

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

А.А. СТОЛЯРОВА

Национальный медицинский исследовательский центр имени
В.А. Алмазова (ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9506-9021>,
e-mail: anna.stoljarova@gmail.com

А.А. ВЕЛИКАНОВ

Национальный медицинский исследовательский центр имени
В.А. Алмазова (ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-4818>,
e-mail: arsen.velikanov@gmail.com

И.Л. ГУРЕЕВА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ» имени акад. И.П. Павлова),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1134-2957>,
e-mail: irin1974@yandex.ru

Актуальность исследования обусловлена признанной ролью психологического фактора в этиопатогенезе болезней сердца, высоким уровнем смертности от ИБС и важностью получения данных об особенностях реагирования психики в условиях болезни и после операции. **Цель работы.** Изучение динамики психоэмоциональных характеристик и качества жизни у пациентов с ИБС в связи с КШ на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса. **Методы.** В ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России 65 пациентов с ИБС, готовящихся к КШ в стационаре, обследованы по методикам: Шкала астенического состояния, Ин-

тегративный тест тревожности, Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, Краткий общий опросник оценки статуса здоровья SF-36. Этапы исследования: 1) обследование до КШ; 2) после КШ (в стационаре); 3) через 3 месяца после КШ. **Результаты.** Выявлено повышение астении в раннем постоперационном периоде. Ситуативная тревога и ее компоненты снижаются в ходе реабилитационного периода после КШ. До и после КШ, у пациентов повышены показатели психопатологической симптоматики. Через неделю после КШ усиливаются депрессивные проявления и соматизация; через 3 месяца психопатологическая симптоматика снижается, но ряд показателей остаются превышающими нормы. Анализ динамики КЖ выявил наличие влияния хирургического вмешательства на все компоненты КЖ. **Заключение.** Необходимо психологическое сопровождение пациентов на всех этапах лечения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, кардиореабилитация, качество жизни, астения, тревога.

Для цитаты: Столярова А.А., Великанов А.А., Гуреева И.Л. Динамика психоэмоциональных характеристик и качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Том 30. № 1. С. 93–108. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300106>

DYNAMICS OF PSYCHOEMOTIONAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

ANNA A. STOLJAROVA

Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9506-9021>,
e-mail: anna.stoljarova@gmail.com

ARSENIY A. VELIKANOV

Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-4818>,
e-mail: arsen.velikanov@gmail.com

IRINA L. GUREEVA

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1134-2957>,
e-mail: irin1974@yandex.ru

Background. The study of psychoemotional characteristics and quality of life (QOL) in patients with CHD undergoing coronary artery bypass grafting (CABG) at different stages of treatment is crucial for enriching information about the characteristics of the psychological responses to illness and for the comprehensive analysis of the psychological aspects of recovery after CABG. The study was carried out at the Almazov National Medical Research Centre (St. Petersburg, Russia). The study sample comprised 65 patients with CHD preparing for CABG. **Methods.** Asthenic State Scale, Integrative Anxiety Test, The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), and 36-Item Short Form Survey (SF-36). **Results** show that in the early postoperative period, asthenia tends to intensify. State anxiety and its components decrease during the rehabilitation period after CABG. Both before and after CABG, patients have increased rates of psychopathological symptoms. A week after CABG, depressive and somatization symptoms intensify. 3 months after CABG, psychopathological symptoms tend to decrease, however, many indicators remain above the norm. **Conclusion.** The analysis of the QOL dynamics revealed the influence of the surgery on all QOL components. Psychological interventions for patients with CHD undergoing the CABG are necessary at all stages of the treatment and rehabilitation process.

Keywords: coronary heart disease, coronary artery bypass grafting, cardiac rehabilitation, quality of life, fatigue, anxiety.

For citation: Stoljarova A.A., Velikanov A.A., Gureeva I.L. Dynamics of psychoemotional characteristics and quality of life in patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2022. Vol. 30, no. 1, pp. 93—108. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300106>

Введение

Изучение психоэмоциональных особенностей пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) значимо для психологической реабилитации. Традиционно при ИБС отмечается роль тревоги и депрессии [12]. Имеются данные о коморбидности тревожных и депрессивных расстройств при ИБС [9; 21]. Тем не менее, для полноты анализа особенностей реагирования психики в условиях болезни, как в теоретическом, так и в практическом плане, важен учет различных проявлений психоэмоциональной сферы и психопатологической симптоматики, включая, например, астению, соматизацию, фобическую тревожность, обсессивность—компульсивность, враждебность и др.

В рамках психологических особенностей лиц с ИБС в научной литературе описываются проявления агрессии, напряженности, эмоциональной неустойчивости, ипохондричности [5]. Важное практическое значение имеет учет психологических характеристик — мишеней психокоррекции: например, тип личности, враждебность, негативная аффективность, проявления стресса, социальная изоляция [4]. Отмечает-

ся направленность реализуемых в кардиологической практике методов на коррекцию психоэмоциональных нарушений, обучение управлению стрессом, оптимизацию навыков совладания с заболеванием [7].

Особенно актуален учет показателей качества жизни: основные цели лечения ИБС и коррекции психосоциальных факторов риска — увеличение продолжительности жизни и повышение ее качества [17].

Исследования психологических особенностей пациентов нередко проводятся в рамках определенного этапа: до или после операции, в стационаре или в амбулаторной сети. Но для более глубокого понимания особенностей восстановления пациента в результате лечения особенно ценным является выполнение последовательного психологического исследования на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Цель исследования: изучение динамики психоэмоциональных характеристик и качества жизни у пациентов с ИБС в связи с КШ на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Материал и методы

Исследование проведено на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Санкт-Петербург). Включено 65 пациентов с ИБС, готовящихся к проведению КШ в стационаре: 54 мужчин (83,1%) и 11 женщин (16,9%); средний возраст $60,65 \pm 0,96$ лет. Средняя продолжительность ИБС у пациентов составила $4,59 \pm 0,52$ лет.

В качестве основных критериев включения в исследование были выделены следующие: наличие у пациента диагноза ишемической болезни сердца, показание к проведению коронарного шунтирования и добровольное согласие пациента на участие. Критериями же исключения стали: наличие у пациента серьезных сопутствующих психиатрических и неврологических расстройств; наличие серьезных слуховых, зрительных или моторных расстройств.

Этапы исследования: 1) во время госпитализации перед КШ; 2) через неделю после КШ (ранний постоперационный период); 3) через 3 месяца после операции (отдаленный постоперационный период). Исследование проводилось в индивидуальном порядке, занимало от 60 минут до 1,5 часа.

Применялись клинико-психологический метод (беседа, наблюдение); экспериментально-психологический метод, включавший следующие методики.

- Шкала астенического состояния (ШАС) — разработана Л.Д. Малковой и адаптирована Т.Г. Чертовой для диагностики выраженности астенической симптоматики. Состоит из 30 утверждений, описывающих различные характеристики астении, оцениваемые по 4-балльной шкале [8].

• Интегративный тест тревожности (ИТТ) — предназначен для оценки выраженности ситуативной и личностной тревожности. Состоит из 2 субтестов: 1-й направлен на оценку обследуемым своего состояния в данный момент, 2-й на оценку своего состояния на протяжении более длительного времени. Соответственно, тест состоит из 2 шкал: «Ситуативная тревожность» и «Личностная тревожность» [1].

• Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R — разработан L. Derogatis и соавторами, адаптирован Н.В. Табраиной. Содержит 90 вопросов, направлен на выявление уровня текущего дистресса и выраженности психопатологических симптомов [6; 10].

• Краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36) — методика для оценки удовлетворенности пациента своим физическим, психическим и социальным функционированием в условиях имеющегося заболевания [22].

Для статистической обработки данных был применен непараметрический аналог дисперсионного анализа с повторными измерениями ANOVA.

Результаты исследования

На 1-м этапе исследования, в среднем, выявлен уровень «слабой астении»; на 2-м этапе уровень астенизации достоверно увеличивался, но не превышал диапазона «слабой астении». На 3-м этапе выраженность астении снижалась до значений «отсутствия астении» (табл. 1).

Таблица 1
Результаты анализа динамики методики ШАС в баллах

Этап тестирования	Среднее значение	Уровень значимости
1-й	62,23±21,37	p = 0,00001
2-й	69,88±24,78	
3-й	50,15±17,54	

Показатели личностной тревожности (ЛТ) и ситуативной тревоги (СТ) на всех 3 этапах (рис. 1) в среднем соответствовали нормативным, и лишь астенический компонент СТ на 2-м этапе был повышенным, (возможно, с учетом влияния операции на соматическое состояние). На 2-м этапе наблюдалось снижение СТ и ее компонентов («эмоциональный дискомфорт», «тревожная оценка перспективы» и «социальные реакции защиты») и повышение «астенического компонента».

На 3-м этапе наблюдалось снижение показателей СТ.

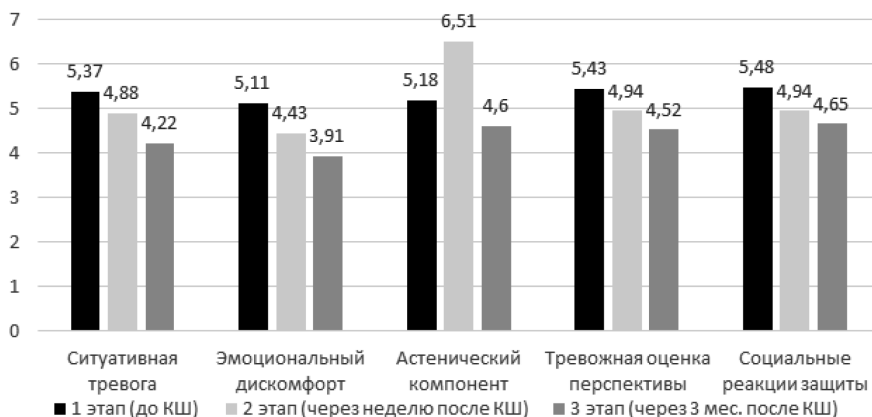


Рис. 1. Результаты исследования динамики выраженности тревоги по методике ИТТ в станайнах

При изучении динамики показателей SCL-90-R установлено (табл. 2): на 2-м этапе исследования наблюдается усиление выраженности соматизации и депрессии, что может быть вызвано болезненностью восстановительного периода. Показатели «фобической тревожности», «тревожности» и «обсессивности-компульсивности» характеризуются постепенным снижением в реабилитационном периоде. На 3-м этапе, также обнаружено снижение по ряду шкал SCL-90-R. Показатели по остальным шкалам методики SCL-90-R (межличностная сенситивность, паранойяльные тенденции, психотизм) соответствовали нормативным значениям и не имели статистически значимой динамики на различных этапах исследования.

Таблица 2

Результаты анализа динамики психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R в баллах

Шкалы SCL-90-R	1-й этап	2-й этап	3-й этап	Уровень значимости
Соматизация	0,77±0,62	0,92±0,65	0,50±0,43	p = 0,00001
Обсессивность—компульсивность	0,72±0,61	0,63±0,59	0,56±0,52	p = 0,01227
Депрессивность	0,63±0,55	0,70±0,65	0,49±0,49	p = 0,00004
Тревожность	0,73±0,65	0,63±0,60	0,59±0,64	p = 0,00087
Фобическая тревожность	0,43±0,53	0,40±0,52	0,32±0,46	p = 0,02570
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,27±0,44	1,34±0,55	1,10±0,42	p = 0,00002

Однако были выявлены показатели SCL-90-R в среднем превышающие нормативные значения даже на 3-м этапе исследования (рис. 2); но при этом зафиксировано снижение показателя депрессивности до нормативного через 3 месяца после КШ.

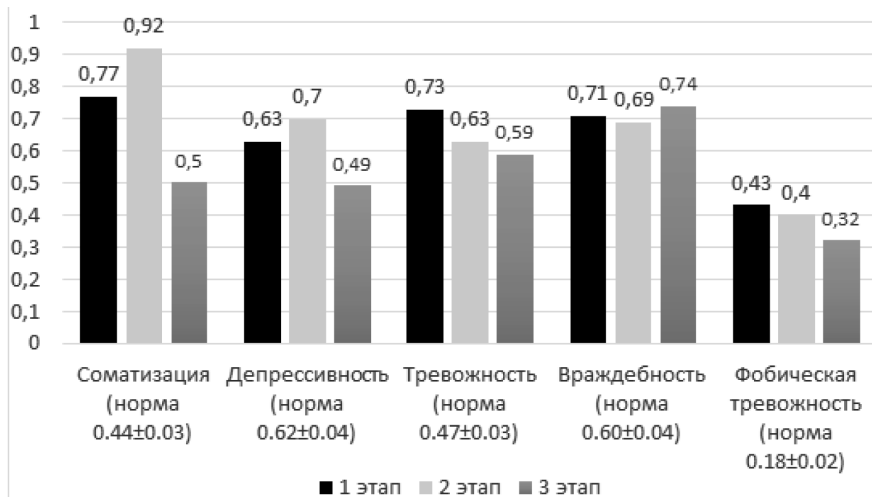


Рис. 2. Результаты методики SCL-90-R и нормативные показатели в баллах

По методике SF-36 (табл. 3) на 2-м этапе зафиксировано ухудшение (показатели: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; болевые ощущения; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием). На 3-м этапе отмечены положительные значимые динамические изменения по всем шкалам.

Таблица 3

Результаты анализа динамики значений качества жизни по методике SF-36 в баллах

Шкалы SF-36	1-й этап	2-й этап	3-й этап	Уровень значимости
Физическое функционирование	54,17±23,61	39,55±16,80	73,37±17,20	p = 0,00001
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	54,78±25,41	43,15±20,77	67,65±22,57	p = 0,00001

Шкалы SF-36	1-й этап	2-й этап	3-й этап	Уровень значимости
Интенсивность боли	55,11±22,98	45,26±20,47	67,63±22,02	p = 0,00001
Общее состояние здоровья	49,43±15,33	50,40±16,57	62,42±13,27	p = 0,00001
Жизненная активность	54,08±17,99	50,58±19,39	65,57±14,23	p = 0,00001
Социальное функционирование	58,34±22,80	56,66±24,19	68,97±19,86	p = 0,00001
Рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	63,78±27,03	58,05±28,25	68,14±25,44	p = 0,00002
Психическое здоровье	59,78±18,76	60,75±19,63	66,35±15,09	p = 0,02449

Обсуждение результатов

Изучение ИБС часто характеризуется повышенным вниманием к тревоге и депрессии [11]. Исследование тревожно-депрессивных расстройств в кардиологии является важным с практической точки зрения, если принимать во внимание тесные взаимосвязи психической и соматической патологии [3], а также влияние указанных расстройств на качество жизни и социальное функционирование пациентов [2].

Следует отметить, что также, для более глубокого понимания психологических аспектов болезни и психологического сопровождения необходим учет и ряда других показателей. Так, при изучении психопатологической симптоматики до КШ был выявлен целый ряд шкал с повышенными значениями. Госпитализация, предстоящая операция, факт витальной угрозы могут способствовать формированию тревожно-фобической симптоматики. Соматизация может быть следствием наличия самого сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ), вызывающего дистресс из-за ощущения телесной дисфункции. Также у пациентов наблюдаются повышенные показатели «враждебности», что часто указывается исследователями как типичная черта лиц с ИБС и как фактор риска ССЗ [13]. Можно заключить, что уже на дооперационном этапе, при поступлении пациента в стационар, целесообразны психологические мероприятия, направленные на улучшение психологической адаптации, коррекцию эмоционального состояния. Целесообразным является обсуждение с пациентом его представлений о болезни и кардиохирургическом лечении для выявления и проработки возможных ожиданий и опасений. Также, могут применяться и поведенческие релаксационные техники, направленные на снижение напряжения, психологического дискомфорта.

На 2-м этапе усиливается выраженность соматизации и депрессивности. КШ является стрессом для организма пациента и требует восстановительного периода, который может сопровождаться физическим недомоганием, раздражением, утомлением, что, в свою очередь, может влиять на уровень соматизации и депрессии. Стоит отметить, что в исследованиях депрессии у пациентов после КШ подчеркивается важность ранней интервенции в связи с неблагоприятным влиянием на прогноз заболевания [19]. Соответственно, следует подчеркнуть и важность психологического сопровождения на данном этапе, предполагающего помощь в преодолении психологического дискомфорта, работу с возможными проявлениями депрессивного состояния. В рамках психокоррекционной работы могут применяться когнитивные техники, направленные на выявление и коррекцию у пациента возможных негативных мыслей о перенесенной операции, лежащих в основе каких-либо сомнений. В ходе психокоррекции важно определять, имеются ли у пациента мысли, характеризующиеся «катастрофизацией» послеоперационного периода. Далее важна работа, направленная на формирование реалистичного восприятия пациентом особенностей восстановительного процесса. А учитывая наличие физического дискомфорта и болевых ощущений, целесообразны также и техники, предполагающие отвлечение, концентрацию внимания на приятных образах (например, сенсорная репродукция).

На 3-м этапе выявлено снижение ряда показателей SCL-90-R, что может быть связано с разрешением беспокойства по поводу КШ и улучшением самочувствия. Но по шкалам психопатологической симптоматики, имеющим значения выше нормативных, в основном не наблюдается достижения норм даже к 3-му этапу (например, выше нормы остаются показатели тревоги, фобической тревожности, враждебности). Вероятно, операция, оказывая положительное влияние на здоровье и КЖ, не способствует снижению психосоциальных факторов риска и разрешению психологических проблем. Целесообразна психокоррекция для снижения выраженности психопатологических характеристик и, в последствии, кардиальных факторов риска, в частности проявлений тревожности и враждебности.

Через 3 месяца после КШ пациент находится не в условиях «больничной опеки», а в «обстановке повседневных проблем». На его психоэмоциональную сферу могут влиять различные жизненные события, трудности, заботы. «Источники» эмоционального напряжения, являющиеся привычными, «рядовыми» ситуациями для здорового человека, могут быть патогенными и даже опасными для пациента с ИБС. Возможна интенсификация как негативных эмоций, так и проявлений поведения, противоречащего медицинским рекомендациям (возврат к вредным привычкам, пренебрежение диетой

и т. д.). Целесообразна психокоррекция эмоционального состояния, а также формирование/закрепление навыков эффективного стресс-преодолевающего поведения.

В раннем послеоперационном периоде отмечается повышение астении, что, вероятно, связано с болью и дискомфортом после КШ. Результаты согласуются с данными зарубежных авторов [14]. При интенсификации астенического компонента тревоги можно рекомендовать поведенческие методики отвлечения и саморегуляции. К 3-му этапу у пациентов отсутствовали выраженные признаки астении, что может объясняться следующим: КШ — восстанавливающая операция, улучшающая деятельность сердечно-сосудистой системы и устраняющая симптомы ИБС.

На 2-м этапе исследования наблюдается снижение уровня ситуативной тревоги (СТ) и ее компонентов. Это, вероятно, связано с разрешением «дооперационного беспокойства». Но повышение астенического компонента СТ может быть обусловлено болезненностью послеоперационного периода. К 3-му этапу выраженность СТ и ее компонентов снижается (отсутствует необходимость пребывания в стационаре, пациент предполагает снижение риска). Результат согласуется с исследованиями различных авторов, отмечавших снижение тревоги после операции [20]. Отмечается и снижение тревожности по опроснику SCL-90-R. Но, тем не менее, средние значения по данной шкале на всех этапах превышают показатели нормы, в отличие от значений опросника ИТТ. Вероятно, это связано с различной содержательной спецификой шкал. Так, пункты ИТТ отражают в основном психологические проявления тревоги (тревожности) и ее компонентов. А шкала тревожности SCL-90-R включает как некоторые проявления тревожного расстройства (например «Нервозность», «Неожиданный и беспричинный страх», «Кошмарные мысли или видения»), так и соматические корреляты тревожности (например, дрожь и учащенное сердцебиение).

Выявлено снижение КЖ на 2-м этапе. Вероятно, боль, физический дискомфорт и ограничения в первую неделю после КШ приводят к ухудшению показателей КЖ; проявляется негативное влияние самочувствия на психологическое состояние и социальное функционирование. Так, в исследованиях КЖ после КШ отмечаются частые жалобы пациентов на боль, дискомфорт, отсутствие терпения и невозможность функционировать на прежнем уровне [15]. Однако КЖ в отдаленном послеоперационном периоде характеризуется более высокими значениями. Полученные данные подтверждают возможности КШ в улучшении прогноза и течения ИБС, что благоприятно сказывается на КЖ [16]. Метаанализы исследований также подтверждают положительное влияние КШ на КЖ пациентов [18].

В целом, можно заключить, что психологическое сопровождение пациентов с ИБС, которым выполняется КШ, является необходимым на всех этапах — лечения и реабилитации.

Ограничения исследования

Результаты настоящего исследования следует рассматривать в свете некоторых ограничений. Одним из ограничений является относительно небольшой размер выборки. При дальнейшем изучении данной проблемы необходимо увеличение количества пациентов в выборке для повышения уровня репрезентативности результатов. Также для получения еще более объективных лонгитюдных данных в дальнейших исследованиях необходимо изучение характеристик данной группы пациентов в течение более продолжительного времени, например, через год после проведения КШ.

Выводы

1. У пациентов с ИБС выявлено наличие слабой астении в дооперационном периоде, повышение показателей выраженности астении в раннем постоперационном периоде и отсутствие астенической симптоматики через 3 месяца после КШ.

2. У обследованных пациентов по интегративному тесту тревожности в среднем выявлены нормативные показатели личностной и ситуативной тревожности (СТ) на всех этапах исследования. Единственный показатель, «приблизившийся» к высокому уровню — астенический компонент СТ через неделю после КШ, что, вероятно, отражает соматическое состояние после операции. СТ и ее компоненты («эмоциональный дискомфорт», «социальные реакции защиты» и «тревожная оценка перспективы») снижались в процессе реабилитации в послеоперационном периоде.

3. На всех этапах исследования у больных ИБС в среднем наблюдаются повышенные значения ряда показателей по опроснику выраженности психопатологической симптоматики: соматизация, тревожность, враждебность, фобическая тревожность. Через неделю после операции отмечено усиление депрессивной симптоматики и проявлений соматизации. Через 3 месяца после КШ психопатологическая симптоматика имеет тенденцию к снижению по сравнению со значениями до операции, однако многие показатели остаются выше нормативных.

4. Выявлено влияние КШ на все компоненты КЖ пациентов с ИБС. В раннем послеоперационном периоде наблюдаются снижение физического функционирования и ролевого функционирования, обусловленных физическим состоянием; интенсификация боли; снижением жизненной активности и социального функционирования, а также снижение показателей ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Через 3 месяца после операции КЖ пациентов характеризуется значимыми положительными изменениями.

5. С учетом полученных данных, психологическое сопровождение пациентов с ИБС, которым выполняется КШ, является важным на всех этапах: до операции (коррекция психоэмоционального состояния, помощь в психологической адаптации при поступлении в кардиологический стационар); после операции на этапе стационарного лечения (преодоление психологического дискомфорта, связанного с соматическим состоянием, коррекция возможных депрессивных проявлений); и в отдаленном послеоперационном периоде (коррекция неблагоприятных психологических факторов, в частности, возможных проявлений фобической тревожности и враждебности).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.* Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации. СПб.: Издательство НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2005. 23 с.
2. *Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Дубровская Т.И., Нестерова, Е.А., Шупенина, Е.Ю.* Особенности артериальной гипертензии у больных с ожирением и тревожно-депрессивными расстройствами // *Терапевтический архив*. 2021. Том 93. № 1. С. 94—99. DOI: 10.26442/00403660.2021.01.200567
3. *Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л., Ющук Е.Н.* Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. М.: Анахарсис, 2009. 200 с.
4. *Дубинина Е.А.* Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда // *Медицинская психология в России*. 2018. Том 10. № 2. С. 3. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030
5. *Кожожарь К.Г., Урванцева И.А., Николаев К.Ю.* Влияние психосоциальных факторов на развитие ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016. Том 15. № 3. С. 58—62. DOI: 10.15829/1728-8800-2016-3-58-62
6. *Майчук Е.Ю., Гумина О.Л.* Оценка болевого восприятия и психологического статуса пациентов с различной длительностью течения ишемической болезни сердца // *Проблемы женского здоровья*. 2013. Том 8. № 2. С. 35—45.
7. *Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю.* Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015. Том 11. № 1. С. 57—76.
8. *Прохоров А.О.* Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.

9. *Cohen B.E., Edmondson D., Kronish I.M.* State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease // American journal of hypertension. 2015. Vol. 28. № 11. P. 1295—1302. DOI:10.1093/ajh/hpv047
10. *Derogatis L.R.* SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the Revised Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Towson, MD: Clinical Psychometric Research Incorporated, 1992.
11. *Mal K., Awan I.D., Ram J., Shaukat F.* Depression and Anxiety as a Risk Factor for Myocardial Infarction // Cureus. 2019. Vol. 11 (11), e6064. DOI:10.7759/cureus.6064
12. *Mesa-Vieira, C., Grolimund, J., von Känel, R., et al.* Psychosocial Risk Factors in Cardiac Rehabilitation: Time to Screen Beyond Anxiety and Depression // Global heart. 2021. Vol. 16 (1). P. 16. DOI:10.5334/gh.896
13. *Miao Jonasson J., Hendryx M., Manson J.E., et al.* Personality traits and the risk of coronary heart disease or stroke in women with diabetes — an epidemiological study based on the Women’s Health Initiative // Menopause. 2019. Vol. 26. № 10. P. 1117—1124. DOI:10.1097/GME.0000000000001382
14. *Muller A.G., Alves De Freitas Antonio D., Almeida Lopes Monteiro Da Cruz D., et al.* Characteristics of fatigue after coronary artery bypass grafting // European Heart Journal. 2017. Vol. 38 (1). P. 113. DOI:10.1093/eurheartj/ehx501.P614
15. *Pačarić S., Turk T., Erić I., et al.* Assessment of the Quality of Life in Patients before and after Coronary Artery Bypass Grafting (CABG): A Prospective Study // International journal of environmental research and public health. 2020. Vol. 17 (4). P. 1—13. DOI:10.3390/ijerph17041417
16. *Perrotti A., Ecarnot F., Monaco F., et al.* Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study // Health and quality of life outcomes. 2019. Vol. 17. № 1. P. 4—18. DOI:10.1186/s12955-019-1160-7
17. *Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., ... ESC Scientific Document Group.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // European heart journal. 2016. Vol. 37 (29). P. 2315—2381. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106
18. *Schmidt-RioValle J., Abu Ejheisheh M., Membrive-Jiménez M., et al.* Quality of Life After Coronary Artery Bypass Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis // International journal of environmental research and public health. 2020. Vol. 17 (22). P. 39—84. DOI:10.3390/ijerph17228439
19. *Stanicki P., Szarpak J., Wieteska M., et al.* Postoperative depression in patients after coronary artery bypass grafting (CABG) — a review of the literature // Polskiprzeglądchirurgiczny. 2020. Vol. 92 (5). P. 1—5.
20. *Tsai M.F., Tsay S.L., Moser D., et al.* Examining symptom trajectories that predict worse outcomes in post-CABG patients // European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2019. Vol. 18 (3). P. 204—214. DOI:10.1177/1474515118809906

21. Vaccarino V., Badimon L., Bremner J.D., et al., & ESC Scientific Document Group Reviewers. Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation // European heart journal. 2020. Vol. 41. № 17. P. 1687—1696. DOI:10.1093/eurheartj/ehy913
22. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., et al. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993. 314 p.

REFERENCES

1. Bizyuk A.P., Wasserman L.I., Iovlev B.V. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): Metodicheskie rekomendatsii [The Application of the Integrative Test of Anxiety: Methodic Recommendations]. Saint Petersburg: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2005. 23 p. (In Russ.).
2. Vasyuk Y.A., Dovzhenko T.V., Dubrovskaya T.I., Nesterova E.A., Shupenina E.Y. Osobennosti arterial'noi gipertenzii u bol'nykh s ozhireniem i trevozno-depressivnymi rasstroistvami [Characteristics of arterial hypertension clinical course in patients with obesity and anxiety-depressive disorders]. *Terapevticheskii arkhiv = Terapevticheskii Arkhiv*. 2021. Vol. 93, no. 1, pp. 94—99. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2021.01.200567
3. Vasyuk Yu.A., Dovzhenko T.V., Shkol'nik E.L., Yushchuk E.N. Depressivnyie i trevozhnye rasstroistva v kardiologii. [Depressive and anxiety disorders in cardiology]. 2nd ed. M.: Anakharsis. 2009; 200 p. (In Russ.).
4. Dubinina E.A. Psihologicheskie aspekty rehabilitatsii pacientov, perenjosshih infarkt miokarda [Psychological aspects of rehabilitation of patients with myocardial infarction]. *Medicinskaja psihologija v Rossii = Med. psihol. Ross*. 2018. Vol. 10, no. 2, p. 3. (In Russ.). DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030
5. Kozhokar K.G., Urvantceva I.A., Nikolaev K.Yu. Vlijanie psihosocial'nykh faktorov na razvitie ishemicheskoi bolezni serdca i ostrogo koronarnogo sindroma [The influence of psychosocial factors on the development of ischemic heart disease and acute coronary syndrome]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2016. 15(3), pp. 58—62. (In Russ.). DOI:10.15829/1728-8800-2016-3-58-62
6. Maychuk E.Yu., Gumina O.L. Ocenka bolevoogo vosprijatija i psihologicheskogo statusa pacientov s razlichnoj dlitel'nost'ju techenija ishemicheskoi bolezni serdca [Assessment of pain perception and psychological status of patients with different length of CHD]. *Problemy zhenskogo zdorov'ja = Problems of women health*. 2013. Vol. 8, no. 2, pp. 35—45. (In Russ.).
7. Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Psikhoterapija i psihologicheskaja pomoshch' bol'nym serdechno-sosudistymi zabolovanijami [Psychotherapy and psychological intervention for patients with cardiovascular diseases]. *Vestnik psikhatrii i psihologii Chuvashii = The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*. 2015. Vol. 11, no. 1, pp. 57—76. (In Russ.).
8. Prokhorov A.O. Metodiki diagnostiki i izmerenijapsikhicheskikh sostoyaniilichnosti [Methods of diagnosis and measurement of mental states of the person]. Moscow, PER SE Publ., 2004. 176 p. (In Russ.).

9. Cohen B.E., Edmondson D., Kronish I.M. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American journal of hypertension*, 2015. Vol. 28, no. 11, pp. 1295—1302. DOI:10.1093/ajh/hpv047
10. Derogatis L.R. SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the Revised Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Towson, MD: Clinical Psychometric Research Incorporated, 1992.
11. Mal K., Awan I.D., Ram J., Shaukat F. Depression and Anxiety as a Risk Factor for Myocardial Infarction. *Cureus*, 2019. Vol. 11 (11), e6064. DOI:10.7759/cureus.6064
12. Mesa-Vieira, C., Grolimund, J., von Känel, R., et al. Psychosocial Risk Factors in Cardiac Rehabilitation: Time to Screen Beyond Anxiety and Depression. *Global heart*, 2021. Vol. 16 (1). P. 16. DOI:10.5334/gh.896
13. Miao Jonasson J., Hendryx M., Manson J.E., et al. Personality traits and the risk of coronary heart disease or stroke in women with diabetes — an epidemiological study based on the Women’s Health Initiative. *Menopause*, 2019. Vol. 26, no. 10, pp. 1117—1124. DOI:10.1097/GME.0000000000001382
14. Muller A.G., Alves De Freitas Antonio D., Almeida Lopes Monteiro Da Cruz D., et al. Characteristics of fatigue after coronary artery bypass grafting. *European Heart Journal*, 2017. Vol. 38 (1). P. 113. DOI:10.1093/eurheartj/ehx501.P614
15. Pačarić S., Turk T., Erić I., et al. Assessment of the Quality of Life in Patients before and after Coronary Artery Bypass Grafting (CABG): A Prospective Study. *International journal of environmental research and public health*, 2020. Vol. 17 (4), pp. 1—13. DOI:10.3390/ijerph17041417
16. Perrotti A., Ecarnot F., Monaco F., et al. Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study. *Health and quality of life outcomes*, 2019. Vol. 17 (1), pp. 4—18. DOI:10.1186/s12955-019-1160-7
17. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., ... ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*, 2016. Vol. 37 (29), pp. 2315—2381. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106
18. Schmidt-RioValle J., Abu Ejheisheh M., Membrive-Jiménez M., et al. Quality of Life After Coronary Artery Bypass Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 2020. Vol. 17 (22), pp. 39—84. DOI:10.3390/ijerph17228439
19. Stanicki P., Szarpak J., Wieteska M., et al. Postoperative depression in patients after coronary artery bypass grafting (CABG) — a review of the literature. *Polskiprzeglądchirurgiczny*, 2020. Vol. 92 (5), pp. 1—5.
20. Tsai M.F., Tsay S.L., Moser D., et al. Examining symptom trajectories that predict worse outcomes in post-CABG patients. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 2019. Vol. 18 (3), pp. 204—214. DOI:10.1177/1474515118809906

21. Vaccarino V., Badimon L., Bremner J.D., et al., & ESC Scientific Document Group Reviewers. Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation. *European heart journal*, 2020. Vol. 41, no 17, pp. 1687–1696. DOI:10.1093/eurheartj/ehy913
22. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., et al. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993. 314 p.

Информация об авторах

Столярова Анна Александровна, клинический психолог, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова (ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9506-9021>, e-mail: anna.stoljarova@gmail.com

Великанов Арсений Анетович, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры гуманитарных наук, медицинский психолог, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова (ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-4818>, e-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Гуреева Ирина Лазаревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова (ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1134-2957>, e-mail: irin1974@yandex.ru

Information about the authors

Anna Stoljarova, Clinical psychologist, Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9506-9021>, e-mail: anna.stoljarova@gmail.com

Arseniy A. Velikanov, Ph.D. in Psychology, Associate Professor of Human Sciences Department, Medical psychologist of the Psychotherapy Department, Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-4818>, e-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Irina L. Gureeva, Ph.D. in Psychology, Associate Professor of Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1134-2957>, e-mail: irin1974@yandex.ru

Получена 01.06.2021

Received 01.06.2021

Принята в печать 10.10.2021

Accepted 10.10.2021