

На правах рукописи

**Николаева**  
**Ольга Владимировна**

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

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат  
диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент Караваева Татьяна Артуровна

Официальные оппоненты:

Хяникяйнен Игорь Викторович - доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, психиатрии и микробиологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Петрозаводский государственный университет»

Городнова Марина Юрьевна - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 31 марта 2022г. в 12.00 на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и на сайте: <http://www.bekhterev.ru>

Автореферат разослан 28 февраля 2022г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**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 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 V., 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 (Караваева 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; Николаев Е.Л., 2006; Холмогорова А.Б., 2006; Караваева Т.А., 2010; Хяникяйнен И.В., 2017; 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 международной базы 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 источников, 173 из которых опубликованы на русском языке, 93 – на английском.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Республиканского кардиологического диспансера Минздрава Чувашии (РКД) в четыре этапа. На первом этапе разрабатывалась методология и дизайн исследования. На втором этапе предварительную амбулаторную клинико-психологическую оценку прошли 181 больной ССЗ, 178 из которых поступили в течение 2017 года в стационар для оперативного лечения. В соответствии с критериями включения и невключения отобраны 159 КХ больных, распределенных на три клинические группы. На третьем этапе число обследованных уточнено до 152 чел., после чего проведена разработка и реализация программ медико-психологического сопровождения. На четвертом этапе исследования, через 12 месяцев, проведена динамическая оценка результатов реализации программы медико-психологического сопровождения, для чего в лонгитудинальном клинико-психологическом исследовании участвовали 128 КХ больных (рисунок 1).

*Критерии включения* больных в исследование: клинически подтвержденный диагноз ССЗ, требующий планового оперативного вмешательства на сердце; 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. *Критерии невключения*: 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. *Критерии исключения*: отзыв пациентом информированного согласия; отсутствие возможности соблюдать программу исследования; развитие или декомпенсация тяжелых соматических или психических нарушений.

В выборку 152 обследованных вошли пациенты в возрасте от 28 до 78 лет. Средний возраст составил  $59,95 \pm 9,66$  года, большинство были мужчинами (61,18%). Средний возраст мужчин ( $59,83 \pm 9,24$  года) и женщин ( $60,14 \pm 10,38$  года) статистически не различались ( $p > 0,05$ ). Средняя продолжительность заболевания пациентов составила  $10,58 \pm 9,93$  года.



Рисунок 1. Дизайн исследования

Первая клиническая группа (69 чел.) 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).

**Клинический метод** предполагал интеграцию информации о пациенте, полученную на основе беседы, опроса, наблюдения, анализа медицинских документов при помощи клинико-анамнестического, клинико-психопатологического и клинико-патогенетического подходов (Кутько И.И. с соавт., 2013).

**Клинико-психологический метод** использовался для получения 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 использовался *Опросник депрессивности Бека* (Beck Depression Inventory, BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной (2001).

**Экспериментально-психологический метод** нацелен на конкретизацию особенностей клинико-психологических характеристик исследуемых пациентов (Щелкова О.Ю., 2009) с помощью модифицированного варианта *Методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн* (Рубинштейн С.Я., 2010), *Опросника временной перспективы Ф. Зимбардо* (Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI) в адаптации А. Сырцовой с соавт. (2007), *Проективного теста враждебности* Н.Г. Гаранян с соавт. (2003), *Теста жизнестойкости* в адаптации Е.Н. Осина (2013), русскоязычной версии (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994) *Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки* (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS).

**Метод экспертных оценок** представляет 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 – для оценки выраженности у КХ больных клинико-психологических показателей факторов риска тяжести заболевания и выраженности психологических ресурсов, а также для оценки динамики клинико-психологического состояния по итогам медико-психологического сопровождения.

**Статистический метод.** Количественные данные представлены 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 представлены в виде числа случаев с оценкой достоверности различий между группами с помощью критерия  $\chi^2$  и  $\phi$ -критерия (углового преобразования) Фишера. Относительные данные представлены в виде пропорций, оценка различий которых проводилась по  $z$ -критерию при числе двух групп сравнения, по критерию  $\chi^2$  при числе трех групп сравнения. При оценке различий средних значений трех групп применяется однофакторный дисперсионный анализ с нахождением  $F$ -критерия. Для исследования взаимосвязей количественных переменных находится линейный коэффициент корреляции  $r$  Пирсона. Для установления степени согласованности экспертных мнений рассчитывается коэффициент конкордации Кендалла  $W$ . Вероятность ошибки во всех расчетах считается допустимой при уровне достоверности  $p < 0,05$ . Статистический анализ выполнен в среде Excel 97.0 и с использованием пакетов программного обеспечения Statistica 10.

В стационаре больные проходили лечение и наблюдались врачом – сердечно-сосудистым хирургом, врачом-кардиологом, врачом-психотерапевтом и медицинским психологом. В ходе сопровождения пациенты дважды проходили психологическое исследование – на этапе поступления и на завершающем этапе амбулаторной реабилитации. 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 получали соответствующее лечение. Выписанные из стационара пациенты находились на медицинском наблюдении по месту жительства врача-кардиолога, врача-терапевта, врача общей (семейной) практики, врача-невролога, врача-психотерапевта, а также медицинского психолога. Пациенты получали психологическую и психотерапевтическую помощь амбулаторно. Через двенадцать месяцев после операции, по итогам завершения прохождения персонализированной программы медико-психологического сопровождения, КХ больные проходили повторное обследование, в ходе которого оценивалась динамика их клинико-психологического состояния.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При поступлении в стационар 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%).

По данным клинико-психопатологического анализа установлено, что у 65,79% КХ больных определялись признаки нерезкой выраженности депрессивного синдрома, на втором месте по частоте (47,39%) находились умеренные когнитивные нарушения, более трети всех больных (38,16%) имели клинические признаки астено-невротического синдрома, у четверти больных (26,97%) был выявлен тревожный синдром (таблица 1).

Таблица 1 – Структура донозологических психопатологических нарушений у КХ больных (случаи, %)

Психопатологические нарушения	Все больные (n=152)	Группа 1 (n=69)	Группа 2 (n=44)	Группа 3 (n=39)	Достоверность различий	
					$\chi^2$	p
Депрессивный синдром	100 (65,79)	43 (62,32)	38 (86,36)	19 (48,72)	13,694	0,0011
Когнитивные нарушения	72 (47,39)	39 (56,52)	16 (63,67)	5 (12,82)	25,661	0,0001
Астено-невротический синдром	58 (38,16)	21 (30,43)	23 (52,27)	14 (35,90)	5,543	0,0626
Тревожный синдром	41 (26,97)	19 (27,53)	15 (34,09)	7 (17,95)	2,755	0,2522

Клинические группы, по BDI, в целом, не различались по уровню депрессивных проявлений ( $p > 0,05$ ), но при попарном межгрупповом сравнении установлено, что во второй группе 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.

Максимальные различия в группах КХ больных выявлены по показателям самооценки (рисунок 2) здоровья, самочувствия, счастья, везения и настроения ( $p = 0,0001$ ). Средний показатель враждебности ни в одной группе не превысил нормативных значений. Наоборот, уровень враждебности больных второй группы оказался достоверно ниже нормативных значений ( $p < 0,05$ ).

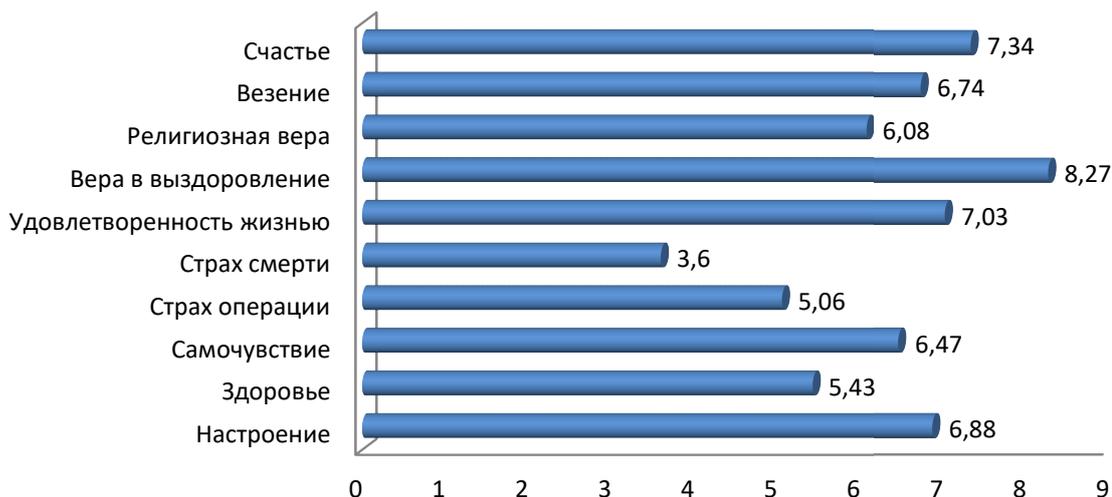


Рисунок 2. Обобщенный уровень самооценки у КХ больных

Межгрупповое сравнение показателей временной перспективы по ЗТРП позволило установить, что для первой группы характерны более высокие значения по шкале «фаталистического настоящего» в сравнении с уровнем второй группы ( $t_{1-2}= 2,0524$ ;  $p_{1-2}=0,0212$ ), для больных второй группы свойствен более низкий уровень показателей по шкале «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 шкалы «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 показателей по шкале «ориентира на будущее» ( $t_{1-2}= 2,2563$ ,  $p_{1-2}=0,0130$ ;  $t_{2-3}=2,3424$ ,  $p_{2-3}=0,0108$ ;  $t_{1-3}=3,8008$ ,  $p_{1-3}=0,0001$ ).

Сравнение уровней по шкалам Теста жизнестойкости с нормой 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, нормативных значений. Межгрупповое сравнение 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 ( $F=7,961$ ;  $p=0,0001$ ).

При сравнении с нормой у КХ больных определено наличие достоверно более высокого уровня воспринимаемой социальной поддержки со стороны семьи по MSPSS больными всех трех клинических групп ( $p<0,05$  или  $p<0,001$ ). Парное межгрупповое сравнение КХ больных позволило выявить наличие достоверных различий только по одному показателю – социальной поддержки семьи. Его 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.

Клинико-психологический анализ показал, что обобщенный психологический статус КХ пациентов 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. С помощью метода экспертных оценок в клинических группах КХ больных проведено ранжирование выраженности клинико-психологических факторов риска тяжести заболевания и суммарного психологического ресурсного потенциала. Также выделены психологические факторы избыточности, получившие наиболее значительную выраженность у исследованных больных, и психологические факторы недостаточности, отражавшие неполную представленность определенных свойств и качеств, что в совокупности снижает адаптационные возможности пациента в состоянии болезни. 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 исследуемых групп.

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 особенностей, клинико-психологических факторов риска тяжести состояния и его психологических ресурсов. При этом, все психологические вмешательства носили личностно-ориентированный характер и соответствовали клинической специфике актуального соматического и психического состояния КХ больного.

К основополагающим принципам персонализированного подхода при сопровождении КХ больных на всех этапах оказания помощи отнесены принципы: доступности, открытости, преемственности, комплексности, интегративности, дифференцированности, вариативности, партисипативности, осознанности, превентивности.

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 (таблица 2).

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 дифференцировать психотерапевтические мишени для КХ больных отдельно для пациентов каждой из трех групп (таблица 3).

Таблица 2 – 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

С целью систематизации процесса подготовки персонализированной программы и подбора индивидуализированного маршрута сопровождения в данном исследовании реализован специально разработанный клинко-организационный алгоритм поэтапного медико-психологического сопровождения КХ больного.

Многоэтапный и персонализированный характер помощи КХ больным также обусловил обращение к потенциалу регионального межведомственного междисциплинарного взаимодействия организаций, их структурных подразделений и отдельных специалистов.

Таблица 3 – 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

На рисунке 3 представлена модель такого взаимодействия, сложившийся на протяжении последних лет в Чувашии, которая помогает повысить эффективность медико-психологической помощи больным КХ профиля.

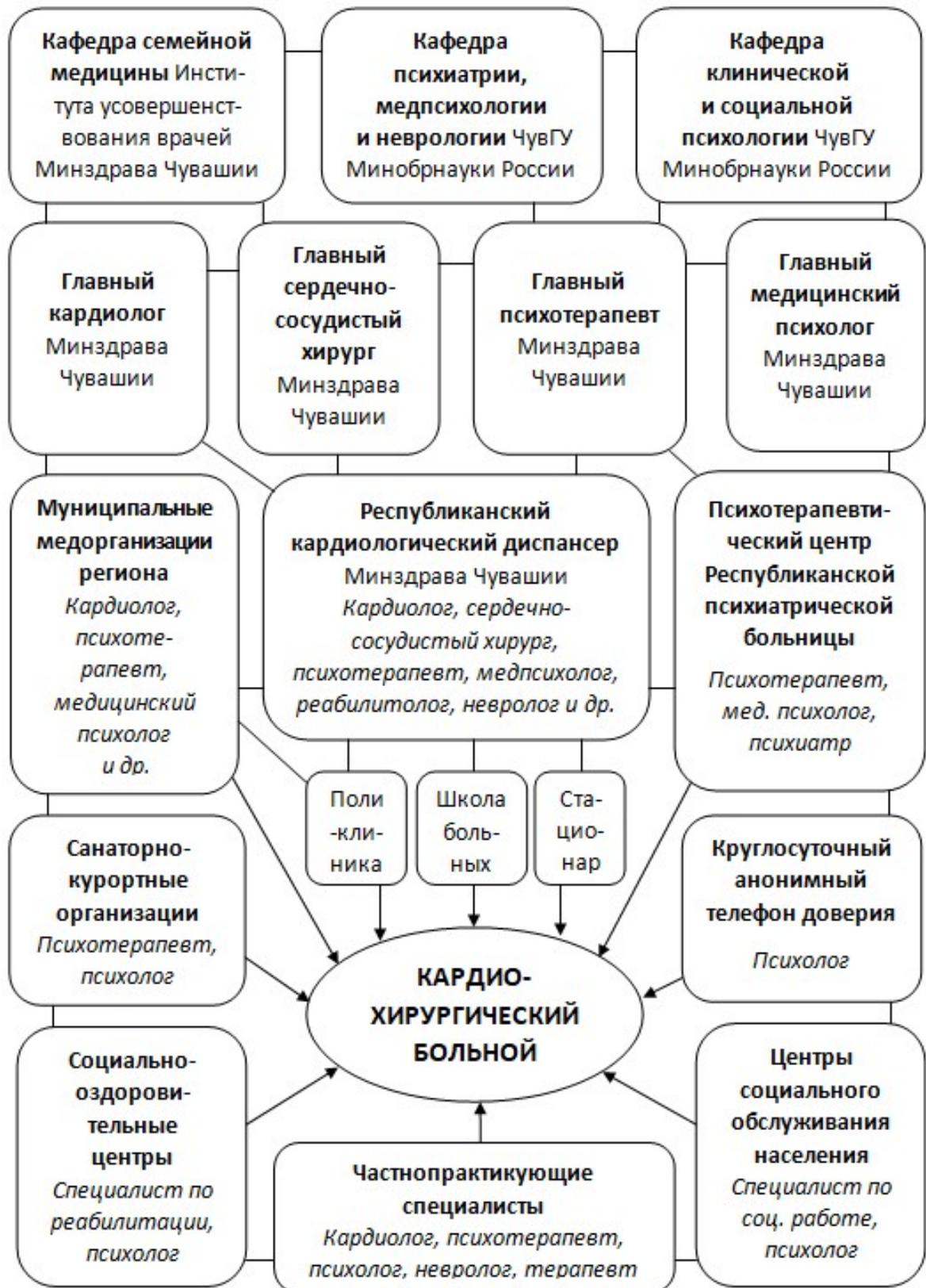


Рисунок 3. Модель межведомственного междисциплинарного взаимодействия при медико-психологическом сопровождении КХ больных

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 ходе завершения амбулаторного реабилитационного этапа медико-психологического сопровождения КХ больного, через 12 месяцев после проведения оперативного вмешательства на сердце, в условиях РКД проводилась повторная клинико-психологическая оценка состояния пациентов-участников персонализированной программы сопровождения (рисунок 4). 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. У 13 КХ больных (10,16%) через год наблюдалась клиническая стабилизация соматического и психического состояния. У четырех больных (3,12%) были установлены признаки ухудшения клинического состояния.

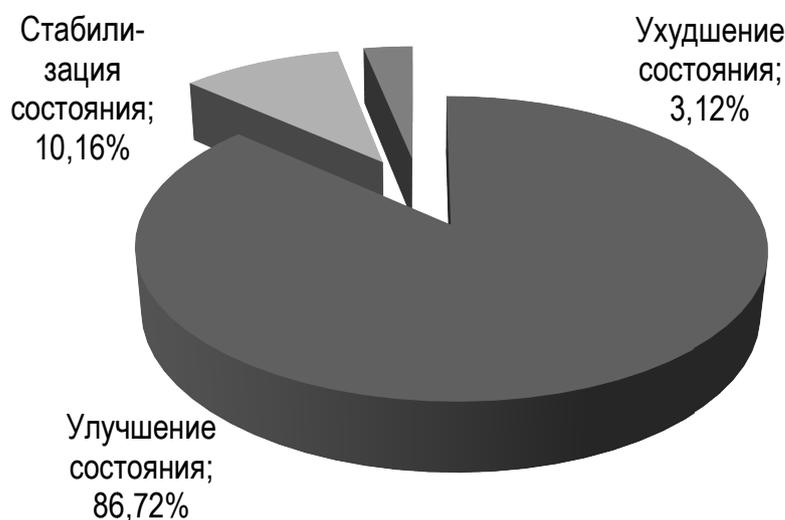


Рисунок 4. Обобщенная оценка клинико-психологического состояния КХ больных по данным лонгитудинального исследования (%)

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 снизилось ощущение счастья ( $p < 0,001$ ) и веры в выздоровление ( $p < 0,001$ ), что связано с их нереалистично более высокими дооперационными ожиданиями. Наиболее высокие ( $p < 0,05$ ) показатели оценки самочувствия, удовлетворенности жизнью и веры в выздоровление имели КХ больные после малоинвазивных операций на сердце, что определялось их первоначально менее тяжелым клиническим состоянием.

Показатели выраженности 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 несколько превышал нормативные значения ( $p < 0,05$ ), что можно объяснить его первоначально более высоким уровнем и более медленной положительной динамикой.

Показатели Теста жизнестойкости у КХ больных, в целом, остались без значимых изменений ( $p > 0,05$ ) за исключением группы больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце, у которых значительно возросли показатели по шкалам контроля ( $p < 0,05$ ), принятия 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 оставался ниже нормативного уровня ( $p < 0,05$ ).

## 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 аортокоронарным 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, внутрличностных 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 РАБОТ,  
ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

*Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ*

1. Николаева, О.В. Психоэмоциональный статус больных сердечно-сосудистой патологией при стационарном лечении / О.В. Николаева // Акмеология. – 2007. – Т. 3, № 3. – С. 89-92.
2. Николаева, О.В. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре / О.В. Николаева, И.Н. Бабурин, Е.Л. Николаев, Е.А. Дубравина // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30(35). – С. 86-90.
3. Николаева, О.В. Ресурсный потенциал личности у пациентов кардиохирургического профиля: характеристики жизнестойкости и социальной поддержки / О.В. Николаева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2021. – Т. 9, №2 (33). – С. 175-182.
4. Николаева, О.В. Психотерапевтические мишени и персонализированная программа медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных / О.В. Николаева, Т.А. Караваева // Вестник психотерапии. – 2021. – №79 (84). – С. 121-133.

*Публикации в изданиях, входящих в международную базу Web of Science*

5. Nikolaeva, O. Specifics of emotional regulation and cognitive processing in acute myocardial infarction / O. Nikolaeva, E. Nikolaev, A. Bogdanov, A. Zakharova, N. Maksimova // European Psychiatry. – 2020. – № 63(S1). – S304.
6. Nikolaeva, O. Are there any differences in emotional control in cardiovascular patients? / O. Nikolaeva, E. Nikolaev, A. Bogdanov, E. Lazareva, G. Dulina // European Psychiatry. – 2020. – № 63(S1). – S357.
7. Nikolaeva, O. Hostility in coronary heart disease: relations to myocardial contractility and coronary artery patency / O. Nikolaeva, E. Nikolaev, A. Bogdanov, D. Hartfelder, E. Litvinova // European Psychiatry. – 2020. – № 63(S1). – S494.
8. Nikolaeva, O. Frequency and correlates of suicidal ideation in preoperative cardiac surgery patients / O. Nikolaeva, E. Nikolaev, D. Hartfelder, E. Lazareva, S. Petunova, N. Grigorieva // European Psychiatry. – 2021. – № 64(S1). – S830-S830. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.2192.
9. Nikolaeva, O. Attitudes of preoperative cardiac surgery patients toward COVID-19: a cause for concern / O. Nikolaeva, E. Nikolaev, A. Zakharova, N. Maksimova, E. Litvinova, G. Dulina // European Psychiatry. – 2021. – № 64(S1). – S666-S667. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.1769.
10. Nikolaeva, O. The structure of depressive manifestations in preoperative cardiac surgery patients / O. Nikolaeva, E. Nikolaev, N. Maksimova, E. Litvinova,

A. Zakharova, G. Dulina //European Psychiatry. – 2021. – № 64(S1). – S691-S692. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.1832.

11. Nikolaeva, O. An unbalanced time-perspective profile in cardiac surgery patients as a risk factor for depression / O. Nikolaeva, E. Nikolaev, S. Petunova, N. Grigorieva., E. Lazareva, D. Hartfelder // European Psychiatry. – 2021. – № 64(S1). – S757-S758. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.2007.

### *Другие научные публикации*

12. Николаева, О.В. О некоторых факторах риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у студентов / О.В. Николаева, Л.В. Нефедова // Тезисы докладов научно-практической конференции соискателей, врачей-интернов и студентов «Актуальные проблемы в клинике внутренних болезней». – Чебоксары, 1998. – С.12.

13. Николаева, О.В. Система отношений у больных артериальной гипертензией и ее динамика в процессе лечения / Д.В. Гартфельдер, Е.Л. Николаев, О.В. Николаева, И.И. Максимова // Вестник Чебоксарского филиала Московского государственного открытого педагогического университета им. М.А.Шолохова. – 2004. – №1. – С.107-111.

14. Николаева, О.В. Сравнительный анализ психологического статуса больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Н.П. Васильева, И.В. Опалинская, М.В. Шумилова, О.В. Николаева, И.И. Максимова // Тезисы II Всероссийского съезда врачей общей (семейной) практики РФ. – Чебоксары, 2004. – С.178-179.

15. Николаева, О.В. Сердечно-сосудистые заболевания как психологическая и психосоматическая проблема / О.В. Николаева // Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: материалы Региональной научно-практической конференции Южного федерального округа. – Грозный, 27-28 апреля 2007 г. – Владикавказ, 2007. – С. 125-126.

16. Николаева, О.В. Особенности реагирования на стресс у больных с кардиальной патологией / О.В. Николаева // Личность и здоровье в эпоху новых ценностей: материалы международной научной конференции. – Чебоксары, 16 ноября 2007 г. – Чебоксары, 2007. – С. 54-55.

17. Николаева, О.В. Психологические ресурсы преодоления болезни при сердечно-сосудистых заболеваниях / О.В. Николаева // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы Российской конференции. – Москва, 9-11 октября 2007 г. – М., 2007. – С. 190-191.

18. Николаева, О.В. Есть ли место психосоматическому подходу в современной кардиологической практике? / О.В. Николаева // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общероссийской конференции. – Москва, 27-30 октября 2009 г. – М., 2009. – С. 39.

19. Николаева, О.В. Патологический перфекционизм в структуре личности кардиального больного / О.В. Николаева // Сборник научных трудов: Психология человека в условиях мирового финансового кризиса: проблемы, научные исследования, психологическая практика. – Чебоксары, 2009. – С. 114-116.

20. Nikolaeva, O.V. Russian-Georgian war conflict and a case of panic disorder 15 hundred kilometers north / E.L. Nikolaev, O.V. Nikolaeva // Abstracts of the 29<sup>th</sup> Nordic Congress of Psychiatry. – 22-25 September 2009. – Stockholm, Sweden. – P. 29.

21. Nikolaeva, O. Multifactor model of psychological adjustment in patients with cardiologic pathology / O. Nikolaeva, E. Lazareva. / Understanding mind and crossing borders: Centennial Nordic Congress of Psychiatry. – Tromsø, Norway, 5-8 June 2012. – Tromsø, 2012. – P. 42-43.

22. Николаева, О.В. Влияние хирургической коррекции митральной недостаточности на изменение качества жизни пациентов / Н.А. Трофимов, А.Г. Драгунов, М.В. Гартфельдер, М.В. Драгунова, О.В. Николаева, Т.Н. Ермолаева // Сборник тезисов XII международного конгресса «Кардиостим». 19-20 февраля 2016 г., Санкт-Петербург 2016 // Вестник аритмологии. – 2016. – Приложение А. – С. 184.

23. Николаева, О.В. Предикторы возникновения фибрилляции предсердий после коррекции митральной недостаточности неишемической этиологии / Н.А. Трофимов, А.Г. Драгунов, М.В. Давыденко, М.В. Гартфельдер, О.В. Николаева, М.В. Драгунова. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». – Приложение. – XXIII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – 26-29 ноября 2017 г. – Москва, 2017. – Т. 18, № 6. – С. 88.

24. Николаева, О.В. Непосредственные и средне-отдаленные результаты хирургического лечения вторичной легочной гипертензии у пациентов с дисфункцией митрального клапана и фибрилляцией предсердий / Н.А. Трофимов, А.Г. Драгунов, И.П. Ефимова, М.В. Давыденко, М.В. Гартфельдер, О.В. Николаева, М.В. Драгунова // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». – Приложение. – XXIV Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – 25-28 ноября 2018 г. – Москва, 2018. – Т. 19, № 6. – С. 22.

25. Nikolaeva, O.V. Conscious behavior self-regulation and cardiovascular activity in patients with essential hypertension / E.L. Nikolaev, E.V. Shultz, O.V. Nikolaeva // International Journal of Psychophysiology. – 2018. – Vol. 131S. – P. 93.

26. Nikolaeva, O.V. Coronary blood flow in patients with coronary heart disease: interrelations with emotional control and social support / E.L. Nikolaev, E.V. Shultz, O.V. Nikolaeva // International Journal of Psychophysiology. – 2018. – Vol. 131S. – P. 123.

27. Николаева, О.В. Новые подходы в психологической диагностике в кардиологии: изучение оптимизма и пессимизма / О.В. Николаева, М.А.

Петрова // Состояние и перспективы развития инновационных технологий в России и за рубежом: материалы V Междунар. научн.-практ. конф. (Чебоксары, 23-24 января 2020 г.). – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. – С. 169-172.

28. Николаева, О.В. Взаимосвязь самооценки и психологических проявлений депрессии у кардиологических пациентов / О.В. Николаева, М.А. Петрова // XVII съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», 15–18 мая 2021 года, Санкт-Петербург: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 757-759.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КХ — кардиохирургический.

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.

ZTPI — Zimbardo Time Perspective Inventory, Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо.