* используется на данном этапе медико-психологического сопровождения КХ больных врачом-психотерапевтом также в индивидуальной форме или групповой форме. К основным решаемым задачам здесь относится переосмысление отношения пациента к здоровью, болезни и лечению, формирование навыков психической саморегуляции, тренировка и закрепление адаптивных моделей поведения (Прибытков А.А., Еричев А.Н., 2017). Врач-психотерапевт помогает КХ больному выявлять в своем мировоззрении иррациональные представления, по-новому интерпретировать возникающие негативные эмоциональные состояния. Также поощряются проявления позитивного мышления в форме позитивной рефлексии, позитивного целеполагания, позитивного осмысления своей деятельности, что также положительно сказывается на способности пациента управлять стрессом.

Содержание *тренинга социальных навыков* у КХ больных на данном клиническом этапе сопровождения соответствует задачам оптимизации ресурсных возможностей социальной поддержки пациента (Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., 2017) через улучшение социальной коммуникации в микро- и макросреде, освоение навыков построения и поддержания доверительных отношений с близкими и друзьями, переоценку роли значимых других в жизни после операции. Тренинг проводится медицинским психологом в

группе пациентов в форме обсуждения социальных взаимодействий и отработки желаемых моделей коммуникации и поведения.

Завершающий этап медико-психологического сопровождения КХ больных, **реабилитационный амбулаторный этап**, в силу своей бóльшей временной продолжительности (до одного года) и использования возможностей опоры на позитивные достижения предшествующих этапов сопровождения обладает максимальным потенциалом помощи пациенту в достижении им в условиях имеющегося хронического заболевания состояния гармоничного личностного и социального функционирования. Данная цель призвана быть достигнута посредством обращения параллельно к нескольким методам, среди которых – психообразование, психологическое консультирование, когнитивно-поведенческая терапия и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Реализуется данный этап сопровождения, так же как и первый, в амбулаторных условиях, после того, как КХ больной в стационаре уже прошел все остальные клинические этапы сопровождения или только часть из них. Именно поэтому у КХ больного уже есть определенный положительный опыт участия в программах реабилитации, и он может быть готов к более продолжительной психологической работе со специалистами и на этом этапе.

Уже знакомая пациентам с дооперационного клинического этапа практика *психобразования* также связана с участием больного в работе «Школы кардиологического пациента». Он может присоединиться к работе уже известной ему школы РКД, или стать участником новой подобной школы, проводимой другой медицинской организацией, работающей по близкой программе. В ходе участия в такой школе пациенту важно закрепить усвоенные им поведенческие модели здорового образа жизни, а также сохранить и повысить приверженность лечению.

В формате *психологического консультирования* медицинский психолог в амбулаторных условиях может проводить индивидуальную

психологическую коррекцию негативных эмоциональных состояний, возникающих у КХ больного в ситуациях повышенного напряжения. Данная психологическая коррекция может иметь различные формы реализации, приемлемые пациентом и специалистом – привычную амбулаторную консультацию у медицинского психолога в стенах медицинской организации, дистанционную форму консультирования по телефону с уже знакомым медицинским психологом, анонимное обращение в службу экстренной психологической помощи по телефону доверия, обращение за психологической помощью в онлайн-режиме через интернет и др.

Прохождение *когнитивно-поведенческой терапии* в амбулаторных условиях позволяет КХ больному справляться с нарушениями тревожно-депрессивного спектра. За счет модификации системы установок пациент совершает существенные шаги по приближению к новой жизненной реальности не борьбы с болезнью «до победного конца», а гармоничного сосуществования с хроническим заболеванием. Ведение дневниковых записей, письменная рефлексия появляющихся в течение дня иррациональных суждений в отношении своей личности, здоровья и болезни помогает пациенту вместе с врачом-психотерапевтом позитивно интерпретировать их и находить в них новые продуктивные смыслы. Существенным навыком при этом является хорошо осваемая способность психического регулирования не только собственных когнитивных построений, но и психоэмоциональных состояний, напрямую связанных с моделями здорового поведения, а также снижением частоты и выраженности тревожно-депрессивных нарушений.

В случае наличия у КХ больных признаков неразрешенных внутриличностных конфликтов, связанных с их текущим ССЗ, показана *личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия* (Карвасарский Б.Д., 1985). В основу данного метода психотерапии, психодинамического, по своей сути, положена теория отношений личности, разработанная одним из основоположником Ленинградской-Санкт-

Петербургской школы психотерапии В.Н. Мясищевым (Мясищев В.Н., 1960; Мясищев В.Н., 1995), которая получила дальнейшее развитие в трудах его учеников и последователей (Исурина Г.Л., 1984; Карвасарский Б.Д., 1990; Александров А.А., 1992; Незнанов Н.Г., Акименко М. А., 2012; Васильева А. В., Караваева Т. А., 2020 и др.).

Индивидуальные и групповые занятия психодинамической направленности, проводимые врачом-психотерапевтом совместно с медицинским психологом, способствуют созданию благоприятных условий для осознания пациентом и последующего разрешения актуальных внутриличностных конфликтов, вызванных неразрешимым противоречием между убеждениями, ценностями, желаниями и стремлениями. Групповая проработка внутриличностного конфликта сопровождается расширением адаптивных возможностей самосознания и поведения, улучшением самооценки, повышением удовлетворенности жизнью и состоянием своего здоровья.

На завершающем этапе медико-психологического сопровождения еще раз проводится *психологическая диагностика* пациента. Данное психодиагностическое обследование с помощью части первоначально использованных психологических методик позволяет оценить характер динамики клинически важных психологических характеристик личности, соотнести их с результатами клинического наблюдения, а также объективизировать эффективность реализованной персонализированной программы медико-психологического сопровождения.

Персонализированный подход при медико-психологическом сопровождении КХ больных предусматривает разработку системы психологической помощи, которая позволяют учитывать многоуровневую специфику биопсихосоциального статуса пациента в ситуации болезни и выделять конкретные направления комплексного психологического воздействия на личность больного, часто обозначаемые в современной литературе как «психотерапевтические мишени» или «мишени

психотерапии» (Караваева Т.А., 2010; Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., 2017; Мизинова Е.Б. с соавт., 2017; Васильева А.В. с соавт., 2020; Ряшенцева Д.А., Тромбчиньски П.К., 2020).

5.5. Психотерапевтические мишени и персонализированная программа медико-психологического сопровождения

Специалисты Национального исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге, разрабатывающие современные подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии, дают следующее рабочее определение понятию «психотерапевтическая мишень»: «Проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психологический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического процесса» (Караваева Т.А., 2010; Ляшковская С.В. с соавт., 2017; Васильева А.В. с соавт., 2018).

Согласившись с этим определением, и взяв его за основу, мы распространяем его в нашем исследовании не только на конкретную психотерапевтическую ситуацию взаимодействия врача-психотерапевта и его пациента. Мы предлагаем рассматривать формат данного понятия гораздо шире, в контексте всего многоэтапного процесса медико-психологического сопровождения КХ больного. Мы также адаптировали типологию мишеней психотерапии, разработанную в рамках Санкт-Петербургской психотерапевтической школы (Караваева Т.А., 2010; Мизинова Е.Б. с соавт., 2017; Васильева А.В. с соавт., 2020), к задачам настоящего исследования, выделив четыре наиболее важных, на наш взгляд, уровня необходимых психологических вмешательств, соотносимых с широким кругом клинико-психологических феноменов, представленных среди КХ больных на

различных этапах медико-психологического сопровождения – психологических реакций личности на ситуацию операции; ее психопатологических проявлений; дисфункциональных характеристик личности; специфики ее социального взаимодействия.

Важно заметить, что дифференциация психотерапевтических мишеней для КХ больных проведена отдельно для пациентов каждой из трех исследовательских групп на основе анализа полученных в настоящем исследовании социодемографических данных, данных клинических характеристик больных, особенностей самооценки в ситуации болезни, особенностей выраженности депрессии и ее проявлений, особенностей враждебности и временной перспективы, особенностей жизнестойкости и социальной поддержки, клинико-психологической специфики больных трех групп, специфики психологических корреляционных моделей здоровья, специфики выраженности факторов риска и психологических ресурсов. Учет внутригрупповой специфики и многоуровневая дифференциация всех выявленных клинико-психологических феноменов с включением дефицитарного, оценочного и ресурсного модусов актуальной клинической ситуации, характеризующих КХ больных трех клинических групп, позволил представить полученный результат в виде сопоставительной таблицы.

Как видно из табл. 20, первый *уровень* мишеней определяется состоянием снижения психической адаптации пациентов в связи с особенностями *реагирования на ситуацию КХ операции* (см. раздел 3.2). В этой связи очевидна необходимость психологической работы с ожиданиями больного в отношении операции. Так, КХ больные третьей группы не ожидают значительных быстрых изменений после операции, а в большей степени озабочены возможностью неблагоприятного исхода после самой операции, что связано с выраженным страхом смерти.

Таблица 20 – Дифференцированные психотерапевтические мишени
в группах КХ больных

Группа мишеней	Содержание мишеней		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Психологические реакции на ситуацию операции	низкие ожидания от операции; сниженная вера в выздоровление; низкая удовлетворенность жизнью	высокие ожидания от операции; умеренный страх смерти; плохое самочувствие; сниженное настроение	умеренные ожидания от операции; выраженный страх смерти
Психопатологические проявления	депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения	депрессивные нарушения с соматическими и когнитивно-аффективными проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения	депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения; когнитивные нарушения
Дисфункциональные характеристики личности	проявления враждебности; неприятие прошлого; склонность к фатализму; сниженная жизнестойкость	неприятие прошлого; неспособность находить радость в жизни; сниженная жизнестойкость	неприятие прошлого
Специфика социального взаимодействия	снижение социальной активности; ориентир на помощь близких	выраженный ориентир на помощь близких; снижение социальной активности	ориентир на помощь близких; снижение социальной активности

Больные первой группы, многие из которых имеют не очень позитивный опыт предшествующих операций на сердце, также нуждаются в

работе по оптимизации ожиданий и повышению веры в возможность определенного клинического улучшения.

Здесь становится важно работать в русле повышения удовлетворенности жизнью, показывать пациенту значимость других, более сохранных сторон жизни. Больные второй группы, находясь в клинически более тяжелом состоянии, не менее остро нуждаются в психотерапевтической работе с актуальными для них состояниями плохого физического самочувствия, пониженного настроения, нерезко выраженного страха смерти, а также – с послеоперационными ожиданиями, которые в некоторых случаях могут иметь нереалистично завышенный характер.

Проработка психологических паттернов отношения к болезни и лечению у КХ больных строится на основе совместного с пациентом анализа и обсуждения *корреляционных моделей здоровья* (см. раздел 4.4), помогающих раскрыть характер взаимосвязей психологических факторов риска заболевания и психологических адаптационных ресурсов.

Работа с мишенями данного уровня не обязательно должна вестись только психотерапевтом или медицинским психологом. К ней также могут присоединяться врач-кардиолог, врач – сердечно-сосудистый хирург, другие специалисты, вовлеченные в процесс оказания медицинской помощи больному. В таком случае может иметь место более выраженный положительный эффект.

Содержание мишеней *уровня психопатологических проявлений* предполагает сочетанную работу команды специалистов во всех группах КХ больных над депрессивными, когнитивными, астено-невротическими, тревожными нарушениями (см. разделы 3.1 и 3.3). Спектр мишеней в третьей группе КХ больных, в целом, повторяя общую структуру мишеней, имеет их иное распределение. На данном уровне мишеней психотерапевтическая работа и нейрореабилитационные вмешательства медицинского психолога обязательно сочетаются с фармакологической терапией, назначаемой врачом-психотерапевтом, врачом-неврологом, при необходимости – врачом-

психиатром. При анализе депрессивных проявлений у КХ больных важно сохранять суицидальную настороженность, внимательно наблюдая за динамикой подобных переживаний.

Психотерапевтические мишени *уровня дисфункциональных характеристик личности* соответствуют тем клинико-психологическим паттернам, которые лежат в основе дезадаптивного поведения КХ больного, проявляющегося в нарушенном восприятии собственной личности, окружающего мира и своего места в этом мире (см. разделы 3.4 и 3.5). Данные характеристики в зависимости от степени своей выраженности могут относиться либо к психологическим факторам избыточности, либо к психологическим факторам недостаточности (см. раздел 4.5).

Выраженная враждебность, негативное отношение к прошлому, склонность к фатализму, неспособность находить радость в жизни, сниженная жизнестойкость – все это отражает, с одной стороны, доминирование у КХ больного иррациональных когнитивных установок, с другой стороны, нарушения в системе значимых отношений личности, что требует осознания, принятия и длительной психотерапевтической проработки в рамках индивидуальной или групповой терапии со специалистом.

Еще одним уровнем психотерапевтических мишеней у КХ больных является сфера *социального взаимодействия*, являющаяся важной стороной жизнедеятельности любого человека. Содержание данных мишеней определено на основании показателей уровня воспринимаемой социальной поддержки (раздел 3.5) и социодемографических данных (раздел 2.2). Так, у большинства КХ больных отмечено определенное снижение социальной и профессиональной активности в связи с имеющимся заболеванием, что может способствовать излишней фиксации пациентов исключительно на вопросах, связанных с болезнью. С другой стороны, с учетом высокого уровня социальной поддержки, уверенно демонстрируемой КХ больными, у них в дальнейшем не исключается риск формирования дезадаптивных

состояний по типу синдрома выученной беспомощности (Волкова О.В., 2020).

Для профилактики указанного негативного направления развития личности КХ больных необходима организация психосоциальных мер превентивного воздействия, к проведению которых можно подключать как медицинских психологов, так и специалистов по социальной работе и социальных работников. Вполне оправдано, что больший объем подобной работы будет вестись в амбулаторных условиях, после выписки пациента из стационара.

Реализация задач каждого из шести клинических этапов медико-психологического сопровождения КХ больных (см. раздел 5.3) осуществляется за счет целенаправленного применения специальных методов, приемов, интервенций, направленных на дифференцированные психотерапевтические мишени. Часть мишеней может реализовываться в течение одного этапа, реализация других мишеней может продолжаться несколько этапов, в зависимости от успешности достижения ожидаемых результатов (рисунок 7).

Персонализированная программа медико-психологического сопровождения КХ больного междисциплинарной бригадой специалистов начинает разрабатываться врачом-психотерапевтом совместно с медицинским психологом учреждения уже на начальном этапе сопровождения при первом знакомстве с пациентом.

В это время формируется стратегия программы сопровождения, которая ориентирована на успешную подготовку больного к хирургическому вмешательству, но в то же время она учитывает некоторые индивидуальные особенности пациента, ставшие известны специалистам. На послеоперационном стационарном этапе после получения результатов клинического и психологического обследования пациента программа сопровождения уточняется, в нее вносятся дополнения с учетом специфики и выраженности клинико-психологических факторов риска тяжести

заболевания и психологических ресурсов личности, психологических факторов недостаточности и психологических факторов избыточности.



Рисунок 7. Соотнесение психотерапевтических мишеней с этапами медико-психологического сопровождения КХ больных

Владение информацией о характере корреляционных моделей здоровья КХ больных в формате их дефицитарного, оценочного и ресурсного модусов помогает усиливать масштаб психотерапевтического воздействия на систему личности больного за счет опосредованные влияния на психологические категории, которые состоят в значимой прямой или обратной

корреляционной взаимосвязи с категорией, являющейся психотерапевтической мишенью.

Например, у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце удовлетворенность жизнью, являющаяся одной из психотерапевтических мишеней (см. таблицу 20), может быть опосредованно затронута как через работу с оценочными категориями жизнестойкости и социальной поддержки друзей, так и в определенной мере через работу с оценочной категорией веры в собственное везение (см. рисунок 3). У больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце депрессивные нарушения в качестве мишени психотерапии (см. таблицу 20) могут стать объектом психологического воздействия через психологическую работу с ресурсной категорией религиозной веры (см. рисунок 4). У больных с малоинвазивными операциями на сердце коррекцию неприятия прошлого как психотерапевтической мишени (см. таблицу 20) можно также проводить через психологическую проработку вопросов религиозной веры (см. рисунок 5).

С учетом полученной первоначально клинико-anamnestической и психологической информации о пациенте определяются, а затем корректируются ключевые психотерапевтические мишени, ведущий метод, прием, интервенция психологического воздействия, очерчивается круг вовлеченных в работу специалистов, применительно к каждому методу устанавливается индивидуальная или групповая форма работы, количество занятий и их продолжительность.

Дополнительно учитываются следующие факторы: наличие у пациента опыта предшествующих КХ операций, их успешность; наличие опыта работы с психологом или психотерапевтом; участие в программах кардиореабилитации, школах пациентов; готовность участвовать во всех этапах сопровождения; возможность продолжения прохождения программы по месту жительства; готовность участвовать в дистанционных формах

работы. Все это позволяет проводить индивидуализацию маршрута персонализированной программы сопровождения

На любом этапе медико-психологического сопровождения КХ больного в персонализированную программу и индивидуализированный маршрут могут вноситься коррективы с учетом изменившейся клинической или социальной ситуации пациента, его индивидуальных пожеланий, рекомендаций медицинских специалистов и других значимых факторов. В течение всех этапов сопровождения, в т.ч. во время завершающего реабилитационного амбулаторного этапа, пациент поддерживает регулярную связь с врачом-психотерапевтом или медицинским психологом, проходит периодические осмотры у врача-кардиолога РКД и по месту жительства.

Во время таких встреч с врачом-психотерапевтом и медицинским психологом оценивается актуальное состояние пациента, характер динамики его психического и психологического состояния, приверженность терапии и степень соблюдения рекомендаций по модификации образа жизни, необходимость корректировки персонализированной программы и маршрута медико-психологического сопровождения, а также - способность пациента самостоятельно справляться с текущими психологическими трудностями, успешность адаптации в ближайшем социальном окружении. При необходимости пациент проходит дополнительную психологическую диагностику, позволяющую оценить конкретные психологические параметры в соответствии с задачами текущего этапа сопровождения.

Завершая раздел о дифференциации психотерапевтических мишеней в рамках подготовки персонализированной программы медико-психологического сопровождения КХ больного, стоит подчеркнуть, что все это также помогает выстраивать индивидуализированный маршрут сопровождения конкретного пациента.

Тем не менее, несмотря на учет большого числа индивидуальных факторов, в данном исследовании также сформулирована и реализована базовая модель последовательного применения различных медико-

психологических техник, методов и подходов в ходе работы в рамках целостной системы сопровождения КХ больных.

5.6. Клинико-организационный алгоритм медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных

Для систематизации процесса подготовки персонализированной программы и подбора индивидуализированного маршрута сопровождения (Михайлов В.А., Хяникяйнен И.В., 2019) в данном исследовании реализован специально разработанный клинико-организационный алгоритм поэтапного медико-психологического сопровождения КХ больного (рисунок 8, рисунок 9).

Первый этап (дооперационный амбулаторный) сопровождения начинался с обращения больного, страдающего ССЗ, в консультативную поликлинику РКД для решения вопроса о тактике лечения (рисунок 8). До этого пациент мог наблюдаться и лечиться у участкового врача-терапевта или врача-кардиолога по месту жительства в городе или на селе. Обращение в консультативную поликлинику РКД производилось по направлению участкового врача-специалиста с результатами всех необходимых исследований. Врач-кардиолог осматривал пациента, проводил оценку анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований, его соматического статуса, уточнял клинический диагноз и при наличии клинических признаков угрозы декомпенсации со стороны сердечно-сосудистой системы направлял на консультацию врача сердечно-сосудистого хирурга. Врач сердечно-сосудистый хирург, оценив степень угрозы для жизни пациента, определял наличие показаний для оперативного лечения имеющейся сердечно-сосудистой патологии и с учетом клинического состояния рекомендовал пациенту пройти оперативное лечение. Уже на этапе первой встречи с пациентом врачи-специалисты акцентировали внимание на формирование с ним отношений доверия и безопасности.

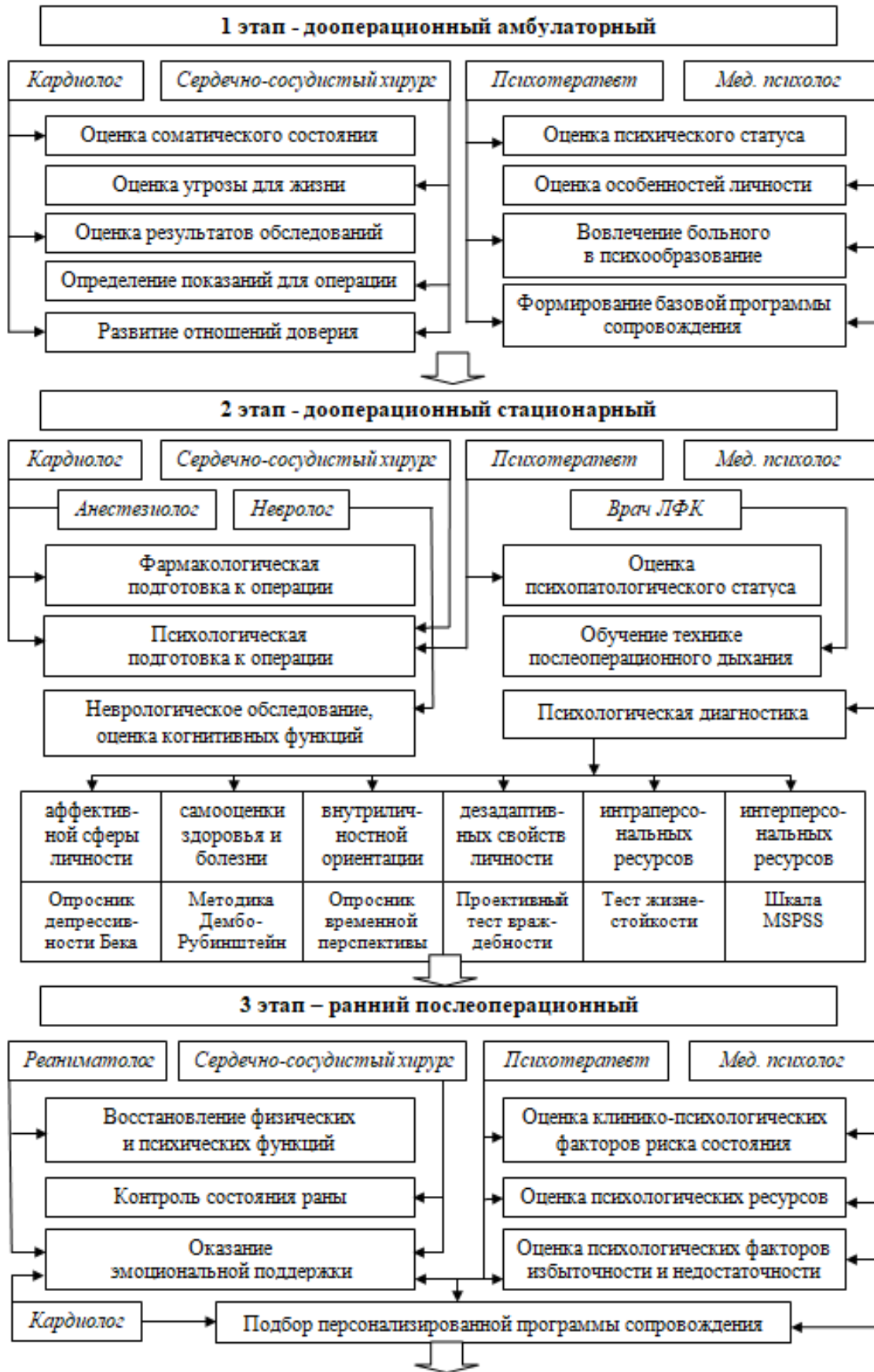


Рисунок 8. Клинико-организационный алгоритм медико-психологического сопровождения КХ больных (1-3 этапы)

Она опиралась на общие на первых трех этапах для всех пациентов стратегии психологического воздействия и психологического обследования (медицинское информирование, психообразование, психологическая диагностика, психопатологическая диагностика, суппортивная психотерапия).

С момента поступления КХ больного в стационар РКД для оперативного лечения начинался дооперационный стационарный этап сопровождения (рисунок 8). С первых минут нахождения в отделении медицинский персонал в доброжелательной обстановке знакомил пациента с учреждением, отделением, сотрудниками, другими пациентами. Врач-кардиолог проводил фармакологическую подготовку к операции, которая была нацелена на снижение рисков кровотечения и гипотензии. Врач-невролог обследовал КХ больного для оценки рисков нарушений мозгового кровообращения, оценивал его когнитивный статус. Врач лечебной физкультуры в ходе одной-двух встреч обучал технике дыхания, которую будет необходимо использовать после операции для восстановления. Снимая тревогу, связанную с неизвестностью или неверными представлениями, врач сердечно-сосудистый хирург доступно рассказывал о предстоящей операции, а врач анестезиолог-реаниматолог о наркозе и его последствиях. Все это осуществлялось в рамках психологической подготовки КХ больного к операции, в которой также участвовали врач-психотерапевт и медицинский психолог.

Кроме того, врач-психотерапевт проводил оценку психопатологического статуса пациента на предмет выявления возможных психических нарушений, осложняющих периоперационный период. Медицинский психолог проводил психодиагностическое исследование КХ больных комплексом из шести методик (Опросник депрессивности Бека, Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн, Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, Проективный тест враждебности, Тест жизнестойкости, Многомерная шкала восприятия социальной поддержки

MSPSS), направленных на исследование аффективной сферы, самооценки, личностных временных ориентаций, дезадаптивных свойств личности, интра- и интерперсональных ресурсов личности (рисунок 8).

Послеоперационное пребывание КХ больного в блоке интенсивной терапии соответствовало раннему послеоперационному этапу медико-психологического сопровождения (рисунок 8). Основным врачом-специалистом, контактирующим с пациентом, здесь был врач анестезиолог-реаниматолог. Именно на него была возложена основная задача - помочь пациенту восстановить после операции и наркоза физические и психические функции, получив при этом эмоциональную поддержку. Врач сердечно-сосудистый хирург при необходимости осуществлял контроль за состоянием операционной раны, врач-психотерапевт консультировал по поводу психического состояния пациента, также осуществляя эмоциональную поддержку пациента.

Важной задачей врача-психотерапевта и медицинского психолога на этом этапе был также анализ результатов психологической диагностики в совокупности с клинико-анамнестическими данными и оценка клинико-психологических факторов риска тяжести состояния пациента и его психологических ресурсов, оценка по данным психодиагностики психологических факторов избыточности и недостаточности (рисунок 8).

Все это позволило объективизировать подбор для каждого КХ больного персонализированной программы медико-психологического сопровождения, учитывающей комплекс индивидуальных клинико-анамнестических и личностных клинико-психологических факторов. Реализация в полном объеме данной программы началась на следующем этапе – послеоперационном стационарном, после возвращения пациента из блока интенсивной терапии в свое стационарное отделение (рисунок 9).

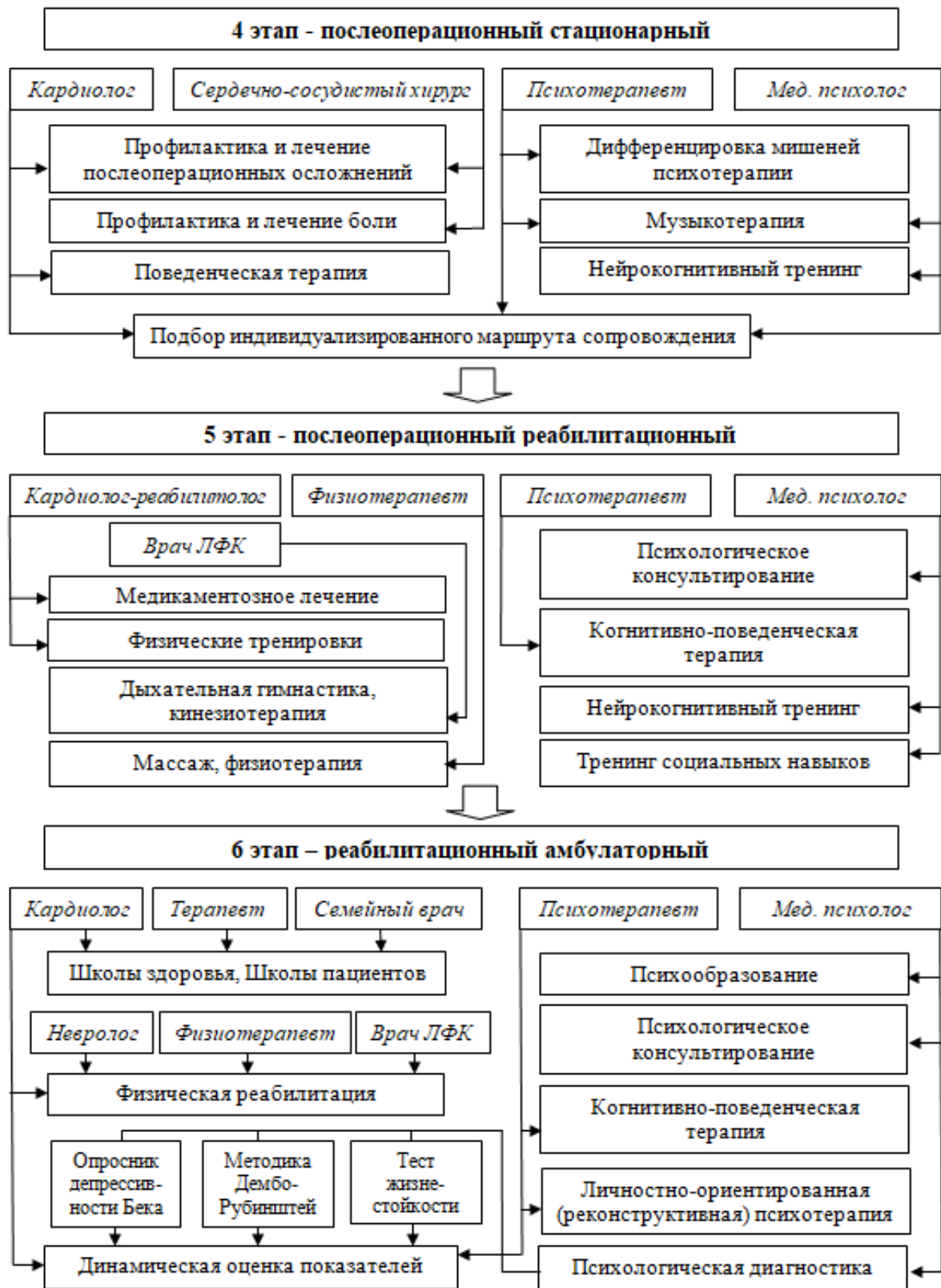


Рисунок 9. Клинико-организационный алгоритм медико-психологического сопровождения КХ больных (4-6 этапы)

В то время как на данном этапе основное внимание врача-кардиолога и врача сердечно-сосудистого хирурга было сосредоточено на профилактике и лечении послеоперационных осложнений, ими также проводилась психологическая профилактика и фармакологическое лечение боли и поведенческая терапия (одно индивидуальное и два групповых занятия), направленная на повышение физической активности КХ больного (рисунок 9).

Врачом-психотерапевтом на основе результатов клинико-психологического исследования пациентов различных клинических групп осуществлялась аналитическая работа по дифференциации мишеней психотерапии по следующим уровням: психологических реакций на ситуацию, психопатологических проявлений, дисфункциональных характеристик личности и специфики социального взаимодействия (см. таблица 20).

Медицинский психолог на данном этапе проводил с КХ больными по 3 групповых занятия музыкотерапией, сочетавших прослушивание музыкальных произведений с эмоционально-мышечной релаксацией, а также нейрокогнитивный тренинг (два-три групповых занятия в зависимости от степени сохранности когнитивных функций пациента) (рисунок 9).

На этом же этапе врачом-психотерапевтом совместно с медицинским психологом и врачом-кардиологом проводилась уточнение и планирования для последующих этапов индивидуализированного маршрута персонализированной программы сопровождения для каждого КХ больного. При этом учитывалось особенности личностного реагирования пациента на участие в программе сопровождения, степень его личностной активности и заинтересованности (рисунок 9).

С переводом КХ больного в стационарное реабилитационное отделение РКД начинался послеоперационный реабилитационный этап медико-психологического сопровождения (рисунок 9), проводимый в специализированном отделении (данный этап не предусмотрен для больных с малоинвазивными операциями на сердце, которые после завершения

послеоперационного стационарного выписываются из РКД для амбулаторного наблюдения (см. таблицу 18)).

Целью медикаментозного лечения, осуществляемого кардиологом-реабилитологом, помимо профилактики послеоперационных кардиологических осложнений с учетом ведущей патологии также являлось лечение коронарной недостаточности, коррекция сердечной недостаточности, лечение нарушений ритма и проводимости и др. Физические тренировки под руководством специалиста-реабилитолога подразумевали дозированную ходьбу и работу на велотренажере (рисунок 9).

Врач лечебной физкультуры проводил с КХ больными индивидуальные и групповые занятия дыхательной гимнастики, активную и пассивную кинезитерапию с постепенным увеличением нагрузки, обучал синхронному диафрагмальному дыханию и звуковой гимнастике по методу трехфазного дыхания. Физиотерапевтические назначения предусматривали следующие методы лечения реабилитации – лечебный массаж, воздействия низкочастотного магнитного поля, лазеротерапию, электросонтерапию (рисунок 9).

Врач-психотерапевт на данном этапе два раза в неделю проводил индивидуальные или групповые занятия когнитивно-поведенческой терапии, направленные на коррекцию неадаптивных мыслительных и поведенческих стереотипов, связанных со здоровьем. Медицинский психолог продолжал занятия в рамках нейрокогнитивного тернинга (1-2 раза в неделю), тренинг социальных навыков (1 раз в неделю) и при необходимости - индивидуальное психологическое консультирование (рисунок 9).

По завершении послеоперационного реабилитационного этапа (в среднем через один-два месяца после начала программы медико-психологического сопровождения) КХ больной в компенсированном состоянии выписывается из стационара на амбулаторную реабилитацию (рисунок 9). При выписке каждый больной получал рекомендации продолжить в течение 10-12 месяцев амбулаторное прохождение программы

медико-психологического сопровождения либо в условиях РКД, либо в условиях медицинской организации по месту жительства пациента. При этом в выписном эпикризе для специалистов амбулаторной службы подробно указывался перечень и формы необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий, которые должен пройти КХ больной в рамках персонализированной программы медико-психологического сопровождения. Индивидуализированный маршрут сопровождения также строился с учетом реальной социальной ситуации КХ больного (удаленность проживания от РКД, одиночество или отсутствие родственников, отсутствие в больнице по месту жительства необходимых специалистов и др.).

Начало прохождения данных лечебно-реабилитационных мероприятий свидетельствовало о включении КХ больного в длительный завершающий этап медико-психологического сопровождения – реабилитационный амбулаторный. Его составной частью было продолжение регулярного участия КХ больного в Школах здоровья и Школах пациента, проводимых лечебными учреждениями. Эти школы могли вестись как врачами-кардиологами, так и терапевтами и семейными врачами. Необходимой частью также являлось продолжение физической реабилитации с привлечением возможностей врача-невролога, врача-физиотерапевта и врача лечебной физкультуры (рисунок 9).

Ключевой частью реабилитационного амбулаторного этапа сопровождения была его обширная психолого-психотерапевтическая составляющая (Городнова М.Ю., Коломиец И.Л., 2016). Она предусматривала продолжение прохождения психообразовательных занятий, психологического консультирования, когнитивно-поведенческой терапии, при необходимости, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, проводимой врачом-психотерапевтом и медицинским психологом совместно или раздельно (рисунок 9).

При этом, врач-психотерапевт и медицинские психологи РКД старались установить профессиональное взаимодействие со специалистами

территориальных медицинских организаций в целях сохранения преемственности в оказании психолого-психотерапевтической помощи КХ больным и для консультирования в ситуациях, вызывающих сложности.

При наличии возможности со стороны пациентов, КХ больные продолжали прохождение данного этапа с различной степенью вовлеченности в амбулаторных условиях РКД. При отсутствии таких возможностей с пациентами продолжала поддерживаться периодическая связь по телефону или посредством современных информационно-коммуникационных технологий в онлайн или оффлайн режиме (интернет, электронная почта, сетевые сообщества, мессенджеры, вебинарные платформы и др.).

В завершение данного этапа КХ больные с результатами лабораторных анализов и инструментальных исследований приглашались для консультации в РКД, где они осматривались врачом-кардиологом и врачом-психотерапевтом (рисунок 8). Здесь же медицинский психолог проводил пациентам повторную психологическую диагностику при помощи Опросника депрессивности Бека, Методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн и Теста жизнестойкости. Динамическая оценка совокупности клинико-психологических показателей КХ больных проводилась специалистами-участниками лечебно-реабилитационного процесса РКД с привлечением экспертов – представителей научного сообщества, преподавателей кафедры факультетской и госпитальной терапии; кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии; кафедры социальной и клинической психологии Чувашского госуниверситета и кафедры семейной медицины Института усовершенствования врачей Минздрава Чувашии.

Таким образом, предложенный клинико-организационный алгоритм позволил оптимизировать реализацию персонализированных программ медико-психологического сопровождения КХ больных.

5.7. Межведомственное междисциплинарное взаимодействие при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических больных

Как видно из предыдущего раздела, посвященного описанию клинико-организационного алгоритма медико-психологического сопровождения КХ больных, в систему оказания медико-психологической помощи вовлечены не только специалисты, работающие в РКД. Многоэтапный и персонализированный характер помощи обуславливает обращение к потенциалу межведомственного междисциплинарного взаимодействия организаций, их структурных подразделений и отдельных специалистов (Лазарева Е.Ю., 2016; Васильева Н.В., 2017).

На рисунке 10 представлена модель такого взаимодействия, сложившийся на протяжении последних лет в Чувашии, которая помогает повысить эффективность медико-психологической помощи больным КХ профиля. Это специалисты и организации системы регионального здравоохранения (государственного и муниципального уровней), региональной системы социальной защиты, системы образования (регионального и федерального уровней), негосударственные медицинские и санаторно-курортные организации и частнопрактикующие специалисты.

В центре данной модели находится КХ больной, нуждающийся в специализированной медико-психологической помощи, которую на наиболее квалифицированном уровне он может получить в условиях регионального кардиологического диспансера.

На различных этапах лечения и реабилитации он может получать ее как в условиях поликлиники, так и в условиях стационара. Одним из эффективных для КХ больного инструментом профилактики влияния факторов риска и повышения качества жизни являются действующие в РКД Школы кардиологического больного, участие в которых является для него крайне важным.

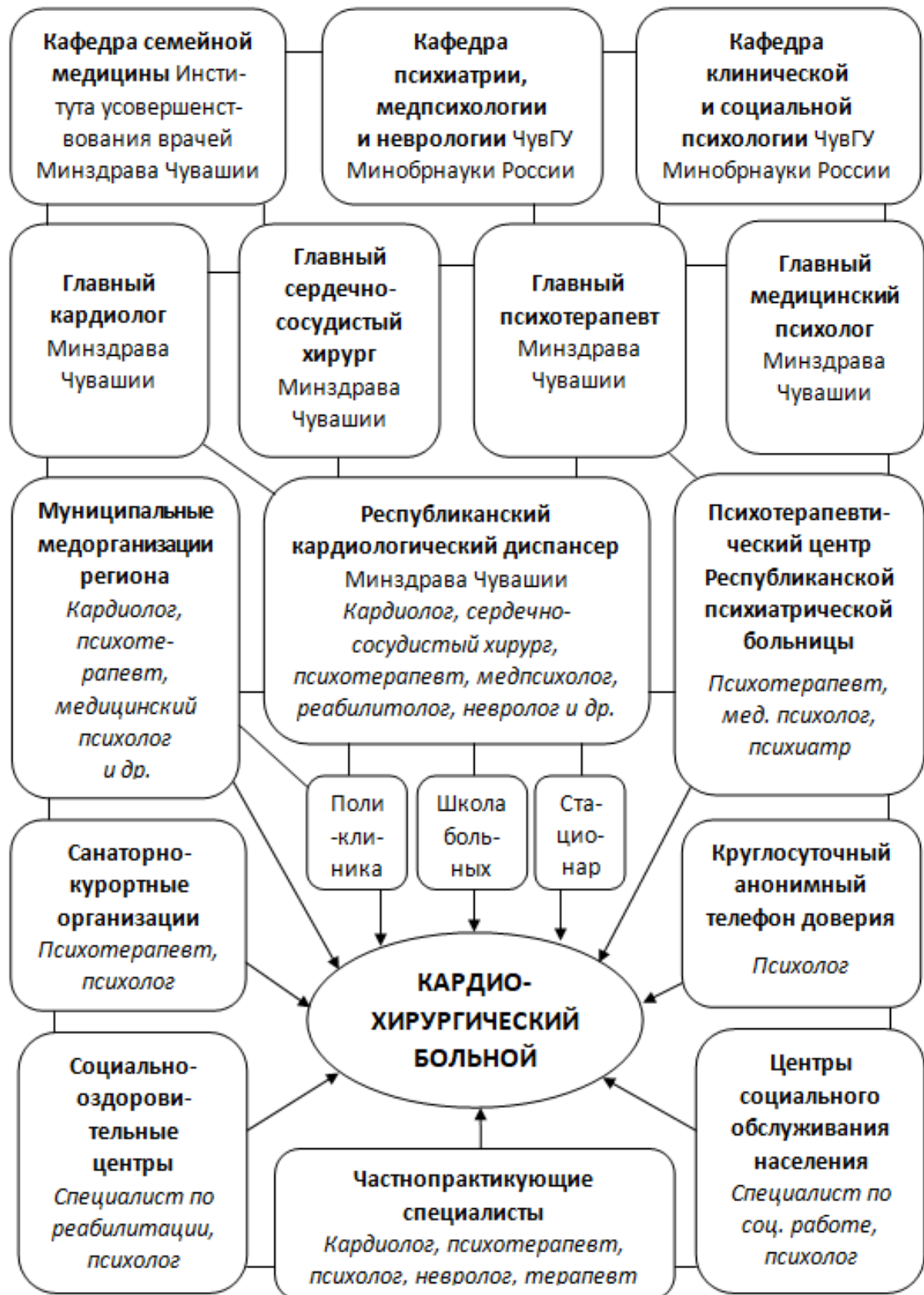


Рисунок 10. Модель межведомственного междисциплинарного взаимодействия при медико-психологическом сопровождении КХ больных

Спецификой РКД является многолетний опыт оказания помощи больным ССЗ, а также широкий спектр высококвалифицированных специалистов, работающих как в сфере сохранения соматического здоровья больного (кардиологи, сердечно-сосудистые хирурги, невролог и др.), так и психического здоровья (психотерапевт, медицинские психологи) (Ефимова И.П., 2018).

Специализированным региональным учреждением в сфере психического здоровья является Республиканская психиатрическая больница, содержащая в своей структуре Психотерапевтический центр, имеющий в своих штатах психотерапевтов и медицинских психологов, и давние традиции оказания эффективной медико-психологической помощи населению Чувашии в сфере нервно-психических нарушений пограничного уровня (Николаев Е.Л., 2006).

Наличие в регионе службы анонимной психологической помощи по телефону «Телефон доверия» является признанным в стране и за рубежом средством помощи лицам, находящимся в состоянии психической дезадаптации и кризиса (Николаев Е.Л., 2006). Данный инструмент является бесплатным и круглосуточно доступным средством снятия психического напряжения и экспресс-консультирования по насущным вопросам психологического характера и для КХ больных.

При оказании помощи КХ больным в тесном взаимодействии с РКД и Психотерапевтическим центром работают многопрофильные медицинские организации региона (городские больницы, центральные районные больницы, негосударственные клиники), которые также являются базой для прохождения программ медико-психологического сопровождения КХ пациентов.

Реабилитационный процесс и восстановительное лечение КХ больных продолжается и в условиях санаторно-курортной сети региона, которая представлена учреждениями негосударственной формы собственности. Среди них, находящийся в городе санаторий «Чувашия-курорт», загородные

санатории «Чувашия», «Надежда», «Саламби» и др., многие из которых имеют в своей структуре кардиолога, психотерапевта или психолога.

Дополнительную помощь в реабилитации и социальной адаптации после выписки из медицинских организаций КХ больные могут получить в системе социальной защиты населения и входящих в нее учреждений – социальных оздоровительных центров и центров социального обслуживания населения. Они имеют в своих штатах специалистов по социальной работе, специалистов по реабилитации, а также психологов.

Все более востребованными становятся услуги частнопрактикующих специалистов – врачей и психологов (Городнова М.Ю., 2020). При отсутствии возможности получения помощи от специалистов государственных учреждений они могут становиться средством выбора в продолжении реализации программ медико-психологического сопровождения для КХ больных.

Организационно-методический контроль за деятельностью врачей-специалистов и психологов медицинских организаций осуществляет институт главных специалистов регионального Минздрава. Взаимодействие между службами здравоохранения региона (кардиологической, кардиохирургической, психотерапевтической и медико-психологической) позволяет проводить совместные совещания специалистов по вопросам оказания медико-психологической помощи при различных нозологиях, что способствует тому, что и кардиологи, и психотерапевты с психологами действуют в рамках единой стратегии помощи пациенту.

Специалисты профильных кафедр Чувашского государственного университета и регионального Института усовершенствования врачей во взаимодействии друг с другом оказывают специалистам медицинских организаций образовательную и научно-методическую поддержку. Додипломная подготовка будущих специалистов врачей и психологов, повышение квалификации работающих специалистов, обучение в ординатуре предполагает обучение современным технологиям медико-психологической

помощи пациентам, в т.ч. технологиям работы междисциплинарных бригад в лечении и реабилитации, применению персонализированных и индивидуализированных подходов в медицине.

Сотрудничество с научно-образовательными учреждениями региона способствует тому, что специалисты медицинских организаций получают возможность анализировать опыт работы, обобщать его, публиковать и представлять на научных мероприятиях. Часть медицинских работников проявляет интерес к ведению исследовательской деятельности на рабочем месте, и продолжают свое образование в аспирантуре университета. Результатами таких усилий становятся кандидатские и докторские работы, выполненные работниками практического здравоохранения, продолжающими работать в медицине. Все это, конечно, значительно повышает уровень медицинской помощи таких специалистов и учреждений (Ефимова И.П., Светлова Н.А., 2018).

Еще одним направлением взаимодействия РКД и научно-образовательных учреждений является выступление в качестве экспертов при решении различных вопросов, в частности, для оценки клинико-психологического статуса и динамической оценки результатов медико-психологического сопровождения КХ больных.

Таким образом, опыт региона по развитию межведомственного сотрудничества специалистов при медико-психологическом сопровождении КХ больных позволяет значительно повысить потенциал реализуемых персонализированных программ сопровождения.

5.8. Результаты лонгитудинального клинико-психологического исследования кардиохирургических больных

В рамках реализации персонализированной программы медико-психологического сопровождения КХ больные после операции помимо участия в психотерапии и различных видах психологических интервенций

также активно получали различные виды медицинской помощи – фармакотерапию, физиотерапию, рефлексотерапию, мануальную терапию, лечебную физкультуру, массаж и пр. Реабилитационная программа после выписки из стационара предполагала их регулярное наблюдение по месту жительства у терапевта, врача общей (семейной) практики, кардиолога, невролога, психотерапевта, медицинского психолога, при необходимости, у психиатра.

Через 12 месяцев после проведения оперативного вмешательства на сердце, в ходе завершения амбулаторного реабилитационного этапа медико-психологического сопровождения КХ больного, в условиях РКД производилась тщательная клинико-психологическая оценка состояния пациентов-участников персонализированной программы. На основе результатов физикального обследования и данных инструментально-лабораторного обследования больного врач-кардиолог оценивал его клиническое состояние, сравнивал с состоянием, предшествовавшим оперативному вмешательству. При осмотре пациента врач-кардиолог в числе прочих фиксировал следующие клинические параметры, позволяющие произвести качественную динамическую оценку его состояния – жалобы соматического характера, толерантность к физической нагрузке, симптомы ХСН.

Тогда же проводилось обязательное психологическое обследование пациента медицинским психологом и клиническая беседа с врачом-психотерапевтом, в ходе которой специалист обращал пристальное внимание на наличие и выраженность признаков психопатологических и патопсихологических нарушений. Повторная психологическая диагностика в дополнение к данным клинического наблюдения позволила объективизировать характер и динамику психологического состояния пациента при завершении его участия в многоэтапной персонализированной программе сопровождения.

Психологическая диагностика проводилась по направлениям, раскрывающим наиболее важные характеристики личности пациента с оценочного, дефицитарного и ресурсного модусов его актуального на момент опроса клинико-психологического состояния (см. раздел 4.4). Оценочный модус состояния по параметрам здоровья, самочувствия, настроения, страха смерти, страха операции, веры в выздоровление, удовлетворенности жизнью, счастья, везучести, веры диагностировался с помощью модифицированного варианта Методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн. Дефицитарный модус состояния изучался при помощи Опросника депрессивности Бека, предназначенного для оценки выраженности депрессии и ее отдельных проявлений. Ресурсный модус анализировался на основе результатов, полученных при ответе на вопросы Теста жизнестойкости.

В данной работе лонгитудинальное клинико-психологическое обследование по итогам завершения программы медико-психологического сопровождения прошли 128 КХ больных из 152 чел., – 52 чел. из первой группы, 41 чел. из второй группы, 35 чел. - из третьей. Остальные 24 чел. выбыли из программы сопровождения или по тем или иным причинам отказались от участия в продолжении исследования. Ниже приведены результаты проведенного через год клинико-психологического обследования КХ больных, представленные в соответствии с исследовательским подходом Н.В. Васильевой (2017).

Как видно из таблицы 21, лонгитудинальная оценка клинико-психологического состояния КХ больных по результатам персонализированной программы сопровождения подразумевала выделение следующих клинических результатов – улучшение состояния, стабилизация состояния, ухудшение состояния.

Обобщенный интегральный анализ клинических и психологических показателей всех КХ больных через год после начала программы сопровождения проводился методом экспертных оценок.

Таблица 21 – Параметры клинико-психологической оценки КХ больных, завершивших программу медико-психологического сопровождения

Характеристика	Улучшение состояния	Стабилизации состояния	Ухудшение состояния
Жалобы соматического характера (клинически)	Уменьшение	Сохранение	Увеличение
Толерантность к физической нагрузке (клинически)	Увеличение	Сохранение	Уменьшение
Симптомы сердечной недостаточности (клинически)	Исчезновение или значительное уменьшение	Уменьшение или сохранение	Увеличение
Психопатологические нарушения и их выраженность (клинически)	Отсутствие или уменьшение выраженности	Сохранение	Появление или усиление выраженности
Оценочный модус клинико-психологического состояния (самооценка по методике Дембо-Рубинштейн)	Усиление	Отсутствие изменений или легкое уменьшение	Уменьшение
Дефицитарный модус клинико-психологического состояния (Опросник депрессивности Бека)	Соответствие или превышение нормативных значений	Отсутствие изменений	Уменьшение ниже нормативных значений
Ресурсный модус клинико-психологического состояния (Тест жизнестойкости)	Соответствие или превышение нормативных значений	Отсутствие изменений	Уменьшение ниже нормативных значений

На завершающем этапе медико-психологического сопровождения эксперты провели оценку характера динамики клинико-психологических показателей у каждого КХ больного. При этом, степень согласованности мнений экспертов по всем клинико-психологическим показателям была

высокой, что подтверждалось значениями коэффициента конкордации Кендалла W от 0,673 до 0,851 при уровне значимости $p < 0,05$.

В соответствии с результатами экспертной оценки было установлено, что, в целом, у подавляющего большинства КХ больных (86,72% или 111 чел.) отмечено **клиническое улучшение состояния** (рисунок 11).

Оно соответствовало уменьшению у больных соматических жалоб, повышению толерантности к физической нагрузке, уменьшению выраженности симптомов сердечной недостаточности, проявлений психопатологических нарушений, позитивным изменениям в оценочном, дефицитарном и ресурсном модусах клинического состояния.



Рисунок 11. Обобщенная оценка клинико-психологического состояния КХ больных по данным лонгитудинального исследования (%)

У 13 КХ больных (10,16%) через год наблюдалась **клиническая стабилизация** соматического и психического состояния, проявлявшаяся сохранением жалоб и толерантности к физической нагрузке, сохранением или некоторым уменьшением симптомов сердечной недостаточности, сохранением части симптомов психопатологических нарушений и отсутствием позитивных или резких негативных изменений в оценочном, дефицитарном и ресурсном модусах состояния.

У четырех больных (3,12%) были установлены признаки **ухудшения клинического состояния**, что нашло отражение в негативных изменениях со стороны большинства изучаемых клинико-психологических параметров – увеличилось число жалоб, уменьшилась толерантность к физической нагрузке, усилились симптомы сердечной недостаточности, выросли проявления психопатологических нарушений, в негативную сторону в сравнении с дооперационным периодом изменились характеристики оценочного, дефицитарного и ресурсного модуса проявлений личности.

Внутригрупповой статистический анализ интегральной клинико-психологической оценки состояния КХ больных по данным лонгитудинального исследования, проведенный с помощью ϕ -критерия (углового преобразования) Фишера, представлен в таблице 22.

Таблица 22 – Интегральная оценка клинико-психологического состояния в группах КХ больных по данным лонгитудинального исследования, чел., (%)

Клиническая группа	Клинические исходы			Достоверность различий	
	Улучшение состояния (1)	Стабилизация состояния (2)	Ухудшение состояния (3)	ϕ -критерий	p
Группа 1 (n=52)	45 (86,54)	6 (11,54)	1 (1,92)	$\phi_{1-2}=8,653$ $\phi_{1-3}=10,769$ $\phi_{2-3}=2,116$	$p_{1-3}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$ $p_{1-3}<0,05$
Группа 2 (n=41)	34 (82,92)	5 (12,20)	2 (4,88)	$\phi_{1-2}=7,137$ $\phi_{1-3}=8,350$ $\phi_{2-3}=1,214$	$p_{1-3}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$ $p_{1-3}>0,05$
Группа 3 (n=35)	32 (91,43)	2 (5,71)	1 (2,86)	$\phi_{1-2}=8,637$ $\phi_{1-3}=9,235$ $\phi_{2-3}=0,599$	$p_{1-3}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$ $p_{1-3}>0,05$
Все больные (n=128)	111 (86,72)	13 (10,16)	4 (3,12)	$\phi_{1-2}=13,975$ $\phi_{1-3}=16,321$ $\phi_{2-3}=2,346$	$p_{1-3}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$ $p_{1-3}<0,01$

Как видно из таблицы 22, суммарно среди всех 128 обследованных на заключительном этапе сопровождения КХ больных отмечены значимые

достоверные различия ($p < 0,01$) по количеству клинических исходов – улучшений, стабилизаций или ухудшений состояния пациентов. Подобное содержание различий прослеживается также в группе КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце. Итоги лечения и медико-психологического сопровождения для больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце и с малоинвазивными операциями на сердце достоверно различаются только при сравнении количества исходов с улучшением и стабилизацией состояния и при сравнении итогов с улучшением и ухудшением состояния.

Межгрупповой статистический анализ с помощью критерия χ^2 данных лонгитудинального исследования суммарных клинико-психологических результатов трех клинических групп КХ больных показал отсутствие достоверных различий между группами ($\chi^2 = 1,755$; $p = 0,781$). Попарное межгрупповое сравнение при помощи критерия χ^2 представленности КХ больных с различными клиническими исходами также не выявило значимых различий между группами ($p > 0,05$).

Данные интегральной оценки по результатам лонгитудинального исследования свидетельствуют, что, в целом, больные с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце, реконструкцией клапанов на открытом сердце и малоинвазивными операциями на сердце отреагировали клинически схожими результатами на пройденный ими в условиях регионального кардиологического диспансера комплекс лечения, реабилитации и медико-психологического сопровождения.

Различия между группами КХ больных при раздельном анализе в процессе лонгитудинальной оценки исключительно **клинических параметров** - соматических жалоб ($\chi^2 = 3,067$; $p = 0,547$), толерантности к физической нагрузке ($\chi^2 = 4,279$; $p = 0,370$), симптомов сердечной недостаточности ($\chi^2 = 0,239$; $p = 0,994$), психопатологических нарушений ($\chi^2 = 4,401$; $p = 0,355$), также не были статистически значимы.

Для детализации данных об изменении в ходе реализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения **клинико-психологических характеристик** КХ больных трех клинических групп далее подробнее описаны результаты итогового психологического обследования в сравнении с аналогичными результатами дооперационного периода.

Так, в таблице 23 представлены показатели оценочного модуса клинико-психологического состояния КХ больных, которые через год после операции отражают наличие достоверных позитивных изменений самооценки в отношении здоровья в каждой клинической группе.

Таблица 23 – Показатели самооценки в группах КХ больных через год после операции (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	Группа 1 (n=52)	Группа 2 (n=41)	Группа 3 (n=35)
Настроение	8,37 $\pm$ 1,33**	8,15 $\pm$ 1,37**	8,67 $\pm$ 1,53
Здоровье	6,83 $\pm$ 1,26**	6,71 $\pm$ 1,63**	7,33 $\pm$ 2,08*
Религиозная вера	5,80 $\pm$ 2,06	6,29 $\pm$ 2,29	7,00 $\pm$ 2,66
Самочувствие	7,88 $\pm$ 1,11**	7,46 $\pm$ 1,12**	9,04 $\pm$ 1,27*
Страха операции	1,82 $\pm$ 1,60**	1,80 $\pm$ 1,03**	1,33 $\pm$ 1,13**
Страха смерти	1,37 $\pm$ 0,88**	1,63 $\pm$ 0,97**	1,67 $\pm$ 0,73**
Удовлетворенность жизнью	6,92 $\pm$ 1,44	7,51 $\pm$ 1,27	8,42 $\pm$ 0,58
Вера в выздоровление	8,45 $\pm$ 1,34	7,93 $\pm$ 1,46**	9,33 $\pm$ 1,15
Везение	8,67 $\pm$ 1,85**	8,27 $\pm$ 1,86**	8,67 $\pm$ 1,53**
Счастье	8,06 $\pm$ 1,51*	7,54 $\pm$ 1,58**	9,39 $\pm$ 1,15*

Примечание: представлены результаты сравнения с помощью t-критерия Стьюдента показателей до операции и через год после нее для каждой из трех групп при уровне значимости $p < 0,05$ - *, при уровне значимости $p < 0,001$ - **.

Как свидетельствуют результаты сравнительного анализа, через год, прошедший после операции, у всех КХ больных значимо улучшились

самочувствие ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,05$ в группах соответственно) и здоровье ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,05$), существенно уменьшился страх смерти ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$) и потерял былую актуальность страх операции ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). С учетом благополучного исхода оперативного вмешательства и улучшения самочувствия и здоровья значительно возросла вера в собственное везение ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$).

С графической динамикой показателей самооценки в каждой клинической группе можно детальнее ознакомиться по рисункам 12-14.

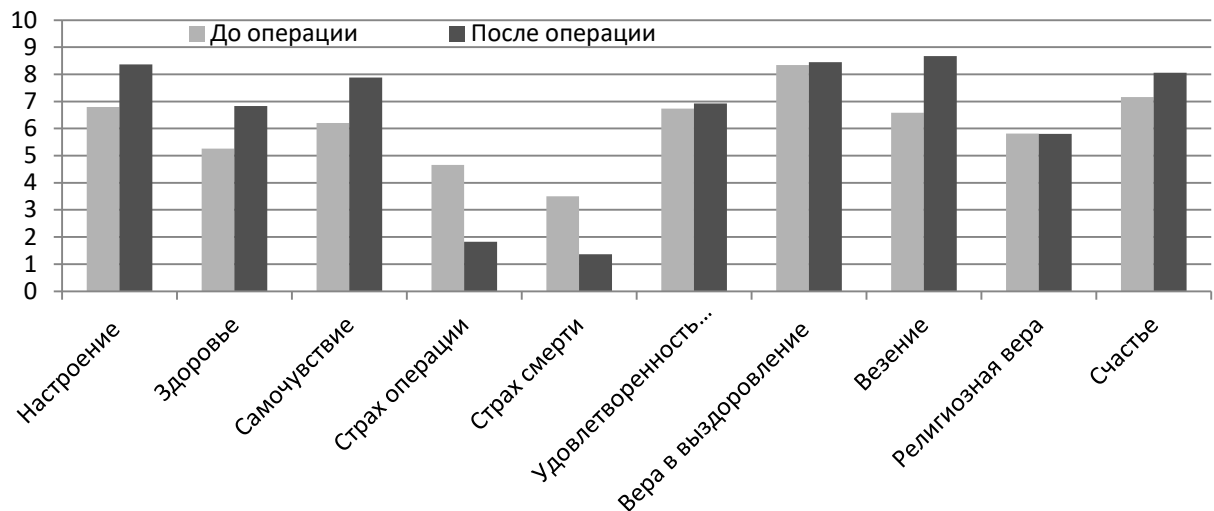


Рисунок 12. Показатели динамики самооценки у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце (М – средние значения)

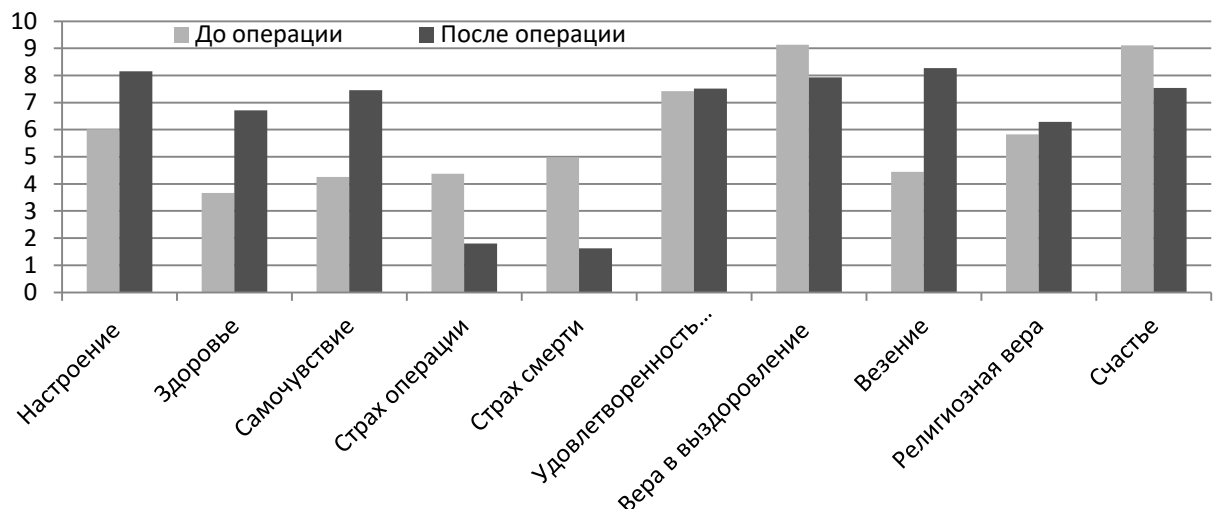


Рисунок 13. Показатели динамики самооценки у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (М – средние значения)

Также отмечена межгрупповая специфика позитивных изменений. Помимо описанной положительной динамики показателей здоровья, самочувствия, везения и снижения выраженности страха смерти и операции, у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце значительно улучшилась оценка собственного настроения ($p<0,001$), а у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце к стабильному настроению ($p<0,001$) прибавилось значимое уменьшение веры в выздоровление ($p<0,001$) и уменьшение ощущения счастья ($p<0,001$). Показатели счастья в динамике несколько возросли только в двух группах – у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце ($p<0,05$) и у больных с малоинвазивными операциями на сердце ($p<0,05$) (таблица 23, рисунок 10).

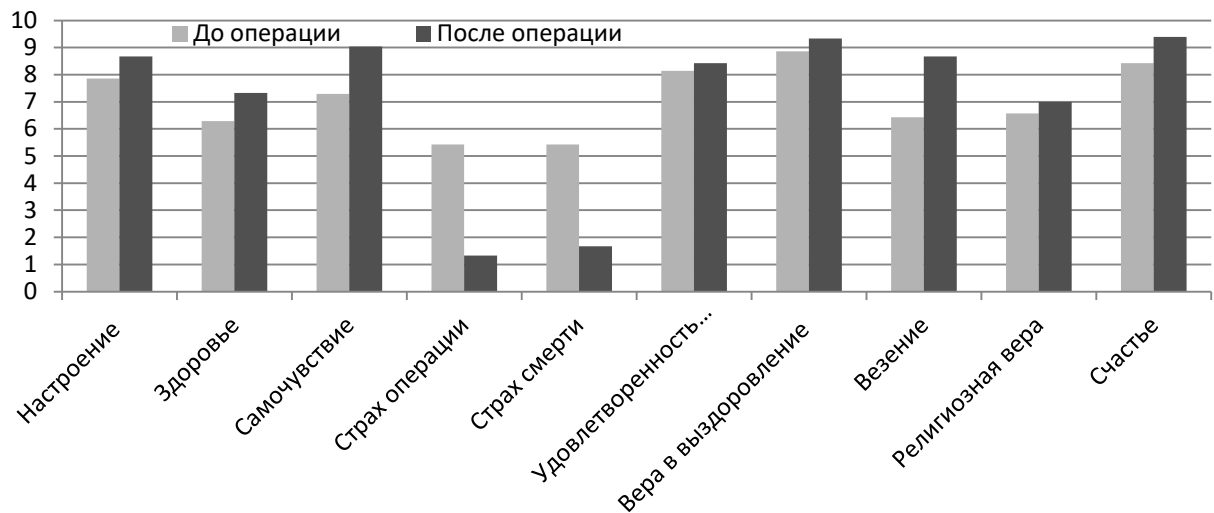


Рисунок 14. Показатели динамики самооценки у больных с малоинвазивными операциями на сердце (М – средние значения)

Формально негативная динамика показателя счастья ($p<0,001$) и веры в выздоровление ($p<0,001$) у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце может быть обусловлена их первоначально более высокими уровнями во время первого обследования в ситуации больших ожиданий от предстоящего хирургического лечения. Последующее снижение данных показателей у КХ больных в ходе программы сопровождения можно рассматривать как адаптацию личности к реальностям послеоперационного

периода и более осознанное принятие ближайших перспектив в отношении собственного здоровья.

В таблице 23 отражен межгрупповой анализ показателей самооценки у КХ больных через год после оперативного вмешательства и включения в программу медико-психологического сопровождения.

Таблица 23 – Межгрупповые сравнения самооценки КХ больных через год после операции (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	Клиническая группа			Достоверность различий					
	1	2	3	t_{1-2}	p_{1-2}	t_{2-3}	p_{2-3}	t_{1-3}	p_{1-3}
Настроение	8,37± 1,33	8,15± 1,37	8,67± 1,53	0,787	0,218	1,563	0,061	0,971	0,167
Здоровье	6,83± 1,26	6,71± 1,63	7,33± 2,08	0,401	0,345	1,456	0,075	1,396	0,083
Самочувствие	7,88± 1,11	7,46± 1,12	9,04± 1,27	1,805	0,037	5,762	0,001	4,509	0,001
Страх операции	1,82± 1,60	1,80± 1,03	1,33± 1,13	0,070	0,472	1,896	0,031	1,567	0,061
Страх смерти	1,37± 0,88	1,63± 0,97	1,67± 0,73	1,352	0,090	0,200	0,421	1,667	0,049
Удовлетворенность жизнью	6,92± 1,44	7,51± 1,27	8,42± 0,58	2,065	0,021	3,903	0,001	5,843	0,001
Вера в выздоровление	8,45± 1,34	7,93± 1,46	9,33± 1,15	1,786	0,039	4,586	0,001	3,176	0,001
Везение	8,67± 1,85	8,27± 1,86	8,67± 1,53	1,033	0,152	1,013	0,152	0,001	0,500
Религиозная вера	5,80± 2,06	6,29± 2,29	7,00± 2,66	1,084	0,141	1,251	0,108	2,367	0,010
Счастье	8,06± 1,51	7,54± 1,58	9,39± 1,15	1,616	0,055	5,746	0,001	4,417	0,001

Сравнение показывает, что в этот период максимальные ($p < 0,05$) показатели самочувствия, удовлетворенности жизнью и веры в выздоровление имеют больные, перенесшие малоинвазивные операции на сердце. Они также имеют более высокий уровень счастья, в сравнении с КХ больными второй ($p < 0,001$) и третьей ($p < 0,001$) групп. В свою очередь, после операций аорто-

коронарного шунтирования на открытом сердце КХ больные имеют в сравнении с больными, перенесшими малоинвазивные операции на сердце, более низкий уровень страха смерти ($p < 0,05$) и более низкий уровень религиозной веры ($p < 0,05$).

Динамическая оценка дефицитарного модуса клинико-психологического статуса личности на примере депрессивных нарушений также выявила, в целом, положительные изменения в состоянии КХ больных. Так, у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце за период лечения и сопровождения достоверно снизился, как общий уровень депрессии, так и ее соматические проявления (таблица 24). При этом, показатели всех шкал данной психодиагностической методики стали соответствовать нормативному уровню ($p > 0,05$).

Таблица 24 – Показатели динамики депрессивности у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	До операции (n=69)	Через год (n=52)	Достоверность различий	
			<i>t</i>	<i>p</i>
Когнитивно-аффективных проявлений	7,47±5,07	6,5±2,66	1,2548	0,1060
Соматических проявлений	7,47±4,01	5,18±4,90	2,8255	0,0028
Общий уровень депрессии	14,95±7,56	11,73±6,35	2,4812	0,0072

Схожие результаты достигнуты и в группе больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (таблица 25) и в группе больных с малоинвазивными операциями на сердце (таблица 26). Здесь также отмечена положительная динамика общего уровня депрессии ($p < 0,05$) и ее соматических проявлений ($p < 0,05$).

В то же время, как показано в таблице 27, если в группе больных с малоинвазивными операциями на сердце показатели депрессивности, так же как и у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце

соответствуют нормативному уровню ($p>0,05$), то у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце показатель соматических проявлений депрессии значимо ($p<0,05$) превышает нормативный уровень данного показателя (5,54 балла против 3,94 баллов в норме).

Таблица 25 – Показатели динамики депрессивности у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (баллы, $M\pm\sigma$)

Шкала	До операции (n=44)	Через год (n=41)	Достоверность различий	
			<i>t</i>	<i>p</i>
Когнитивно-аффективных проявлений	8,64±6,69	6,93±3,17	1,4880	0,0703
Соматических проявлений	9,31±3,52	5,54±3,19	5,1614	0,0001
Общий уровень депрессии	17,94±10,07	12,46±±	3,0224	0,0017

Тем не менее, необходимо отметить, что в ходе реализации персонализированной программы медико-психологического сопровождения данный показатель у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце значимо снизился ($p<0,001$).

Таблица 26 – Показатели динамики депрессивности у больных с малоинвазивными операциями на сердце (баллы, $M\pm\sigma$)

Шкала	До операции (n=39)	Через год (n=35)	Достоверность различий	
			<i>t</i>	<i>p</i>
Когнитивно-аффективных проявлений	8,29±8,08	6,67±3,51	1,0964	0,1383
Соматических проявлений	7,29±6,18	4,87±1,63	2,2462	0,0139
Общий уровень депрессии	15,57±13,59	11,53±4,21	1,6865	0,0480

Важно также и то, что его более высокий в сравнении с нормой уровень не влияет на суммарный показатель депрессии, которая у больных второй группы по результатам обследования не определяется ($p>0,05$).

Межгрупповой анализ показателей депрессивности у КХ больных через год после оперативного вмешательства с помощью t-критерия Стьюдента значимых различий не выявил ($p>0,05$).

Таблица 27 – Показатели депрессивности в группах больных через год после операции в сравнении с показателями нормы (баллы, $M\pm\sigma$)

Шкала	Норма (n=52)	Группа 1 (n=52)	Группа 2 (n=41)	Группа 3 (n=35)
Когнитивно-аффективных проявлений	5,90±5,32	6,5±2,66	6,93±3,17	6,67±3,51
Соматических проявлений	3,94±4,00	5,18±4,90	5,54±3,19*	4,87±1,63
Общий уровень депрессии	9,85±8,61	11,73±6,35	12,46±5,98	11,53±4,21

Примечание: * - достоверность различий с нормой при уровне значимости $p<0,05$

Результаты исследования ресурсного модуля клинико-психологического статуса КХ больных через год после операции представлены в таблицах 28-30.

Таблица 28 – Показатели динамики Теста жизнестойкости у больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце (баллы, $M\pm\sigma$)

Шкала	До операции (n=69)	Через год (n=52)	Достоверность различий	
			<i>t</i>	<i>p</i>
Вовлечённость	8,68±2,68	8,45±1,01	0,5877	0,2789
Контроль	7,16±2,80	7,25±1,37	0,2132	0,4158
Принятие риска	5,87±3,09	6,53±2,42	1,2734	0,1027
Жизнестойкость	21,71±7,27	22,24±4,53	0,4622	0,3224

Согласно представленным данным показатели жизнестойкости у КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце (таблица 28) и больных с малоинвазивными операциями на сердце (таблица 30) с дооперационного периода до окончания медико-психологического сопровождения изменились незначительно и не достигли значимых величин.

В то время как у КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (таблица 29) три показателя жизнестойкости из четырех достоверно возросли – контроля ($t=3,1249$; $p=0,0012$), принятия риска ($t=10,4149$; $p=0,0001$) и общего уровня жизнестойкости ($t=4,3027$; $p=0,0000$).

Таблица 29 – Показатели динамики Теста жизнестойкости у больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	До операции (n=44)	Через год (n=41)	Достоверность различий	
			<i>t</i>	<i>p</i>
Вовлечённость	8,33±3,06	8,24± 2,36	0,1510	0,4402
Контроль	6,00±1,73	7,21±1,84	3,1249	0,0012
Принятие риска	4,67±0,58	6,61±1,08	10,4149	0,0001
Жизнестойкость	19,00±1,00	22,07±4,62	4,3027	0,0000

Попарный межгрупповой анализ с помощью t-критерия Стьюдента показателей жизнестойкости у КХ больных через год после начала оперативного лечения и сопровождения значимых различий не определил ($p>0,05$).

Таблица 30 – Показатели динамики Теста жизнестойкости у больных с малоинвазивными операциями на сердце (баллы, $M \pm \sigma$)

Шкала	До операции (n=39)	Через год (n=35)	Достоверность различий	
			<i>t</i>	<i>p</i>
Вовлечённость	9,29±2,50	8,67±2,31	1,1039	0,1367
Контроль	7,29±1,38	7,20± 1,23	0,3048	0,3807
Принятие риска	7,14±2,27	6,77± 3,03	0,5983	0,2758
Жизнестойкость	23,71±4,42	22,63±6,56	0,8381	0,2024

Согласно данным, представленным в таблице 31, во всех клинических группах КХ больных общий уровень личностного ресурса жизнестойкости, а

также двух ее составляющих – вовлеченности и контроля соответствует нормативному уровню ($p>0,05$).

Это, в свою очередь, отражает значимый рост у КХ больных в период их участия в персонализированных программах медико-психологического сопровождения уровней общей жизнестойкости в первой и второй группах, вовлеченности – в первой и третьей группах, контроля – в первой и второй группах соответственно. Единственной категорией жизнестойкости, которая к концу исследования не достигла нормативного уровня у КХ больных всех групп является характеристика принятия риска. На наш взгляд, с учетом отсутствия положительной динамики низкий уровень принятия риска может рассматриваться как устойчивая черта личности КХ больных.

Таблица 31 – Показатели Теста жизнестойкости в группах КХ больных через год после операции в сравнении с показателями нормы (баллы, $M\pm\sigma$)

Шкала	Норма (n=1285)	Группа 1 (n=52)	Группа 2 (n=41)	Группа 3 (n=35)
Вовлечённость	7,94±3,00	8,45±1,01	8,24± 2,36	8,67±2,31
Контроль	7,79±2,55	7,25±1,37	7,21±1,84	7,20± 1,23
Принятие риска	7,90±2,82	6,53±2,42**	6,61±1,08**	6,77± 3,03*
Жизнестойкость	23,65±7,24	22,24±4,53	22,07±4,62	22,63±6,56

Примечание: представлены результаты сравнения с помощью t-критерия Стьюдента показателей после операции с нормативными для каждой из трех групп при уровне значимости $p<0,05$ - *, при уровне значимости $p<0,001$ - **.

Тем не менее, общая динамика показателей теста жизнестойкости свидетельствует, что, несмотря на неполную готовность КХ больных быть открытыми новому опыту и рисковать, их способность выдерживать стрессовые ситуации, значительно возросла, что положительно сказывается на адаптационных возможностях личности.

Таким образом, представленная в данной главе модель медико-психологического сопровождения КХ больного носит целостный системный характер. Ее реализация встроена в основной клинический процесс деятельности регионального кардиологического диспансера, имеющего высокую обеспеченность высококвалифицированными кадрами и многолетний опыт оказания психологической и психотерапевтической помощи кардиологическим пациентам. Этот опыт базируется на бригадной форме работы специалистов медицинского и немедицинского профиля и системе междисциплинарного и межведомственного взаимодействия специалистов, структурных подразделений и организаций медицинского, социального и образовательного секторов региона.

В формате персонализированного подхода к сопровождению выделены основные его принципы (доступности, открытости, преемственности, комплексности, интегративности, дифференцированности, вариативности, партисипативности, осознанности, превентивности). Структурирование процесса медико-психологического сопровождения КХ больных на ряд последовательных клинических этапов (дооперационный амбулаторный, дооперационный стационарный, ранний послеоперационный, послеоперационный стационарный, послеоперационный реабилитационный, реабилитационный амбулаторный) позволило выделить методы сопровождения, а также соотнести цели, задачи и ожидаемые результаты сопровождения, стоящие перед командой специалистов на каждом этапе лечения и реабилитации.

С учетом потребностей КХ больного дифференцированы психотерапевтические мишени четырех уровней - психологических реакций личности на ситуацию операции; ее психопатологических проявлений; дисфункциональных характеристик личности; специфики социального взаимодействия.

Для больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце этими мишенями стали: низкие ожидания от операции; сниженная вера в выздоровление; низкая удовлетворенность жизнью; депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения; проявления враждебности; неприятие прошлого; склонность к фатализму; сниженная жизнестойкость; снижение социальной активности; ориентир на помощь близких.

У больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце психотерапевтическими мишенями определены: высокие ожидания от операции; умеренный страх смерти; плохое самочувствие; сниженное настроение; депрессивные нарушения с соматическими и когнитивно-аффективными проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения; неприятие прошлого; неспособность находить радость в жизни; сниженная жизнестойкость; выраженный ориентир на помощь близких; снижение социальной активности.

Для больных с малоинвазивными операциями на сердце в качестве психотерапевтических мишеней выделены: умеренные ожидания от операции; выраженный страх смерти; депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения; когнитивные нарушения; неприятие прошлого; ориентир на помощь близких; снижение социальной активности.

Мишени психотерапии подробно соотнесены с этапами медико-психологического сопровождения. Раскрыты возможности прямой и опосредованной работы с ними за счет использования потенциала корреляционных моделей здоровья КХ больных в формате оценочного, дефицитарного и ресурсного модусов актуального состояния пациента.

Разработана стратегия, определены клинические основы персонализации программ медико-психологического сопровождения больного, начинающихся с дооперационного амбулаторного этапа

сопровождения. Результаты клинико-психологического исследования и информация о специфике клинико-психологических факторов риска тяжести состояния, психологических ресурсов, психологических факторов недостаточности и психологических факторов избыточности стали основой для персонализации программ и последующей индивидуализации маршрутов медико-психологического сопровождения.

Детально описан клинико-организационный алгоритм реализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения. В нем обозначены вовлеченные на каждом этапе в процесс сопровождения специалисты, зоны ответственности, основные направления деятельности, их последовательность, инструменты и методы психологического воздействия и диагностики.

По результатам лонгитудинального обследования больных методом экспертных оценок установлено, что через год после оперативного вмешательства состояние клинического улучшения с положительной динамикой клинико-психологических показателей и улучшением самочувствия отмечено у 86,72% КХ больных, завершивших программу медико-психологического сопровождения. У каждого десятого пациента – наблюдалась клиническая стабилизация состояния, состояние ухудшилось у 3,12% больных.

Внутригрупповой анализ интегральной оценки состояния КХ больных показал, что в клинических группах существуют значимые различия по частоте различных клинических исходов. Достоверно чаще отмечены состояния улучшения, чем ухудшения или стабилизации ($p < 0,05$). Межгрупповой анализ свидетельствовал, что достоверные различия между КХ больными по вариативности клинических исходов отсутствовали ($p > 0,05$).

Раздельный анализ клинических параметров КХ больных - соматических жалоб, толерантности к физической нагрузке, симптомов

сердечной недостаточности, психопатологических нарушений также не выявил значимых различий между группами больных в динамике ($p>0,05$).

Детализация клинико-психологических характеристик КХ больных, в целом, свидетельствует, что большинство показателей самооценки здоровья к концу программы сопровождения у них улучшились ($p<0,05$). У КХ больных после реконструкции клапанов уменьшилось ощущение счастья ($p<0,001$) и веры в выздоровление ($p<0,001$), что связано с их более высокими дооперационными ожиданиями. Наиболее высокие ($p<0,05$) показатели самочувствия, удовлетворенности жизнью и веры в выздоровление имели КХ больные после малоинвазивных операций на сердце, что определялось их первоначально менее тяжелым клиническим состоянием.

Показатели депрессии с ее соматическими проявлениями на завершающем этапе сопровождения, в целом, также снизились у КХ больных ($p<0,05$) и стали соответствовать нормативному уровню ($p>0,05$). У КХ больных с реконструкцией клапанов уровень депрессии достоверно снизился ($p<0,001$), но продолжал превышать нормативные значения ($p<0,05$), что можно объяснить его первоначально более высоким уровнем.

Показатели жизнестойкости у КХ больных, в целом, остались без значимой динамики ($p>0,05$) за исключением группы больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце, у которых значительно возросли показатели контроля ($p<0,05$), принятие риска ($p<0,001$) и общей жизнестойкости ($p<0,001$). В тоже время, итоговый показатель жизнестойкости, а также показатель контроля и вовлеченности у всех КХ больных достиг нормы ($p>0,05$), за исключением показателя принятия риска, который у всех КХ больных был ниже нормативного уровня ($p<0,05$).

В заключение главы можно обобщить, что представленная в диссертации и успешно реализованная в условиях РКД модель медико-психологического сопровождения КХ больных, органично включенная в систему лечебно-реабилитационного процесса медицинской организации, позволяет за счет применения персонализированного подхода

совершенствовать систему медико-психологической помощи больным КХ
профиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организация медико-психологической помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, является важной научно-практической задачей современного здравоохранения. Цель данного исследования состояла в клинико-психологическом обосновании разработки и применения в условиях регионального кардиологического диспансера персонализированного подхода к медико-психологическому сопровождению КХ больных.

Заявленная в настоящей работе цель вполне согласуется с позициями современных исследователей о том, что персонализированный подход в кардиологии сегодня обоснованно распространяется как на фармакотерапию и хирургическое вмешательство, так и на изменение образа жизни и их сочетание (Jain K.K., 2017). В системе психотерапевтической и психологической помощи персонализированный подход также рассматривается как перспективное направление научных исследований и практики (Васильева А.В, 2018).

Анализ современного состояния проблемы медико-психологической помощи больным хирургического, кардиологического и кардиохирургического профилей по данным современной медицинской и психологической литературы позволил уточнить основные достижения в научных исследованиях по этому направлению.

Так, установлено, что основной акцент психологических воздействий на пациента хирургического профиля сфокусирован на его предоперационной подготовке и купировании естественных для него состояний тревоги, депрессии, страха. С успешностью организации на данном этапе психологической работы связывается эффективность послеоперационного восстановления больного. Тем не менее, некоторые исследователи подчеркивают значимость психологического сопровождения

хирургического пациента на протяжении всего периоперационного периода (Рябчикова Е.Н. с соавт., 2012), на что мы обратили особое внимание.

Важность вмешательств психологического характера в работе с кардиологическими больными обусловлена той большой ролью, которую играют психосоциальные факторы в развитии и течении сердечно-сосудистой патологии. Особо подчеркивается негативный вклад факторов психосоциального риска, которые способствуют прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний (Fuchs-Strizek R., Berger T., 2018). Психологические интервенции в кардиологической клинике, как правило, ориентированы на учет психического статуса и психологической специфики пациентов и могут включаться в мультимодальную систему лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Также определено, что психологическая помощь больным КХ профиля обладает наибольшим потенциалом положительного воздействия при реализации в формате комплексной реабилитации с участием междисциплинарной команды специалистов, ориентированных на системное восстановление соматических, психических и социальных функций пациента, повышение качества его жизни.

В эмпирическую часть исследования на основе принципов информированного согласия и в соответствии с критериями отбора были включены 152 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, поступивших в РКД для хирургического лечения. Все они прошли полное обследование с использованием клинического, клинико-психологического и экспериментально-психологического методов с надлежащей статистической обработкой полученных результатов.

В соответствии с клинико-нозологическим подходом, а также характеристиками планируемого оперативного вмешательства КХ больные были отнесены к трем клиническим группам. В первую групп вошли больные ИБС с показаниями для операции АКШ на «открытом» сердце, во вторую группу – больные с пороками сердца, имеющие показания для оперативного

вмешательства на клапанах сердца, в третью группу – больные ИБС и нарушениями ритма с показаниями для оперативного вмешательства на сердце без применения искусственного кровообращения.

Результаты анализа клинико-психологических параметров КХ больных выявили у них сочетание жалоб кардиологического характера, проявления психических нарушений и наличие сопутствующих соматических заболеваний. Они имели различия в продолжительности заболевания, наличии предшествующих операций на сердце и инфаркта миокарда, выраженности сердечной недостаточности, что соответствует современным зарубежным данным (Albus C. et al., 2019).

Самооценка здоровья КХ больных до операции соответствует тяжести клинического состояния, а показатели веры в выздоровление соответствовали максимальной выраженности. У больных второй группы выявлен умеренный уровень депрессии, во второй и третьей – ее легкий уровень. Для всех групп больных был характерен дисгармоничный профиль временной перспективы, а у КХ больных первой группы отмечены некоторые проявления враждебности, как личностного фактора риска. По-разному отражена в структуре личности КХ больных и выраженность адаптационных ресурсов личности. Если жизнестойкость представлена недостаточно на уровне большинства своих компонентов, то социальная поддержка реализована во всех клинических группах на уровне, близком к избыточному. Полученные данные частично соответствуют результатам более раннего отечественного исследования (Чапала Т.В., 2012).

На основании анализа взаимосвязей клинико-психологических параметров КХ больных каждой клинической группы разработаны оценочные модели здоровья. Данные модели раскрывают характер внутренней взаимообусловленности представлений больного о своем актуальном состоянии в формате трех клинико-психологических дискурсов – дискурса здоровья (оценочный модус состояния), дискурса болезни

(дефицитарный модус состояния) и дискурса адаптации (ресурсный модус состояния).

На примере оценочных моделей здоровья трех клинических групп также показана высокая степень взаимосвязанности психологических факторов риска и психологических ресурсов личности больного, которые в каждой группе находятся в различном соотношении и характеризуют адаптационный потенциал КХ больного. При сравнении групп установлено, что за счет выраженности ресурсов наибольшим адаптационным потенциалом обладают КХ больные третьей группы. Ресурсы КХ больных второй группы ограничены из-за незрелости конструктивных проявлений жизнестойкости. Меньший адаптационный потенциал КХ больных первой группы связан с ресурсами позитивной самооценки, социальной поддержки, вовлеченности и позитивной перспективы прошлого. Данные результаты, в целом, не противоречат исследованию И.О. Чумаковой (2013).

Принятая в настоящем исследовании концепция медико-психологического сопровождения больного опирается на потенциал персонализированного подхода и потому дает КХ больному возможность участия в индивидуализированном формате в системе медико-психологической помощи на протяжении всего периоперационного периода и последующего за ним амбулаторного периода восстановления и лечения. При этом, медико-психологическое сопровождение рассматривается нами как система комплексных междисциплинарных медико-психологических мер воздействия, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы больного для его психологической поддержки и стимулирования адаптивных возможностей личности и организма в ситуации болезни с учетом клинической специфики и динамики патологического процесса. Подобный подход согласовывается с взглядами зарубежных (Chivukula U. et al., 2017; Savio M.T., Hariharan M., 2020) и отечественных исследователей (Брюханова Н.С., Антропова В.В., 2011; Живилова Я.С., 2017) о современной системе психологической помощи.

Исследование проведено на клинической базе РКД, специализированной медицинской организации Чувашской Республики, имеющей многолетний практический и научный опыт оказания междисциплинарной бригадой специалистов лечебно-диагностической и реабилитационно-профилактической помощи больным с широким спектром сердечно-сосудистых заболеваний. В современной научной литературе довольно немного работ подобного уровня, использующих потенциал медицинской организации для организации системы психологической помощи. Имеющиеся публикации имеют отношение к кардиологическим и сосудистым пациентам, но КХ больных непосредственно не затрагивают (Лазарева Е.Ю., 2016; Попенко Н.В., 2016).

Персонализированный подход при медико-психологическом сопровождении КХ больных, реализованный в данном исследовании, базируется на системе многоуровневого учета конкретного соотношения у каждого больного множества клинических, анамнестических, психологических и социальных факторов с доминирующим ориентиром на личность больного и актуальную для нее систему значимых отношений.

К ключевым принципам персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении КХ больных отнесены следующие: принцип доступности, принцип открытости, принцип преемственности, принцип комплексности, принцип интегративности, принцип дифференцированности, принцип вариативности, принцип партисипативности, принцип осознанности, принцип превентивности. Соблюдение данных принципов в работе способствует росту приверженности больного задачам лечения и реабилитации, раннему и активному вовлечению их в процесс сопровождения, повышению эффективности работы междисциплинарной команды специалистов.

В рамках создания персонализированной модели медико-психологического сопровождения КХ больных выделены шесть различных по содержанию и длительности последовательных этапов сопровождения -

дооперационный амбулаторный, дооперационный стационарный, ранний послеоперационный, послеоперационный стационарный, послеоперационный реабилитационный и реабилитационный амбулаторный этапы. Каждый клинический этап имеет определенную продолжительность, цель, основные задачи, ожидаемые результаты. Также определен состав команды специалистов, участвующих в реализации конкретного этапа сопровождения и содержание их деятельности.

Выделение клинических этапов в процессе медико-психологического сопровождения обосновывает подбор наиболее подходящих для каждого этапа психологических методов, приемов и интервенций и формализует конкретные цели, достижение которых становится возможным при соответствующей организации работы междисциплинарной команды специалистов.

В исследовании также проведена многоуровневая дифференциация психотерапевтических мишеней для КХ больных на основе анализа социодемографических данных, данных клинических характеристик больных, особенностей самооценки в ситуации болезни, особенностей выраженности депрессии и ее проявлений, особенностей враждебности и временной перспективы, особенностей жизнестойкости и социальной поддержки, общей клинико-психологической специфики больных, специфики их психологических оценочных моделей здоровья, специфики факторов риска и психологических ресурсов.

Учет внутригрупповых особенностей выявленных в исследовании клинико-психологических феноменов с включением дефицитарных, оценочных и ресурсных модусов актуальной клинической ситуации, характеризующих КХ больных, позволил представить полученный результат в виде сопоставительной таблицы.

Персонализация программ медико-психологического сопровождения предусматривает выстраивание индивидуализированного маршрута КХ больного, для чего определяются ключевые психотерапевтические мишени,

ведущий метод, прием, интервенция психологического воздействия, очерчивается круг вовлеченных в работу специалистов, применительно к каждому методу устанавливается индивидуальная или групповая форма работы, количество занятий и их продолжительность.

Обязательно принимается во внимание наличие у пациента опыта предшествующих КХ операций, их успешность; наличие опыта работы с психологом или психотерапевтом; участие в программах кардиореабилитации, школах пациентов; готовность участвовать во всех этапах сопровождения; возможность продолжения прохождения программы по месту жительства; готовность участвовать в дистанционных формах работы. На любом этапе в персонализированную программу и индивидуализированный маршрут могут вноситься коррективы с учетом изменений в клинической или социальной ситуации пациента, его индивидуальных пожеланий, рекомендаций специалистов и других значимых факторов.

Проведенное через год лонгитудинальное исследование КХ больных, принимавших участие в персонализированной программе медико-психологического сопровождения показало высокую эффективность данной модели сопровождения. Подтверждением чему стало клиническое улучшение с положительной динамикой клинико-психологических показателей и улучшением самочувствия у более чем 85% КХ больных, и состояние клинической стабилизации - у каждого десятого пациента.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Выполненная диссертационная работа не решила всех задач, стоящих перед учеными и специалистами при оказании медико-психологической помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями и получающими хирургическое лечение. Считаем важным сфокусировать дальнейшую исследовательскую работу по следующим перспективным

направлениям: разработка подходов психотерапевтической коррекции тревожно-фобических нарушений у КХ больных в дооперационный период; изучение возможностей оказания медико-психологической помощи больным КХ профиля в дистанционной форме; учет возрастных и гендерных аспектов реализации программ медико-психологического сопровождения КХ больных; разработка и оценка эффективности онлайн-программ, направленных на психологическую реабилитацию больных после КХ операций; изучение роли духовных и экзистенциальных характеристик как личностного ресурса при сердечно-сосудистых заболеваниях.

ВЫВОДЫ

1. . К общим клинико-психологическим характеристикам КХ больных можно отнести среднюю продолжительность заболевания не менее девяти лет; отягощенность анамнеза сопутствующими соматическими заболеваниями и непсихотическими психопатологическими синдромами; ХСН не ниже, чем третьего функционального класса. Психологический статус пациентов до операции определяется высокими ожиданиями от лечения; умеренным уровнем самооценки здоровья и страха операции; нерезко выраженным страхом смерти; умеренной депрессией с соматическими проявлениями; дисгармоничностью временной перспективы личности с акцентом на негативном прошлом; высокой социальной поддержкой пациента семьей.

2. По результатам исследования установлено, что больные с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце характеризуются большей частотой предшествующих операций на сердце; большей встречаемостью гипертонической болезни и атеросклероза брахиоцефальных артерий; достоверно меньшим уровнем самооценки счастья; опосредованной связью депрессии, самооценки здоровья и жизнестойкости; средними значениями интегрального уровня факторов риска тяжести заболевания. У КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце отмечена максимальная продолжительность болезни и частота ХСН четвертого функционального класса по сравнению с другими группами; большая частота послеоперационных осложнений. При достоверно более высоком уровне счастья показатели оценки здоровья, самочувствия и настроения у них ниже; определяется больше соматических проявлений умеренной депрессии; низкий уровень враждебности и принятия риска; уровень самооценки здоровья прямо пропорционален показателю жизнестойкости и обратно

пропорционален выраженности враждебности; максимально высок интегральный уровень факторов риска тяжести состояния. В группе КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце выявлены: максимальная отягощенность анамнеза предшествующим инфарктом миокарда на фоне стабильного уровня настроения, самочувствия, здоровья и максимальной степени среди всех исследуемых больных удовлетворенности жизни; высокий уровень принятия риска и ориентира на будущее; высокая корреляционная связь самооценки здоровья с религиозной верой и умеренная – с направленностью личности на позитивное прошлое; минимальная интегральная выраженность факторов риска тяжести заболевания.

3. Наибольший по выраженности негативный вклад клинико-психологических факторов риска тяжести заболевания определен у больных второй группы. Он складывается из показателей продолжительности заболевания, ХСН и депрессивных нарушений. Показатель факторов риска у больных первой группы находится на среднем уровне, на фоне различной выраженности вклада всех факторов, чаще - сопутствующей соматической патологии, инфаркта миокарда в анамнезе, предшествующих операций на сердце. В третьей группе выраженность факторов риска минимальна. Совокупный потенциал психологических ресурсов личности у больных всех групп одинаков по уровню и различен по содержанию. Наиболее он богат у больных третьей группы, где в его формирование отмечен вклад оценочных, внутриличностных и межличностных психологических факторов. Ресурсный потенциал больных второй группы, ограниченный недостаточной сформированностью жизнестойкости, усиливается социальной поддержкой. Психологические ресурсы больных первой группы базируются на позитивной самооценке, возможностях социальной поддержки, вовлеченности и позитивной перспективе прошлого.

4. По итогам клинико-психологического анализа и с учетом актуальных потребностей КХ больных дифференцированы психотерапевтические мишени четырех уровней – уровня психологических реакций личности на

ситуацию операции; уровня ее психопатологических проявлений; уровня дисфункциональных характеристик личности; уровня специфики социального взаимодействия. Разработанные мишени подробно соотнесены с шестью клиническими этапами медико-психологического сопровождения – дооперационным амбулаторным, дооперационным стационарным, ранним послеоперационным, послеоперационным стационарным, послеоперационным реабилитационным и реабилитационным амбулаторным.

5. Персонализированный подход при медико-психологическом сопровождении КХ больных основан на системе учета у каждого больного совокупности клинических и психологических факторов, соотносимых с личностью больного и системой ее значимых отношений. Реализация данного подхода базируется на принципах открытости, преемственности, комплексности, интегративности, дифференцированности, вариативности, партисипативности, осознанности, превентивности. Каждый этап сопровождения характеризуется конкретной целью, задачами, ожидаемыми результатами, определяется различием состава междисциплинарной бригады специалистов регионального кардиологического диспансера и других медицинских организаций. Разработка персонализированной программы сопровождения предусматривает выстраивание индивидуализированного маршрута КХ больного с дифференциацией психотерапевтических мишеней, ведущего психологического метода, приемов интервенции, установлением формы работы, количества занятий, их продолжительности.

6. По результатам лонгитудинального обследования больных установлено, что через год после оперативного вмешательства состояние клинического улучшения с положительной динамикой клинико-психологических показателей и улучшением самочувствия отмечено у 86,72% КХ больных, завершивших программу медико-психологического сопровождения. У каждого десятого пациента – наблюдалась клиническая стабилизация состояния, состояние ухудшилось у 3,12% больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Включать в программу клинико-психологического обследования КХ пациентов психодиагностические методики, позволяющие диагностировать специфику оценочных моделей здоровья больных, клинико-психологических факторов риска, внутриличностных и межличностных ресурсов.

2. Проводить с врачами, участвующими в комплексной программе медико-психологического сопровождения КХ больного, образовательные программы, направленные на повышение компетентности в области психологии КХ пациента и современных методов психологической помощи.

3. Внедрять в практику медико-психологического сопровождения КХ больных на реабилитационном амбулаторном и иных этапах современные практики дистанционной психологической помощи с использованием современных возможностей цифровых технологий.

4. Организаторам здравоохранения, психотерапевтическим и психологическим службам организаций здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь больным КХ профиля, рекомендовать адаптировать предложенную модель медико-психологического сопровождения для внедрения в своих организациях с учетом актуальных задач, имеющихся и потенциальных возможностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев, Д. А. Программа "Гармония" : (Врач и пациент в поисках смысла) / Респ. кардиол. диспансер; [Д. А. Авдеев и др.]; под ред. Д. А. Авдеева. – Чебоксары : Руссика, 1994. – 27 с.
2. Азатян, Н. Г. Роль клинического психолога в психокардиологической реабилитации / Н. Г. Азатян // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4 (63). – С. 7. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-7
3. Александров, А. А. Клинические основы групповой психотерапии при неврозах : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04 / Александров Артур Александрович; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1992. – 46 с.
4. Александров, Ю. В. Реконструктивные операции на каротидном бассейне : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.44 / Александров Юрий Венерович; Нижегородская мед. акад. – Н. Новгород, 2005. – 147с.
5. Артюхов, И. П. Экспертные оценки: методология и практика применения / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, С. Л. Бакшеева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 10-1. – С. 11–15.
6. Баранов, М. Л. Когнитивная терапия тревожно-депрессивных расстройств при гипертонической болезни в стационарных условиях : дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Баранов Максим Леонидович; МГМСУ им. А. И. Евдокимова. – Москва, 2014. – 175 с.
7. Беялов, Ф. И. Подходы к персонализированной терапии / Ф. И. Беялов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14, №. 3. – С. 418–424. doi: 10.20996/1819-6446-2018-14-3-418-424
8. Бокерия, Л. А. Когнитивные функции после операций с искусственным кровообращением в раннем и отдаленном

послеоперационном периоде / Л. А. Бокерия, Е. З. Голухова, А. Г. Полунина [и др.] // Креативная кардиология. – 2011. – № 2. – С. 71–88.

9. Бочаров, В. В. Соотношение психотерапии и психофармакотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах в зависимости от мотивационных сценариев пациентов / В. В. Бочаров, А. В. Васильева, С. В. Полторак, Д. М. Сарайкин // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 36–49.

10. Брюханова, Н. С. Медико-психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии и его влияние на психический статус впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких / Н. С. Брюханова, В. В. Антропова // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6 (72). – С. 81–84.

11. Васильева А. В. Клиника и персонализированная диагностика расстройств невротического уровня в практике пограничной психиатрии / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полторак [и др.] // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сборник методических рекомендаций / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; сост. Н. В. Семёнова; под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – СПб. : КОСТА, 2018. – С. 363–398.

12. Васильева А. В. Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия (ЛОРП) / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Биопсихосоциальная психиатрия: Руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо. – Москва : СИМК, 2020. – Гл. 14, разд. 14.1.2.1. – С. 670–694.

13. Васильева, А. В. Динамическая психиатрия – персонализированная модель лечения, ориентированная на личность пациента (к столетию со дня рождения Г. Аммона) / А. В. Васильева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2018. – № 3. – С. 106–107.

14. Васильева, А. В. Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных / А.

В. Васильева, Т. А. Караваева, Е. Б. Мизинова, Е. П. Лукошкина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Психология. – 2020. – Т. 10, №. 4. – С. 402–416. doi.org/10.21638/spbu16.2020.402

15. Васильева, А. В. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Е. Б. Мизинова [и др.] // Экология человека. – 2019. – №. 12. – С. 32–39.

16. Васильева, Н. В. Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом в системе комплексного лечения и реабилитации : дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Васильева Надежда Валентиновна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб, 2017. – 192 с.

17. Великанов, А. А. Организационные основы работы медицинского психолога в кардиологическом стационаре / А. А. Великанов, Е. А. Демченко, И. А. Зеленская [и др.] // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 3. – С. 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-13090

18. Вид, В. Д. Доказательная психотерапия психозов: современный анализ проблемы / В. Д. Вид, Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2018. – № 4. – С. 12–16. doi: 10.31363/2313-7053-2018-4-12-16.

19. Винокур, Т. Ю. Гигиеническая оценка влияния эколого-биогеохимических факторов на развитие ишемической болезни сердца : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.07 / Винокур Татьяна Юрьевна; Казанский гос. мед. ун-т. – Казань, 2007. – 168 с.

20. Волкова, О. В. Особенности развития личности, характеризующейся состоянием выученной беспомощности, на разных этапах онтогенеза / О. В. Волкова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2020. – Т. 22, № 2 (82). – С. 397–408.

21. Вострокнутова, А. Ю. Анализ психических отклонений у больных с компенсированными пороками сердца / А. Ю. Вострокнутова, Д. В. Дебело // Фундаментальная наука в современной медицине – 2018: сборник

материалов сателитной дистанцион. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Минск, 2 февр. 2018 г. / под ред. А. В. Сикорского[и др.]. – Минск : БГМУ, 2018. – С. 303–306.

22. Гаранян, Н. Г. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Психология: направления междисциплинарных исследований: материалы научной конференции, посвященной памяти А. В. Брушлинского, Москва, 8-9 окт. 2002 г. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2003. – С. 100–114.

23. Гартфельдер, Д. В. Зависимость стиля поведения при лечении от особенностей социальной перцепции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д. В. Гартфельдер // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Серия: Психологические науки: «Акмеология образования». – 2007. – Т. 13, № 2. – С. 186–191.

24. Гартфельдер, Д. В. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики / Д. В. Гартфельдер, Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14, № 4. – С. 60–62.

25. Гартфельдер, Д. В. Социально-психологические детерминанты межличностного взаимодействия соматических больных с окружающими людьми : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Гартфельдер Денис Викторович; Ярославский гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль, 2008. – 170 с.

26. Георгиев, А. Ю. Реваскуляризация миокарда и нижних конечностей при сочетанных атеросклеротических поражениях коронарного русла и периферических артерий : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.44 / Георгиев Артур Юрьевич; Нижегородская гос. мед. акад. – Н. Новгород, 2005. – 141 с.

27. Гимадрисламова, А. Р. Методы психологической коррекции в отделении кардиологии / А. Р. Гимадрисламова // Человек. Искусство.

Вселенная. – 2017. – №. 1. – С. 129–133.

28. Глезер, М. Г. Современные подходы к организации помощи пациентам с сердечной недостаточностью / М. Г. Глезер, Т. К. Чернявская // Кардиология. – 2020. – Т. 60, №. 8. – С. 106–114.

29. Городнова, М. Ю. Гештальт-подход в профилактике и лечении аддиктивного и зависимого поведения у детей и подростков (лекция) / М. Ю. Городнова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – Т. 20. – № 2. – С. 82-96.

30. Городнова, М. Ю. Гештальт-терапия: феноменологический подход в лечении пограничного опыта у подростков / М. Ю. Городнова, И. Л. Коломиец // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – Т. 16. – № 3. – С. 63-68.

31. Городнова, М. Ю. Ожидания, планы и критерии эффективности лечения пациентов в лечебной среде наркологического стационара / М. Ю. Городнова // Вопросы наркологии. – 2018. – № 5(165). – С. 120-123.

32. Григорьева, Н. В. Функциональные нарушения тиреоидного статуса при постинфарктном кардиосклерозе : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.16 / Григорьева Наталья Вячеславовна; Мордовский гос. ун-т. – Саранск, 2005. – 127 с.

33. Гурьянова, Е. А. Результаты реализации пилотного проекта "Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации" в Чувашской Республике (неврологический и кардиологический профили) / Е. А. Гурьянова, В. В. Иванова, О. А. Тихоплав // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – № 2 (84). – С. 47–52.

34. Давыденко, М. В. Баллонная ангиопластика в лечении пациентов с тромбоэмболией легочной артерии / М. В. Давыденко, В. Е. Бабокин, Н.А. Трофимов [и др.] // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 4, №. 37. – С. 25–30.

35. Дашиева, Б. А. Медико-психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья / Б. А. Дашиева, И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №. 5

(62). – С. 33–35.

36. Дедов, И. И. Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы / И. И. Дедов, А. Н. Тюльпаков, В. П. Чехонин [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – Т. 67, №. 12. – С. 4–12.

37. Дорофеев, И. И. Методологические аспекты выделения категории медико-психологического сопровождения курсантов / И. И. Дорофеев, В. А. Корзунин, Б. В. Овчинников [и др.] // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5, №. 2. – С. 113–120.

38. Драгунов, А. Г. Клинико-экспериментальное обоснование стимуляции ангиогенеза методом введения в ткани голени и стопы аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, для лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.26 / Драгунов Андрей Геннадьевич; Нижегородская гос. мед. акад. – Н. Новгород, 2010. – 125 с.

39. Елдырёв, А. Ю. Оценка органопротекторного эффекта изофлурана при операциях с искусственным кровообращением : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.20 / Елдырёв Алексей Юрьевич; Санкт-Петербургский гос. педиатр. мед. ун-т. – СПб., 2013. – 120 с.

40. Еремина, Д. А. Динамика когнитивных функций больных ишемической болезнью сердца в процессе реабилитации после коронарного шунтирования : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Еремина Дарья Алексеевна; НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2015. – 211 с.

41. Еремина, Д. А. Сравнительный анализ клинических и психосоциальных характеристик пациентов с различной динамикой когнитивного функционирования после коронарного шунтирования / Д. А. Еремина, О.Ю. Щелкова // Экспериментальная психология. – 2019. – Т. 12, № 3. – С. 176–191. doi:10.17759/exppsy.2019120314.

42. Ефимова, И. П. Республиканскому кардиологическому диспансеру – 35 лет / И. П. Ефимова, Н. А. Светлова // Современная кардиология и

вопросы междисциплинарного взаимодействия: материалы Республиканской научно-практической конференции, Чебоксары, 23 мая 2018 года / под ред. Е. И. Бусалаевой. – Чебоксары : Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова, 2018. – С. 3–6.

43. Ефимова, И. Ю. Реабилитация больных после операций на сердце и магистральных сосудах на стационарном этапе / И. Ю. Ефимова // Современная кардиология и вопросы междисциплинарного взаимодействия : материалы Республиканской научно-практической конференции, Чебоксары, 23 мая 2018 года / под ред. Е. И. Бусалаевой. – Чебоксары : Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова, 2018. – С. 61–64.

44. Ефимова, И. Ю. Реабилитация кардиологических больных в Чувашской Республике / И. Ю. Ефимова, Т. Н. Мизурова, Т. А. Тарабан [и др.] // Здравоохранение Чувашии. – 2013. – №. 1. – С. 51–55.

45. Живилова, Я. С. Медико-психологическое сопровождение больных с органическими поражениями головного мозга в условиях больницы со строгим наблюдением / Я. С. Живилова // Медична психологія. – 2017. – №. 12, № 1. – С. 46–50. – URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2017_12_1_13. (дата обращения : 3.02.2019).

46. Жунусова, Г. С. Реабилитация больных на ранних этапах после аортокоронарного шунтирования в комплексе с применением рациональной психотерапии и сеансов классической релаксации-гипноза / Г. С. Жунусова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №. 3. – С. 83–85.

47. Зайцев, В. П. Значение психологических особенностей больных ишемической болезнью сердца при направлении на операцию аортокоронарного шунтирования / В. П. Зайцев, Т. А. Айвазян, Погосова [и др.] // Кардиология. – 1997. – Т. 37, № 8. – С. 29–30.

48. Зайцев, В. П. Психологические предикторы эффективности реабилитации больных после операции аортокоронарного шунтирования / В. П. Зайцев, Т. А. Айвазян, Погосова [и др.] // Кардиология. – 1998. – Т. 38, №

4. – С. 30–32.

49. Замотаев, Ю. Н. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции / Ю. Н. Замотаев, В. А. Косов, Ю. В. Мандрыкин // Терапевтический архив. – 2000. – № 1. – С. 25–28.

50. Замотаев, Ю. Н. Применение программы медицинской и психологической поддержки у больных ишемической болезнью сердца, перенесших аортокоронарное шунтирование / Ю. Н. Замотаев, В. А. Косов, Ю. А. Кремнев, И. Н. Антошина // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2001. № 5. – С. 14–17.

51. Зеленская, И. А. Психологические особенности пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, в зависимости от их приверженности к участию в реабилитационной программе / И. А. Зеленская, Е. И. Лубинская, А. А. Великанов, Е. А. Демченко // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011. – № 42 (259). С. 73–76.

52. Иванов, А. В. Методы прогнозирования и коррекции острых нарушений кровообращения при операциях реваскуляризации миокарда : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.37 / Иванов Алексей Вячеславович; СПбМАПО. – СПб., 2005. – 116 с.

53. Иванов, В. А. Проблема хронической постстернотомической боли / В. А. Иванов, Л. А. Медведева, В. И. Болтенкова [и др.] // Российский журнал боли. – 2018. – № 1 (55). – С. 70–77.

54. Исаева, Е. Р. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы / Е. Р. Исаева, Ю. В. Мухитова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27, № 1. – С. 83–90.

55. Исаков, Е. Б. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний / Е. Б. Исаков // Медицина и экология. – 2017. – № 2 (83). – С. 19–28.

56. Исурина, Г. Л. Групповая психотерапия при неврозах (методы,

психологические механизмы лечебного действия, динамика индивидуально-психологических характеристик) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Исурина Галина Львовна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Ленинград, 1984. – 25 с.

57. Караваева, Т. А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств / Т. А. Караваева // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71–74.

58. Караваева, Т. А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторак // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 42–51.

59. Караваева, Т. А. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств / Т. А. Караваева, В. А. Михайлов, А. В. Васильева [и др.] // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2017. – Т. XLIX. – № 2. – С. 31–36.

60. Карауш, И. С. Медико-психологическое сопровождение детей с нарушениями слуха / И. С. Карауш, И. Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3 (66). – С. 47–49.

61. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – Москва : Медицина, 1990. – 576 с.

62. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – Москва : Медицина, 1985. – 303 с.

63. Кашин, В. Ю. Протезирование митрального клапана с сохранением папилло-фиброзного контакта : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.44 / Кашин Владислав Юрьевич; Нац. мед.-хирург. центр им. Н. И. Пирогова. – Москва, 2008. – 99 с.

64. Киселева, М. Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на эффективность психологического сопровождения послеоперационного восстановления : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Киселева Мария Георгиевна; МГУ им. М.В. Ломоносова. – Москва, 2012. – 210 с.

65. Ключев, В. М. Клинико-функциональные результаты аортокоронарного шунтирования больных ишемической болезнью сердца и их медицинская реабилитация / В. М. Ключев, В. Н. Яковлев, Ю. У. Маньков // Военно-медицинский журнал. – 1993. – № 6. – С. 30–35.

66. Колосов, Г. А. Бронхиальная астма: психосоматический концепт в пользу персонализированного подхода / Г. А. Колосов, Цэнд Магсаржав, К. В. Канэсиро // Психология: традиции и инновации : материалы III Междунар. науч. конф. (Самара, март 2018 г.). – Самара : ООО "Издательство АСГАРД", 2018. – С. 39–41.

67. Колпачкова, Е. В. Персонализированная медицина в кардиологии: состояние проблемы и перспективы / Е. В. Колпачкова, А. А. Соколова, Д. А. Напалков // Медицинский совет. – 2017. – № 12. – С. 162–168.

68. Копышева, Е. Н. Медико-психологическое сопровождение детей психосоматического профиля в системе реабилитации / Е. Н. Копышева, Е. В. Пчелинцева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5, №. 1 (14). – С. 189–192.

69. Красникова, О. В. Диагностика заболеваний миокарда и оценка эффективности лечения кардиохирургических больных в послеоперационном периоде методом инфракрасной спектроскопии сыворотки крови / О. В. Красникова // Медицинские этюды : сборник тезисов Научной Сессии молодых учёных и студентов, Нижний Новгород, 21–22 марта 2018 года. – Нижний Новгород : Приволжский иссл. мед. ун-т, 2018. – С. 383–384.

70. Круглова, Н. Е. Психологические факторы прогноза возвращения к труду больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения :

дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Круглова Надежда Евгеньевна; СПбГУ. – СПб., 2013. – 202 с.

71. Кряжев, М. Г. Особенности клинико-психологического статуса кардиологических пациентов с различным сочетанием черт личностного типа «Д» / М. Г. Кряжев // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2017. – Т. 49, №. 4. – С. 35–39.

72. Куканова, Н. Н. Технологии медико-социально-психологического сопровождения пациентов в ходе офтальмохирургического лечения / Н. Н. Куканова, Б. А. Поляков, Д. Л. Мушников // Вестник Российского университета Дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – № 1. – С. 143–147.

73. Куренков, С. В. Психологическая подготовка пациента к хирургическому лечению / С. В. Куренков, Н. В. Ромашкина // Перспективные научно-практические исследования: материалы XII Всероссийской научно-практической конференции (Новосибирск, 3 ноября 2019 г.) / науч. ред.: Е.Л. Сорокина, Т.В. Черноусова-Никонорова. – Новосибирск : Изд-во АНО ДПО «СИПППИСР», 2019. – С. 123–133.

74. Кутько, И. И. Клинический метод диагностики на современном этапе развития психиатрии / И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линева, Г. С. Рачкаускас // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 10 (461). – С. 16–20.

75. Лазарева, Е. Ю. Клинико-психологические особенности адаптационного потенциала личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Лазарева Елена Юрьевна; СПбГУ. – СПб., 2016. – 189 с.

76. Лазурский, А. Ф. Программа исследования личности в ее отношениях к среде / А. Ф. Лазурский, С. Л. Франк // Русская школа. – 1912. – Кн. 1. – С. 1–24; Кн. 2 – С. 1–17.

77. Лакомская, А. В. Клинико-психологические детерминанты психологического благополучия у больных, перенесших операцию на

сосудах сердца, в период реабилитации : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Лакомская Анна Владимировна; СПбГУ. – СПб., 2018. – 168 с.

78. Левашкевич, Ю. Л. Особенности психоэмоционального реагирования больных ишемической болезнью сердца на предстоящую операцию аортокоронарного шунтирования / Ю. Л. Левашкевич, А. А. Великанов, Е. Р. Исаева, Е. А. Демченко // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 3. – С. 130–134.

79. Левковская О. Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение у девочек-подростков: проблема психотерапевтических мишеней / О. Б. Левковская, Ю. С. Шевченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17, № S2. – С. 136–137.

80. Лисина, М. О. Актуальные вопросы ведения больных с оперированным клапанным пороком сердца / М. О. Лисина, И. А. Жданова, М. Л. Ермоленко [и др.] // Креативная кардиология. – 2019. – Т. 13, №. 1. – С. 52–62.

81. Лутай, Ю. А. Особенности кардиореабилитации пациентов после проведения коронарного шунтирования. Основные положения российских клинических рекомендаций / Ю. А. Лутай, О. Н. Крючкова, Е. А. Ицкова [и др.] // Крымский терапевтический журнал. – 2018. – № 2. – С. 20–25.

82. Лутова Н. Б. Мотивация к психосоциальной реабилитации / Н. Б. Лутова, А. П. Коцюбинский // Биопсихосоциальная психиатрия: Руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо. – Москва : СИМК, 2020. – Гл. 11, разд. 11.2.2. – С. 534–538.

83. Лысенко, И. С. Персонализированный подход к выбору мишеней и задач психотерапии у больных с невротическими расстройствами / И. С. Лысенко // Депрессия – вызов XXI века: материалы 4-й Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, Кострома, 17-19 апреля 2018 года. – Кострома : ФГБНУ НЦПЗ, 2018. – С. 68–72.

84. Ляшковская, С. В. Оптимизация индивидуальных программ и типология мишеней личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии невротических расстройств : дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Ляшковская Светлана Владимировна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2016. – 204 с.

85. Ляшковская, С. В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии / С. В. Ляшковская, В. А. Ташлыков, Н. В. Семенова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – №. 1. – С. 89–98.

86. Мамаев, А. Н. Статистические методы в медицине / А. Н. Мамаев, Д. А. Кудлай. – Москва : Практическая медицина, 2021. – 136 с.

87. Маркова, М. В. Медико-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития: идеология и эффективность внедрения / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, №. 3 (56). – С. 133–132.

88. Мацкевич, С. А. Коморбидность сердечно-сосудистых заболеваний и тревожно-депрессивных расстройств / С. А. Мацкевич, М. И. Бельская // Медицинские новости. – 2018. – №. 12 (291). – С. 4–8.

89. Мизинова, Е. Б. Иррациональные когнитивные установки больных с тревожно-фобическими невротическими расстройствами как мишени психотерапии / Е. Б. Мизинова, Т. А. Караваева, С. В. Полторак, Р. М. Белан // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – №. 1. – С. 53–57.

90. Мизинова, Е. Б. Персонализированный подход к диагностике личностных расстройств / Мизинова Е. Б., Полторак С. В. // Школа В. М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящ. 160-летию со дня рождения В. М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского

НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – [Электронное издание]. – СПб.: Альта Астра, 2017. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM). – С. 406–407.

91. Михайлов, Б. В. Этапная психотерапия участников боевых действий в санаторно-курортных условиях / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, Т. А. Алиева, И. Д. Вашките // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2018. – №. 1. – С. 28–32. – URL : <https://dx.doi.org/10.15407/internalmed2018.01.028> (дата обращения: 10.11 2020)

92. Михайлов, В. А. Алгоритм психолого-психотерапевтического сопровождения больных с хронической ишемией мозга / В. А. Михайлов, И. В. Хяникяйнен // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. – 2018. – Т. 25. – № 2. – С. 52-56.

93. Михайлов, В. А. Биопсихосоциальная концепция хронической ишемии мозга / В. А. Михайлов, И. В. Хяникяйнен, Н. А. Ржеутская // XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 года : тезисы / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 1186–1187.

94. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев – Л.: Изд. ЛГУ, 1960. – 426 с.

95. Мясищев, В. Н. Психология отношений : избранные психологические труды / В. Н. Мясищев ; ред. А. А. Бодалев. – Москва : Институт практической психологии ; Воронеж : НПО 'МОДЭК', 1995. – 356 с.

96. Наркевич, А. Н. Выбор метода для статистического анализа медицинских данных и способа графического представления результатов / А. Н. Наркевич, К. А. Виноградов [сетевое издание] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – № 65 (4). – URL:

<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1092/30/lang.ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-4-9 (дата обращения: 27.06.2020).

97. Незнанов, Н. Г. Влияние ишемической болезни сердца на проявление, течение и терапию психических заболеваний : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Незнанов Николай Григорьевич; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Ленинград, 1984. – 228 с.

98. Незнанов, Н. Г. Роль и оценка психоэмоционального состояния у пациентов с нарушениями ритма сердца / Н. Г. Незнанов, У. Г. Лебедева, В. Б. Петрова [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – Т. 18. – № 4. – С. 209-221.

99. Незнанов, Н. Г. Холистический подход В. М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии / Н. Г. Незнанов, М. А. Акименко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – №. 1. – С. 3–6.

100. Нестерин, К. В. Развитие системы медицинской реабилитации в Чувашской Республике / К. В. Нестерин, Е. А. Гурьянова // Вопросы медицинской реабилитации : сборник научных трудов по итогам Межрегиональной научно-практической конференции / под ред. Е.А. Гурьяновой, К. В. Нестерина, В. Ю. Москаленко. – Чебоксары : Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2018. – С. 3–7.

101. Николаев, Е. Л. "Мой смартфон всегда со мной": медико-психологический дискурс о пользовании средствами мобильной связи. Сообщение 1 / Е. Л. Николаев, М. А. Кулыгина // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Т. 10, № 4. – С. 679–689.

102. Николаев, Е. Л. Дифференцированные мишени психологической помощи больным с кардиальной патологией / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. – № 3 (17). – С. 120–127.

103. Николаев, Е. Л. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие / Е. Л. Николаев, Д.

В. Гартфельдер, Е. Ю. Лазарева. – Чебоксары : Изд-во Чувашского ун-та, 2014. – 302 с.

104. Николаев, Е. Л. Медико-психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом: организационные этапы и задачи / Е. Л. Николаев, Т. А. Караваева, Н. В. Васильева, А. В. Васильева, Е. И. Чехлатый, // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2019. – №. 2. – С. 95–101.

105. Николаев, Е. Л. Персонализированный подход в медико-психологическом сопровождении больных с рассеянным склерозом / Е.Л. Николаев, Т. А. Караваева, Н. В. Васильева, Е. И. Чехлатый // Вестник психотерапии. – 2018. – № 65 (70). – С. 86–97.

106. Николаев, Е. Л. Пограничные психические расстройства как клинический, психологический и социокультурный феномен (региональный аспект в Чувашии) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 : 19.00.04 / Николаев Евгений Львович; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2006. – 391 с.

107. Николаев, Е. Л. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 109-130.

108. Орлова, Н. В. Изучение гендерных различий психологического стресса в периоперационном периоде / Н. В. Орлова, О. Е. Моруннов, Я. Г. Спирякина [и др.] // Медицинский алфавит. – 2018. – № 1 (3). – С. 29–32.

109. Осин, Е. Н. Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости / Е. Н. Осин // Организационная психология. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 42–60.

110. Павлова, Т. К. Комплексная профилактика и лечение полиорганной недостаточности у пациентов с инфекционным эндокардитом : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06 / Павлова Татьяна Кирилловна; Нижегородская гос. мед. акад. – Н. Новгород, 2006. – 152 с.

111. Пасюга, В. В. Преабилитация в кардиохирургии / В. В. Пасюга, Д. А. Демин, Е. В. Демина [и др.] // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2020. – № 8 (1). – С. 112–121.
112. Петров, В. И. Персонализированная медицина: эволюция методологии и проблемы практического внедрения / В. И. Петров, И. Н. Шишиморов, О. В. Магницкая, Б. Е. Толкачев // Вестник Волгоградского ГМУ. – 2016. – № 1 (57). – С. 3–11.
113. Петров, И. А. Психологические проблемы подготовки пациента и медицинского персонала к обширному хирургическому вмешательству в амбулаторной практике / И. А. Петров, А. Ф. Чернавский, А. А. Бадалян, М. Ю. Огнев // Проблемы стоматологии. – 2017. – №. 3. – С. 63–69. doi:10.18481/2077-7566-2017-13-3-63-69
114. Петрова, М. М. Коррекция когнитивных расстройств с использованием компьютерных стимулирующих программ у больных после операции коронарного шунтирования / М. М. Петрова, С. В. Прокопенко, О. В. Еремина [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2015. – Т. 133, №. 2. – С. 63–67.
115. Плюхина, А. В. Анализ функциональных сдвигов тиреоидного статуса при остром инфаркте миокарда : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06 / Плюхина Александра Викторовна; Самарский гос. мед. ун-т. – Самара, 2002. – 104 с.
116. Погосова, Г. В. Эффективность психологической реабилитации больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования / Г. В. Погосова, Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев // Кардиология. – 1999. – № 7. – С. 34–37.
117. Полонская, И. И. Медико-социальные аспекты реабилитации при ишемической болезни сердца после шунтирования коронарных артерий / И. И. Полонская, В. В. Сергеева // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, № 6. – С. 68–73.

118. Помешкина, С. А. Связь приверженности к терапии с показателями психологического статуса пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование / С. А. Помешкина, В. А. Беззубова, А. В. Солодунин [и др.] // Доктор. Ру. – 2017. – № 5 (134). – С. 36–41.

119. Попенко, Н. В. Медико-психологическое сопровождение пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Попенко Наталья Валерьевна; Национальный исследовательский Томский гос. ун-т. – Томск, 2016. – 173 с.

120. Прибытков, А. А. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии / А. А. Прибытков, А. Н. Еричев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – №. 2. – С. 10–16.

121. Протасов, М. Е. Отдаленная эффективность и исходы интервенционного лечения фибрилляции предсердий : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.05 / Протасов Михаил Евгеньевич ; НИИ кардиологии Томского науч. центра СО РАМН. – Томск, 2015. – 106 с.

122. Пчелинцева, Ф. А. Объективные методы оценки тяжести состояния пациентов в отделении реанимации онкохирургического профиля / Ф. А. Пчелинцева, М. В. Петрова, И. С. Шмыр [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2020. – Т. 7, № 2. – С. 116–128. doi: 10.17709/2409-2231-2020-7-2-11.

123. Раков, А. Л. Результаты аутогенной тренировки у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / А. Л. Раков, Ю. В. Мандрыкин, Ю. Н. Замотаев // Военно-медицинский журнал. – 1997. – Т. 318, № 2. – С. 37–41.

124. Рассказова, Е. И. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни / Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхостов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – №. 2. – С. 17–21.

125. Репникова, Р. В. Предоперационный стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца / Р. В. Репникова, О. Л. Барбараш // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 101, №. 2. – С. 59–62.

126. Рогулина, Н. В. Качество жизни реципиентов механических и биологических протезов после коррекции изолированного порока митрального и аортального клапана / Н. В. Рогулина, Ю. Н. Одаренко, С. Г. Кокорин [и др.] // Евразийский кардиологический журнал. – 2016. – № 3. – С. 93–94.

127. Рожнев, В. В. Телемедицинские технологии при обучении больных с протезами клапанов сердца / В. В. Рожнев // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2020. – Т. 9, №. S1. – С. 40.

128. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : (Практическое руководство). – Москва : Медицина, 1970. – 215 с. ; То же : Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство / С. Я. Рубинштейн. – Москва : Апрель-Пресс; Психотерапия, 2010. – 224 с.

129. Рябчикова, Е. Н. Методы психологического сопровождения реабилитации пациентов после оперативного лечения переломов крупных суставов нижних конечностей / Е. Н. Рябчикова, И. В. Рябчиков, И. О. Панков, В. И. Айдаров // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. – URL : www.science-education.ru/102-5660 (дата обращения: 01.03.2021).

130. Ряшенцева, Д. А. Ранние дезадаптивные схемы как психотерапевтические мишени в рамках схема-терапии Дж. Янга / Д. А. Ряшенцева, П. К. Тромбчиньски // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2020. – Т. 8. – С. 76–84.

131. Семенова, А. А. Содержание андрогенов (тестостерона и дегидроэпиандростерона) в крови у мужчин с острым инфарктом миокарда и постинфарктным кардиосклерозом : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06 /

Семенова Анна Александровна; Нижегородская гос. мед. акад. – Н. Новгород, 2009. – 120 с.

132. Семенова, Е. А. Медико-психологическое сопровождение пациентов с артериальной гипертензией / Е. А. Семенова // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке» / Сообщество молодых врачей и организаторов здравоохранения (COMBO3). – Москва : РУДН, – 2011. – Т. 13, №. 10. – С. 495–496.

133. Семенова, Н. Д. Доктор как учитель / Н. Д. Семенова, В. Н. Краснов // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации : материалы Всероссийской научно-практической конференции с дистанционным и международным участием, Ульяновск, 21-22 декабря 2020 года. – Ульяновск : Изд-во «Зебра», 2020. – С. 322–325.

134. Сергевнин, В. И. Частота и факторы риска гнойно-септических инфекций у взрослых после различных видов операций на открытом сердце / В. И. Сергевнин, Л. Г. Кудрявцева, А. И. Золотухина // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2020. – Т. 19, № 5. – С. 34–40. doi: 10.31631/2073-3046-2020-19-5-34-40.

135. Сергеев, В. В. Информирование о риске, связанном с методами оказания медицинской помощи / В. В. Сергеев, Е. В. Горлова // Юридический вестник Самарского университета. – 2019. – Т. 5, №. 1. – С. 65–70.

136. Серый, А. В. Методологические основания разработки комплексного подхода в психологической коррекции и психотерапии пациентов кардиологического профиля до и после коронарного шунтирования / А. В. Серый, М. С. Яницкий, А. В. Солодухин, О. А. Трубникова, // Сибирский психологический журнал. – 2017. – № 63. – С. 89–101.

137. Сирота, Н. А. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования / Н. А. Сирота, О. В. Сивакова, В. М. Ялтонский // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, №. 3. – С. 175–196.

138. Сирота, Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – №. 1. – С. 63–74.

139. Солодухин, А. В. Взаимосвязь когнитивного статуса и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца перед подготовкой к коронарному шунтированию / А. В. Солодухин, А. В. Серый, О. А. Трубникова [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 6. – С. 20–24.

140. Солодухин, А. В. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца. / А. В. Солодухин, А. В. Серый, М. С. Яницкий, О. А. Трубникова // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2017b. – Т. 2, № 1. – С. 84–90.

141. Солодухин, А. В. Игровая платформа как инструмент психологической коррекции когнитивных нарушений у пациентов кардиологического профиля / А. В. Солодухин // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2019. – №. 2 (78). – С. 421–424.

142. Солодухин, А. В. Модель психологической коррекции нарушений когнитивной сферы у пациентов с ишемической болезнью сердца : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Солодухин Антон Витальевич; Национальный исследовательский Томский гос. ун-т. – Томск, 2020. – 150 с.

143. Солодухин, А. В. Поведенческие особенности пациентов, планируемых на коронарное шунтирование / А. В. Солодухин, О. В. Малева, И. Н. Кухарева [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2017a. – Т. 6, № 4. – С. 14–20. doi. 10.17802/2306-1278-2017-6-4-14-20.

144. Солодухин, А. В. Применение методов рационально-поведенческой психотерапии у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и коронарным шунтированием / А. В. Солодухин, Н. Г.

Видяева, Е. Е. Помешкина [и др.] // Сибирский психологический журнал. – 2020. – № 75. – С. 182–194. doi: 10.17223/17267080/75/10.

145. Сорокин, Н. В. Эффективность групповой психотерапии на санаторном этапе реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Н. В. Сорокин, А. В. Гордиенко, О. В. Леонтьев [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – №. 3. – С. 137–140.

146. Старков, А. В. Медико-психологическое сопровождение и психофизиологическая экспертиза специалистов экстремальных видов деятельности / А. В. Старков, В. В. Юсупов, Б. В. Овчинников [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. – 2015. – Т. 22, №. 4. – С. 28–31.

147. Старунская, Д. А. Психологические особенности у больных ишемической болезнью сердца (мужчин и женщин) перед операцией коронарного шунтирования в зависимости от участия в индивидуальной психокоррекционной программе / Д. А. Старунская, А. А. Великанов, Ю. Л. Левашкевич [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. – 2017. – Т. 24, № 1. – С. 58–61.

148. Сырцова А. Методика Зимбардо по временной перспективе / А. Сырцова, Е. Т. Соколова, О. В. Митина // Психологическая диагностика. – 2007. – №. 1. – С. 85–106.

149. Сырцова, А. Возрастная динамика временных ориентаций личности / А. Сырцова, О. В. Митина // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 41–54.

150. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер. – 2001. – 272 с.

151. Терновая, Е. С. Персонализированный подход к лечебно-реабилитационным мероприятиям у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (на модели артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности) / Е. С. Терновая, Б. А. Волель, Д. В. Трошина [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2017. – №. 7. – С. 152–161. doi:10.15829/1560-4071-2017-7-152-161.

152. Тигунцева, Г. Н. Генезис психологического знания о феномене установления контакта и его использования в преодолении коммуникативных деструкций / Г. Н. Тигунцева // Вестник Иркутского государственного технического университета. – 2014. – № 12 (95). – С. 362–369.

153. Трофимов, Н. А. Комплексное лечение митральной недостаточности неишемической этиологии : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.26 / Трофимов Николай Александрович; Нижегородская гос. мед. акад. – Н. Новгород, 2015. – 154 с.

154. Трофимов, Н. А. Хирургическая коррекция фибрилляции предсердий и легочной гипертензии в лечении пороков митрального клапана : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.26 / Трофимов Николай Александрович; Приволжский иссл. мед. ун-т МЗ РФ. – Н. Новгород, 2020. – 315 с.

155. Трофимов, Н. А. Эффективность процедуры Cox Maze-IV у кардиохирургических пациентов с фибрилляцией предсердий / Н. А. Трофимов, А. П. Медведев, В. Е. Бабокин [и др.] // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 5. – С. 83–89. doi:10.18087/cardio.2020.5.n991.

156. Харламова, Т. М. Особенности тревожно-депрессивного расстройства у кардиологических пациентов / Т. М. Харламова, Е. С. Митрофанова // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия 1.: Психологические и педагогические науки. – 2019. – №. 1. – С. 96–105.

157. Холмогорова, А. Б. Теоретические и эмпирические обоснования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Холмогорова Алла Борисовна; Моск. НИИ психиатрии. – Москва, 2006. – 465 с.

158. Хяникяйнен, И. В. Алгоритм нейропсихологической помощи лицам с ранней стадией хронической ишемии мозга / И. В. Хяникяйнен // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – № 5-6. – С. 28-32.

159. Хяникяйнен, И. В. Исследование внутренней картины болезни и копинг-стратегий у больных шизофренией / И. В. Хяникяйнен, А. М. Коваль // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 7. – С. 18-24.
160. Чапала, Т. В. Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Чапала Татьяна Владимировна; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А. М. Никифорова МЧС России. – Самара, 2012. – 176 с.
161. Чепурных, Е. Е. Врожденные пороки сердца / Е. Е. Чепурных, Е. Г. Григорьев // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – Т. 126, №. 3. – С. 121–127.
162. Чернорай, А. В. Клинико-психологические особенности адаптации при острой форме ишемической болезни сердца : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Чернорай Анна Владимировна; Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена. – СПб., 2014. – 148 с.
163. Чистопольская, К. А. Обновленная версия шкалы MSPSS как инструмент исследования субъективной оценки личностью воспринимаемой социальной поддержки / К. А. Чистопольская, С. Н. Ениколопов, Е. Л. Николаев [и др.] // Высшее образование в условиях глобализации: тренды и перспективы развития: материалы XII Междунар. учеб.-метод. онлайн-конф. (Чебоксары, 29 октября 2020 г.). – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. – С. 323–326.
164. Чугунова, Ю. В. Периоперационные когнитивные и психологические нарушения у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование / Ю. В. Чугунова, Г. А. Чумакова, О. В. Гриценко // CardioСоматика. – 2013. – №. S1. С. 106–107.
165. Чумакова, И. О. Клинико-психологические факторы нарушений психической адаптации пациентов с аритмиями сердца : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Чумакова Ирина Олеговна; Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена. – СПб., 2013. – 176 с.

166. Шувалова, Н. В.. Мероприятия по совершенствованию оказания кардиологической помощи в Чувашской Республике / Н. В. Шувалова, Т. Н. Мизурова, Т. Ю. Винокур [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №. 1. – С. 112–120.

167. Щелкова, О. Ю. Методология разработки системной модели прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях / О. Ю. Щелкова, Д. А. Еремина, М. В. Яковлева [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16.: Психология. Педагогика. – 2018. – Т. 8, № 3. – С. 271–292.

168. Щелкова, О. Ю. Профиль личности и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей / О. Ю. Щелкова, Е. Б. Усманова, А. К. Валиев [и др.] // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 1. – С. 62–75. doi: 10.14529/jpps210107.

169. Щелкова, О. Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Щелкова Ольга Юрьевна; СПбГУ. – СПб., 2009. – 49 с.

170. Юрьева, Т. В. Когнитивно-эмоциональные особенности пациентов с ишемической болезнью сердца / Т. В. Юрьева, Ю. Г. Хватова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014. – Т. 19, вып.1. – С. 118–120.

171. Яковлева, М. В. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования / М. В. Яковлева, Е. И. Лубинская, Е. А. Демченко // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2015. – Т. 8, №. 2. – С. 59–70.

172. Яковлева, М. В. Психологические факторы приверженности лечению больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Яковлева Мария Викторовна; СПбГУ. – СПб., 2016. – 221 с.

173. Ямбатов, А. Г. Тактико-технические особенности хирургического лечения сопутствующей фибрилляции предсердий у больных с пороками митрального клапана : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.26 / Ямбатов Александр Георгиевич; Нижегородская гос. мед. акад. – Н. Новгород, 2014. – 134 с.

174. Ai, A. L. ADL and IADL Following Open-Heart Surgery: The Role of a Character Strength Factor and Preoperative Medical Comorbidities / A. L. Ai, F. D. Fincham, H. Carretta // *Journal of Religion and Health*. – 2021, Jan 7. – [Publisher online]. – URL : <http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-020-01146-w> (дата обращения: 3.02.2021).

175. Ai, A. L. Preoperative optimism related to low anxiety in patients 1 month after open heart surgery / A. L. Ai, C. A. McMullen, S. S. Smyth // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2020. – Vol. 208 (12). – P. 966–973. doi: 10.1097/NMD.0000000000001236.

176. Albanesi, B. Lived experience of patients in ICU after cardiac surgery: A phenomenological study / B. Albanesi, T. Nania, S. Barello [et al.] // *Nursing in Critical Care*. – Epub. ahead of print 2020, Oct 15. – URL : <https://doi.org/10.1111/nicc.12562> (дата обращения: 17.12.2020).

177. Albus, C. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018 : Position paper of the German Cardiac Society / C. Albus, C. Waller, K. Fritzsche [et al.] // *Clinical Research in Cardiology*. – 2019. – Vol. 108 (11). – P. 1175–1196. doi: 10.1007/s00392-019-01488-w.

178. Allabadi, H. Depression and anxiety symptoms in cardiac patients: a cross-sectional hospital-based study in a Palestinian population / H. Allabadi, A. Alkaiyat, A. Alkhayyat [et al.] // *BMC Public Health*. – 2019. – Vo. 19 (1). – Article number : 232. doi: 10.1186/s12889-019-6561-3.

179. Anderson, L. Patient education in the management of coronary heart disease / L. Anderson, J. P. Brown, A. M. Clark [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2017a. – Vol. 6 (6). – Article number: CD008895. doi: 10.1002/14651858.CD008895.pub3.

180. Anderson, L. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation / L. Anderson, G. A. Sharp, R. J. Norton [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2017b. – Vol. 6 (6). – Article number : CD007130. doi: 10.1002/14651858.CD007130.pub4.
181. Andersson, C. Epidemiology of cardiovascular disease in young individuals / C. Andersson, R. S. Vasan // *Nature Reviews Cardiology*. – 2018. – Vol. 15 (4). – P. 230–240. doi: 10.1038/nrcardio.2017.154.
182. Antman, E. M. Precision medicine in cardiology / E. M. Antman, J. Loscalzo // *Nature Reviews Cardiology*. – 2016. – Vol. 13 (10). – P. 591–602. doi: 10.1038/nrcardio.2016.101.
183. Antunes, M. J. How long and what does it take for physical and emotional recovery after heart surgery? / M. J. Antunes // *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. – 2016. – Vol. 152 (6). – P. 1557–1558. doi: 10.1016/j.jtcvs.2016.07.052.
184. Artzi, N. Materializing Personalized Medicine / N. Artzi // *Advanced Materials*. – 2020. – Vol. 32 (13). – Article number : e1908065. doi: 10.1002/adma.201908065
185. Attar, S. G. Working together to deliver stratified medicine research effectively / S. G. Attar, V. J. Poustie, S. W. Smye [et al.] // *British Medical Bulletin*. – 2019. – Vol. 129 (1). – P. 107–116. doi: 10.1093/bmb/ldz003. PMID: 30753334.
186. Auer, C. J. Patients' Expectations Predict Surgery Outcomes: A Meta-Analysis / C. J. Auer, J. A. Glombiewski, B. K. Doering [et al.] // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2016. – Vol. 23 (1). – P. 49–62. doi: 10.1007/s12529-015-9500-4.
187. Auer, C. J. Optimizing preoperative expectations leads to a shorter length of hospital stay in CABG patients: Further results of the randomized controlled PSY-HEART trial / C. J. Auer, J. A. C. Laferton, M. C. Shedden-Mora [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2017. – Vol. 97. – P. 82–89. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.04.008.

188. Batalik, L. Remotely monitored telerehabilitation for cardiac patients: A review of the current situation / L. Batalik, K. Filakova, K. Batalikova, F. Dosbaba // *World Journal of Clinical Cases*. – 2020. – Vol. 8 (10). – P. 1818–1831. doi: 10.12998/wjcc.v8.i10.1818.
189. Beck, A. T. Beck depression inventory (BDI) / A. T. Beck, C. Ward, M. Mendelson [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1961. – Vol. 4 (6). – P. 561–571.
190. Bjørnnes, A. K. The association between hope, marital status, depression and persistent pain in men and women following cardiac surgery / A. K. Bjørnnes, M. Parry, I. Lie [et al.] // *BMC Women's Health*. – 2018. – Vol. 18 (1). – Article number: 2. doi: 10.1186/s12905-017-0501-0.
191. Bojorquez, G. R. Music therapy for surgical patients: Approach for managing pain and anxiety / G. R. Bojorquez, K. E. Jackson, A. K. Andrews // *Critical Care Nursing Quarterly*. – 2020. – Vol. 43 (1). – P. 81–85. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000294.
192. Borregaard, B. What to expect after open heart valve surgery? Changes in health-related quality of life / B. Borregaard, S. S. Pedersen, S. K. Berg [et al.] // *Quality of Life Research*. – 2020. – Vol. 29 (5). – P. 1247–1258. doi: 10.1007/s11136-019-02400-9.
193. Bostrom, J. Mobile health and cardiac rehabilitation in older adults / J. Bostrom, G. Sweeney, J. Whiteson, J. A. Dodson // *Clinical Cardiology*. – 2020. – Vol. 43 (2). – P. 118–126. doi: 10.1002/clc.23306.
194. Botzet, K. Anxiety and depression in patients undergoing mitral valve surgery: A prospective clinical study / K. Botzet, H. Dalyanoglu, R. Schäfer [et al.] // *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. – 2018. – Vol. 66 (7). – P. 530–536. doi: 10.1055/s-0037-1604461.
195. Brouwers, C. Psychological distress in patients with a left ventricular assist device and their partners: an exploratory study / C. Brouwers, J. Denollet, K. Caliskan [et al.] // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2015. – Vol. 14 (1). – P. 53–62. doi: 10.1177/1474515113517607.

196. Carey, M. G. Patients' perception of stressful events in the intensive care unit after cardiac surgery / M. G. Carey, B. W. Qualls, C. Burgoyne // *American Journal of Critical Care*. – 2019. – Vol. 28 (2). – P. 149–151. doi: 10.4037/ajcc2019254.
197. Chang, Z. Nurse led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease / Z. Chang, A. Q. Guo, A. X. Zhou [et al.] // *Australian Journal of Rural Health*. – 2020. – Vol. 28 (2). – P. 124–131.
198. Chauvet-Gelinier, J. C. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation / J. C. Chauvet-Gelinier, B. Bonin // *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. – 2017. – Vol. 60 (1). – P. 6–12. doi: 10.1016/j.rehab.2016.09.002.
199. Chivukula, U. Enhancing hospital well-being and minimizing intensive care unit trauma: cushioning effects of psychosocial care / U. Chivukula, M. Hariharan, S. Rana [et al.] // *Indian Journal of Critical Care Medicine*. – 2017. – Vol. 21 (10). – P. 640–645. doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_468_14.
200. Colucci, G. Thrombophilia screening revisited: an issue of personalized medicine / G. Colucci, D. A. Tsakiris // *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*. – 2020. – Vol. 49 (4). – P. 618–629. doi: 10.1007/s11239-020-02090-y.
201. Contrada, R. J. Psychosocial factors in heart surgery: presurgical vulnerability and postsurgical recovery / R. J. Contrada, D. A. Boulifard, E. B. Hekler [et al.] // *Health Psychology*. – 2008. – Vol. 27 (3). – P. 309–319. doi: 10.1037/0278-6133.27.3.309.
202. Correa-Rodríguez, M. Prevalence of depression in coronary artery bypass surgery: A systematic review and meta-analysis / M. Correa-Rodríguez, M. Abu Ejheisheh, N. Suleiman-Martos [et al.] // *Journal of Clinical Medicine*. – 2020. – Vol. 9 (4). – Article number : 909. doi: 10.3390/jcm9040909.
203. Council of the European Union [Corporate author(s)]. Council conclusions on personalized medicine for patients 2015/C421/03 // *Official Journal*

of the European Union. – 2015. – Vol. 58. (17.12.2015). – P. 2. – URL : <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=OJ%3AC%3A2015%3A421%3AFULL>

204. Currie, G. Precision medicine and personalized medicine in cardiovascular disease / G. Currie, C. Delles // *Sex-Specific Analysis of Cardiovascular Function* / ed. by P. Kerkhof, V. Miller. – Cham, Switzerland : Springer, 2018. – P. 589–605. – (Advances in Experimental Medicine and Biology book series, vol. 1065). doi: 10.1007/978-3-319-77932-4_36.

205. Das Nair, R. Home-based pre-surgical psychological intervention for knee osteoarthritis (HAPPiKNEES): Feasibility randomized controlled trial / R. das Nair, J. R. Mhizha-Murira, P. Anderson [et al.] // *Clinical Rehabilitation*. – 2018. – Vol. 32 (6). – P. 777–789. doi: 10.1177/0269215518755426.

206. Di Paolo, A. Personalized medicine in Europe: not yet personal enough? / A. di Paolo, F. Sarkozy, B. Ryll, U. Siebert // *BMC Health Services Research*. – 2017. – Vol. 17 (1). – P. 289. doi: 10.1186/s12913-017-2205-4.

207. Dolan, J. G. Harnessing expert judgment to support clinical decisions when the evidence base is weak / J. G. Dolan, P. J. Veazie // *Medical Decision Making*. – 2019. – Vol. 39 (1). – P. 74–79. doi: 10.1177/0272989X18810178.

208. Dorje, T. SMARTphone and social media-based Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention (SMART-CR/SP) for patients with coronary heart disease in China: a randomised controlled trial protocol / T. Dorje, G. Zhao, A. Scheer [et al.] // *BMJ Open*. – 2018. – Vol. 8 (6). – Article number : e021908. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021908.

209. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137 (5). – P. 535–544.

210. Englesbe, M. J. The Michigan Surgical Home and Optimization Program is a scalable model to improve care and reduce costs / M. J. Englesbe, D. R. Grenda, J. A. Sullivan [et al.] // *Surgery*. – 2017. – Vol. 161 (6). – P. 1659–1666. doi: 10.1016/j.surg.2016.12.021.

211. Fu, V. X. The effect of perioperative music on the stress response to surgery: A meta-analysis / V. X. Fu, P. Oomens, D. Sneiders [et al.] // *Journal of Surgical Research*. – 2019. – Vol. 244. – P. 444–455. doi: 10.1016/j.jss.2019.06.052.
212. Fuchs-Strizek, R. Psychokardiologie in der stationären Rehabilitation [Psychocardiology in inpatient rehabilitation] / R. Fuchs-Strizek, T. Berger // *Wiener Medizinische Wochenschrift*. – 2018. – Ausg. 168 (1-2). – S. 31–38. [German.]. doi: 10.1007/s10354-017-0606-y.
213. Goetz, L. H. Personalized medicine: motivation, challenges, and progress / L. H. Goetz, N. J. Schork // *Fertility and Sterility*. – 2018. – Vol. 109 (6). – P. 952–963. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.05.006.
214. Guo, X. Trends in rate of acute myocardial infarction among patients aged <30 years / X. Guo, Z. Li, E. Vittinghoff [et al.] // *Nature Reviews Cardiology*. – 2018. – Vol. 15 (2). – Article number : 119. doi: 10.1038/nrcardio.2017.191.
215. Hamieh, N. Hostility, depression and incident cardiac events in the GAZEL cohort / N. Hamieh, P. Meneton, M. Zins [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 266. – P. 381–386. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.164.
216. Häuser, W. Vermehrte Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliarleistungen einer kardiologisch/pulmologischen Klinik durch psychometrisches Screening [Increased demand for psychosomatic consultation service (C-service) in a department of cardiology/pneumology due to psychometric screening] / W. Häuser, S. Wambach, P. Schiedermaier [und andere] // *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. – 2001. – Ausg. 51 (6). – S. 261–263. [German.]. doi: 10.1055/s-2001-14303.
217. Howard, R. Taking control of your surgery: Impact of a prehabilitation program on major abdominal surgery / R. Howard, Y. S. Yin, L. McCandless [et al.] // *Journal of The American College of Surgeons*. – 2019. – Vol. 228 (1). – P. 72–80. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2018.09.018.

218. Hoyer, J. Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery / J. Hoyer, G. H. Eifert, F. Einsle [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2008. – Vol. 64 (3). – P. 291–297. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.09.009.
219. Jain, K. K. Personalized management of cardiovascular disorders / K. K. Jain // *Medical Principles and Practice*. – 2017. – Vol. 26 (5). – P. 399–414. doi: 10.1159/000481403.
220. Kakar, E. Music intervention to relieve anxiety and pain in adults undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis / E. Kakar, R. J. Billar, J. van Rosmalen [et al.] // *Open Heart*. – 2021. – Vol. 8 (1). – Article number : e001474. doi: 10.1136/openhrt-2020-001474.
221. Karlsson, H. E. Concepts and methodology of psychosomatic research: facing the complexity / H. E. Karlsson // *Annals of Medicine*. – 2000. – Vol. 32 (5). – P. 336–340. doi: 10.3109/07853890008995936.
222. Kearns, N. T. Increased spiritual well-being following cardiovascular surgery influences one-year perceived posttraumatic growth / N. T. Kearns, J. Becker, K. McMinn [et al.] // *Psychology of Religion and Spirituality*. – 2020. – Vol. 12 (3). – P. 288–293.
223. Klainin-Yobas, P. Efficacy of psychosocial interventions on psychological outcomes among people with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis / P. Klainin-Yobas, S. H. Ng, P. D. M. Stephen, Y. Lau // *Patient Education and Counseling*. – 2016. – Vol. 99 (4). – P. 512–521. doi: 10.1016/j.pec.2015.10.020.
224. Kottmaier, M. Quality of life and anxiety in younger patients after biological versus mechanical aortic valve replacement / M. Kottmaier, I. Hettich, M. A. Deutsch [et al.] // *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. – 2017. – Vol. 65 (3). – P. 198–205. doi: 10.1055/s-0036-1584907.
225. Krampe, H. Social relationship factors, preoperative depression, and hospital length of stay in surgical patients / H. Krampe, A. Barth-Zoubairi, T. Schnell [et al.] // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2018. – Vol. 25 (6). – P. 658–668. doi: 10.1007/s12529-018-9738-8.

226. Laferton, J. A. Optimizing preoperative expectations in cardiac surgery patients is moderated by level of disability: the successful development of a brief psychological intervention / J. A. Laferton, C. J. Auer, M. C. Shedden-Mora [et al.] // *Psychology Health and Medicine*. – 2016. – Vol. 21 (3). – P. 272–285. doi: 10.1080/13548506.2015.1051063.

227. Lai, V. K. W. Effect of preoperative education and ICU tour on patient and family satisfaction and anxiety in the intensive care unit after elective cardiac surgery: a randomised controlled trial / V. K. W. Lai, K. M. Ho, W. T. Wong [et al.] // *BMJ Quality & Safety*. – 2021. – Vol. 30 (3). – P. 228–235. doi: 10.1136/bmjqs-2019-010667.

228. Lopez, A. M. The presurgical interview, a benefit for the patient / A. M. Lopez // *Revista Española de Comunicación en Salud*. – 2020. – Vol. 11 (1). – P. 86–91. doi: 10.20318/recs.2020.4803

229. Luque, B. The role of emotional regulation and affective balance on health perception in cardiovascular disease patients according to sex differences / B. Luque, R. Castillo-Mayén, E. Cuadrado [et al.] // *Journal of Clinical Medicine*. – 2020. – Vol. 9 (10). – Article number : 3165. doi: 10.3390/jcm9103165.

230. Maddi, S. R. *The Hardy Executive : Health Under Stress* / S. R. Maddi, S. C. Kobasa. – Homewood, Ill. : Dow Jones-Irwin, 1984. – 131 p.

231. Magán, I. Efficacy of psychological interventions on psychological outcomes in coronary artery disease: systematic review and meta-analysis / I. Magán, L. Casado, R. Jurado-Barba [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2021. – Vol. 51 (11). – P. 1846–1860. doi: 10.1017/S0033291720000598.

232. Matsuishi, Y. Type D personality is a predictor of prolonged acute brain dysfunction (delirium/coma) after cardiovascular surgery / Y. Matsuishi, N. Shimojo, T. Unoki [et al.] // *BMC Psychology*. – 2019. – Vol. 7 (1). – Article number : 27. doi: 10.1186/s40359-019-0303-2.

233. Mavrogiorgou, A. Adjustable data cleaning towards extracting statistical information / A. Mavrogiorgou, A. Kiourtis, G. Manias, D. Kyriazis //

Studies in Health Technology and Informatics. – 2021. – Vol. 281. – P. 1013–1014. doi: 10.3233/SHTI210332.

234. Mavros, M. N. Do psychological variables affect early surgical recovery? / M. N. Mavros, S. Athanasiou, I. D. Gkegkes [et al.] // PLoS One. – 2011. – Vol. 6 (5). – Article number : e20306. doi: 10.1371/journal.pone.0020306.

235. McDonald, S. Preoperative education for hip or knee replacement / S. McDonald, M. J. Page, K. Beringer [et al.] // Cochrane Database Systematic Reviews. – 2014. – Vol. 2014 (5). – Article number : CD003526. doi: 10.1002/14651858.CD003526.pub3.

236. Modica, M. Psychological profile in coronary artery by-pass graft patients vs. valve replacement patients entering cardiac rehabilitation after surgery / M. Modica, P. Castiglioni, A. Minotti [et al.] // Scientific Reports. – 2018. – Vol. 8 (1). – Article number : 14381. doi: 10.1038/s41598-018-32696-5.

237. Okam, N. A. Psychological spectrum experienced by heart failure patients after left ventricular assist device implantation / N. A. Okam, W. Ahmad, D. Rana [et al.] // Cureus. – 2020. – Vol. 12 (8). – Article number : e9671. doi: 10.7759/cureus.9671.

238. Oldham, M. A. Cognitive outcomes after heart valve surgery: A systematic review and meta-analysis / M. A. Oldham, J. Vachon, D. Yuh, H. B. Lee // Journal of the American Geriatrics Society. – 2018. – Vol. 66 (12). – P. 2327–2334. doi: 10.1111/jgs.15601.

239. Petersen, J. Physical and mental recovery after conventional aortic valve surgery / J. Petersen, E. Vettorazzi, L. Winter [et al.] // Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. – 2016. – Vol. 152 (6). – P. 1549–1556. doi: 10.1016/j.jtcvs.2016.07.072.

240. Pot, M. Personalized medicine in Austria: expectations and limitations / M. Pot, M. Brehme, A. El-Heliebi [et al.] // Personalized Medicine. – 2020. – Vol. 17 (6). – P. 423–428. doi: 10.2217/pme-2020-0061.

241. Pruteanu, L. M. Predictors of postsurgical stress among cardiac patients / L. M. Pruteanu // *Revista medico-chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași*. – 2014. – Vol. 118 (2). – P. 508–513. PMID: 25076723.

242. Rabanal Llevot, J. M. Predictive medicine, machine learning, and anesthesia / J. M. Rabanal Llevot // *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*. – 2020. – Vol. 67 (10). – P. 535–537. doi: 10.1016/j.redar.2020.03.001.

243. Richard, H. M. Preoperative mental health status is a significant predictor of postoperative outcomes in adolescents treated with hip preservation surgery / H. M. Richard, S. P. Cerza, A. De La Rocha, D. A. Podeszwa // *Journal of Children's Orthopaedics*. – 2020. – Vol. 14 (4). – P. 259–265. doi: 10.1302/1863-2548.14.200013.

244. Rief, W. Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: results of the randomized controlled PSY-HEART trial / W. Rief, M. C. Shedden-Mora, J. A. Laferton [et al.] // *BMC Medicine*. – 2017. – Vol. 15 (1). – Article number : 4. doi: 10.1186/s12916-016-0767-3.

245. Rosson, S. Longitudinal course of depressive, anxiety and post-traumatic stress disorder symptoms after heart surgery: a meta-analysis of 94 studies / S. Rosson, F. Monaco, A. Miola [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2021. – Vol. 83 (1). – P. 85–93. doi: 10.1097/PSY.0000000000000872.

246. Salzmann, S. Effects of preoperative psychological interventions on catecholamine and cortisol levels after surgery in coronary artery bypass graft patients: The randomized controlled PSY-HEART trial / S. Salzmann, F. Euteneuer, J. A. C. Laferton [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2017. – Vol. 79 (7). – P. 806–814. doi: 10.1097/PSY.0000000000000483. PMID: 28846584.

247. Salzmann, S. Psychological preparation for cardiac surgery / S. Salzmann, M. Salzmann-Djufri, M. Wilhelm, F. Euteneuer // *Current Cardiology Reports*. – 2020. – Vol. 22 (12). – Article number : 172. doi: 10.1007/s11886-020-01424-9.

248. Savio, M. T. Impact of psychosocial intervention on prognosis of cardiac surgery patients / M. T. Savio, M. Hariharan // *Health Psychology Research*. – 2020. – Vol. 8 (3). – Article number : 8887. doi: 10.4081/hpr.2020.8887.
249. Schork, N. J. Artificial intelligence and personalized medicine / N. J. Schork // *Cancer Treatment and Research*. – 2019. – Vol. 178. – P. 265–283. doi: 10.1007/978-3-030-16391-4_11.
250. Sedaghat, S. Stressors in open-heart surgery patients: A qualitative study / S. Sedaghat, S. Rostami, A. Ebadi, M. Fereidooni-Moghadam // *ARYA Atherosclerosis*. – 2019. – Vol. 15 (4). – P. 192–200. doi: 10.22122/arya.v15i4.1840.
251. Shen, M. Using positive psychology to optimize patient-centered surgical care / M. Shen, J. V. Vu, M. J. Englesbe // *Annals of Surgery*. – 2020. – Vol. 271 (6). – P. 1018–1019. doi: 10.1097/SLA.0000000000003765.
252. Sibilitz, K. L. Cardiac rehabilitation increases physical capacity but not mental health after heart valve surgery: a randomised clinical trial / K. L. Sibilitz, S. K. Berg, T. B. Rasmussen [et al.] // *Heart*. – 2016. – Vol. 102 (24). – P. 1995–2003. doi: 10.1136/heartjnl-2016-309414.
253. Sigman, M. Introduction: Personalized medicine: what is it and what are the challenges? / M. Sigman // *Fertility and Sterility*. – 2018. – Vol. 109 (6). – P. 944–945. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.04.027.
254. Sorel, J. C. The influence of perioperative interventions targeting psychological distress on clinical outcome after total knee arthroplasty / J. C. Sorel, G. M. Overvliet, M. G. J. Gademan [et al.] // *Rheumatology International*. – 2020. – Vol. 40 (12). – P. 1961–1986. doi: 10.1007/s00296-020-04644-y.
255. Tamuleviciute-Prasciene, E. Frailty and exercise training: how to provide best care after cardiac surgery or intervention for elder patients with valvular heart disease / E. Tamuleviciute-Prasciene, K. Drulyte, G. Jurenaite [et al.] // *BioMed Research International*. – 2018. – Vol 2018. – Article ID 9849475. – URL : <https://doi.org/10.1155/2018/9849475> (дата обращения: 17.11.2020).

256. Thomas, R. J. Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement From the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology / R. J. Thomas, A. L. Beatty, T. M. Beckie [et al.] // *Circulation*. – 2019. – Vol. 140 (1). – P. e69-e89. doi: 10.1161/CIR.0000000000000663.

257. Townsend, N. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016 / N. Townsend, L. Wilson, P. Bhatnagar [et al.] // *European Heart Journal*. – 2016. – Vol. 37 (42). – P. 3232–3245. doi: 10.1093/eurheartj/ehw334

258. Tsimopoulou, I. Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review / I. Tsimopoulou, S. Pasquali, R. Howard [et al.] // *Annals of Surgical Oncology*. – 2015. – Vol. 22 (13). – P. 4117–4123.

259. Tucci, M. R. Mechanical ventilation during thoracic surgery: towards individualized medicine / M. R. Tucci, S. M. Pereira, E. L. V. Costa, J. E. Vieira // *Annals of Translational Medicine*. – 2020. – Vol. 8 (14). – Article number : 842. doi: 10.21037/atm-20-2005.

260. Van den Broeck, J. Data cleaning: detecting, diagnosing, and editing data abnormalities / J. van den Broeck, S. A. Cunningham, R. Eeckels, K. Herbst // *PLoS Medicine*. – 2005. – Vol. 2 (10). – Article number : e267. doi: 10.1371/journal.pmed.0020267.

261. Velez, D. Personalized medicine for the infertile male / D. Velez, K. Hwang // *Urologic Clinics of North America*. – 2020. – Vol. 47 (4). – P. 523–536. doi: 10.1016/j.ucl.2020.07.003.

262. Villa, G. Effects of psychological interventions on anxiety and pain in patients undergoing major elective abdominal surgery: a systematic review / G. Villa, I. Lanini, T. Amass [et al.] // *Perioperative Medicine*. – 2020. – Vol. 9 (1). – Article number : 38. doi: 10.1186/s13741-020-00169-x.

263. Waldenburger, N. Depression, anxiety, fear of progression, and emotional arousal in couples after left ventricular assist device implantation / N. Waldenburger, M. Steinecke, L. Peters [et al.] // *ESC Heart Failure Journal*. – 2020. – Vol. 7 (5). – P. 3022–3028. doi: 10.1002/ehf2.12927.

264. Yost, G. Reduced anxiety and depression in patients with advanced heart failure after left ventricular assist device implantation / G. Yost, G. Bhat, E. Mahoney, A. Tatroles // *Psychosomatics*. – 2017. – Vol. 58 (4). – P. 406–414. doi: 10.1016/j.psych.2017.02.001.

265. Zimbardo, P. G. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric / P. G. Zimbardo, J. N. Boyd // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1999. – Vol. 77 (6). – P. 1271–1288.

266. Zimet, G. D. The multidimensional scale of perceived social support / G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet, G. K. Farley // *Journal of Personality Assessment*. – 1988. – Vol. 52 (1). – P. 30–41.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКШ – аорто-коронарное шунтирование.

ИБС – ишемическая болезнь сердца.

КХ — кардиохирургический.

МКБ-10 — международная классификация болезней 10 пересмотра.

РКД — Республиканский кардиологический диспансер Минздрава Чувашии.

ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

ХСН – хроническая сердечная недостаточность .

BDI — Beck Depression Inventory, Опросник депрессивности Бека.

MSPSS — Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Многомерная шкала восприятия социальной поддержки.

NYHA – классификация по функциональному классу Нью-Йоркской кардиологической ассоциации.

ZTPI — Zimbardo Time Perspective Inventory, Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо.