

Костин А. А.¹, Рябов М. М.², Коновалов О. Е.¹

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН)» Минобрнауки России, 117198, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, г. Ярославль

Обзор посвящен медико-социальным проблемам раннего и отдаленного послеоперационного периода у пациентов со злокачественными опухолями прямой кишки. При анализе данных литературы получена информация о том, что с первых дней после операции трудности адаптации затрагивают не только самого больного, но и его семью. Физиологические трудности приспособления к новым условиям жизни связаны не только с такими общими негативными факторами, как травматичность операции, кровопотеря, операционный стресс, но и с особенностями нового анатомического статуса желудочно-кишечного тракта. Наличие колостомы, недержание стула и газов часто приводят к социальной изоляции пациента как на уровне семьи, так и общества в целом. Ряд этических-деонтологических проблем отмечается во взаимодействии оперированного больного с лечащим врачом-онкологом на стационарном и амбулаторном этапах лечения. Сделан вывод о том, что только исчерпывающее и комплексное понимание медицинских, психологических и социальных аспектов проблем послеоперационного периода может привести к выработке программ по их эффективному решению.

Ключевые слова: рак прямой кишки; послеоперационный период; медико-социальные проблемы; качество жизни пациентов; социальная адаптация; обзор.

Для цитирования: Костин А. А., Рябов М. М., Коновалов О. Е. Медико-социальные и психологические проблемы пациентов с диагнозом рак прямой кишки в послеоперационном периоде (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(3):487—493. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-487-493>

Для корреспонденции: Коновалов Олег Евгеньевич, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы (РУДН)» Минобрнауки России, e-mail: kononov_oe@mail.ru

Kostin A. A.¹, Ryabov M. M.², Kononov O. E.¹

THE MEDICAL SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF RECTUM CANCER DURING POST-SURGERY PERIOD: THE PUBLICATIONS REVIEW

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia of the Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Yaroslavl State Medical University" of Minzdrav of Russia, 150000, Yaroslavl, Russia

The review is devoted to medical social problems of early and late postoperative period in patients with malignant tumors of rectum. The analysis of publications provided information testifying that from the first days after surgery, adaptation difficulties affect not only patient, but also one's family. The physiological difficulties in adapting to new living conditions are associated not only with such general negative factors as traumatic nature of operation, blood loss and operational stress, but also with peculiarities of new anatomical status of gastrointestinal tract. The presence of colostomy, stool and gas incontinence often result in social isolation of patient at the level of both family and society. A number of ethical and deontological problems are noted in interaction of the operated patient with attending oncologist at in-patient and out-patient stages of treatment. It is concluded that only comprehensive and complex understanding of medical, psychological and social aspects of problems of the postoperative period can lead to development of programs for their effective solution.

Keywords: rectal cancer; postoperative period; medical and social problems; quality of life; patient; social adaptation; review.

For citation: Kostin A. A., Ryabov M. M., Kononov O. E. The medical social and psychological problems of patients with diagnosis of rectum cancer during post-surgery period: the publications review. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(3):487—493 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-3-487-493>

For correspondence: Kononov O. E., doctor of medical sciences, professor, professor of the Chair of Public Health, Health Care and Hygiene of the Medical Institute of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia of the Minobrnauka of Russia. e-mail: kononov_oe@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.07.2024

Accepted 30.10.2024

Введение

Колоректальный рак является третьей по распространенности злокачественной опухолью и второй по значимости причиной смерти от неоплазий в мире, с оценочным числом 1,8 млн новых случаев и около 881 тыс. смертей во всем мире ежегодно [1—5]. Кроме того, существует вариация эпидемиологи-

ческих характеристик между проксимальной и дистальной локализацией опухоли в различных возрастных и гендерных группах населения. Существуют значительные различия в заболеваемости колоректальным раком, распространенности и эпидемиологических тенденциях между разными странами и регионами мира, которые частично и полностью обусловлены различиями в воздействии факторов

риска, демографических характеристиках и генетических факторах, включая генетические мутации и их влияние на исход и ответ на терапию, между различными популяциями в разных географических регионах.

Несмотря на значительные успехи в разработке новых подходов к лекарственному и лучевому лечению неоплазий колоректальной локализации, хирургическое пособие остается единственным, обеспечивающим достаточный онкологический радикализм в борьбе с опухолевым процессом. В исследовании R. J. Куcejко и соавт. приведены результаты наблюдения 74 780 пациентов с диагнозом колоректальный рак. Из них 64 540 были оперированы, 10 330 получали лечение без хирургического компонента. При этом доля неоперированных пациентов с 2010 по 2018 г возросла с 11,3 до 18,6%. Получены достоверные различия в уровнях 5-летней выживаемости при сравнении двух описанных групп: 52,0% у пациентов с хирургическим лечением в анамнезе и 39,8% — без такового [6]. Однако операция, кроме удаления опухолевого очага, влечет за собой необходимость лечения пациента в послеоперационном периоде. Последнее включает целый ряд медико-социальных проблем, которым посвящен настоящий обзор.

Ранний послеоперационный период

В раннем послеоперационном периоде онкологический больной встречается сразу с несколькими проблемами адаптации. Первая проблема связана с неблагоприятными факторами операции. Это в первую очередь травма, кровопотеря, операционный стресс. Несмотря на то что многие операции в онкологическом стационаре выполняются в плановом порядке, уровень операционного стресса при них является высоким. В нашей клинике мы проводили исследования, связанные с изучением личностной и ситуативной тревожности до операции, проводимой в плановом порядке. Результаты сопоставляли с интраоперационным проявлением соматических стрессовых реакций. Корреляционный анализ показал, что наибольшая связь повышенной кровоточивости тканей, трудно контролируемой артериальной гипертензии существует с изначальным уровнем личностной, а не ситуативной тревожности ($r=0,77$ против $r=0,59$). В группе больных, вошедших в исследование, не оказалось лиц с низким уровнем личностной тревожности. Встречались только пациенты, имеющие среднее и высокие значения показателя (47,1 и 52,9% соответственно) [7].

Пациент после операции большого объема ослаблен, вынужден длительно голодать, имеет низкие ресурсы двигательной активности. Большинство онкологических операций носят калечащий характер, и для них роль операционной травмы особенно высока. Это влияет на взаимоотношения пациента с окружающими людьми, его доверие медицинскому персоналу, сохранение человеческих отношений с родственниками, посещающими его. Даже после операций с формированием анастомоза, когда не-

прерывность желудочно-кишечного тракта удается сохранить, развивается целый ряд осложнений, существенно влияющих на качество жизни пациента. Например, высокую частоту, по данным литературы, имеет синдром низкой передней резекции (LARS), который представляет собой ряд симптомов дисфункции кишечника, включая изменение частоты дефекации, нерегулярный ритм дефекации, недержание кала и запор. LARS встречается у 80% пациентов, перенесших сфинктеросохраняющую операцию, что влияет на качество их жизни наряду с социальной изоляцией. Для борьбы с LARS были предложены различные измерения и методы лечения, но систематический стандарт не был разработан [8].

Немалую роль играет стартовая социальная изоляция пациента в первые несколько суток после хирургического вмешательства. Это время практически каждый больной проводит в палате интенсивной терапии даже в случае неосложненного течения послеоперационного периода. Он оказывается один на один со всеми неблагоприятными вновь обретенными чертами своего организма: раны на животе, трубчатые и перчаточные дренажи, мочевого катетер, колостомы. Ему не с кем разделить этот дискомфорт, трудно спросить о вариантах адаптации. Медицинский персонал отделения реанимации и интенсивной терапии делает акцент на сохранение жизни каждого больного и стабилизации витальных функций в первые сутки после хирургического пособия. Зачастую ими упускаются психологические особенности людей, факторы операционного стресса, которые продолжают действовать и после завершения операции. В статье Р. Р. Губайдуллина описан так называемый «синдром последствий интенсивной терапии», или «ПИТ-синдром». Автор определяет данное состояние как комплекс ограничивающих повседневную жизнь больного социально-психологических, неврологических и соматических последствий пребывания в условиях отделения реанимации [9]. А. Л. Парфенов и соавт. сообщают о том, что в настоящее время науке известна лишь малая часть различно направленных медицинских последствий интенсивной терапии [10].

Будучи переведенным в общую палату, онкологический пациент особенно нуждается в непосредственном контакте с лечащим врачом. Это взаимодействие играет большую информационную, поддерживающую, мотивирующую роль в социальном статусе прооперированного больного. Именно здесь возникает следующая медико-социальная проблема — хирургическая и онкологическая специальность лечащего врача. Хирург большую часть рабочего времени проводит в операционной, оставшуюся тратит на написание медицинской документации. Многие врачи в связи с этим даже на перевязке смотрят пациентов не каждый день. Дополнительно включается интересный психологический аспект со стороны врача-онколога. В. А. Чулкова и соавт. приводят результаты анкетирования врачей, согласно которым 36,9% респондентов предпо-

Здоровье и общество

читают пациентов, желающих поправиться, настроенных на излечение, адекватно понимающих ситуацию заболевания. Однако в действительности онкологические пациенты — это страдающие люди с мучительными переживаниями и негативными эмоциями высокой интенсивности. Таким образом, полученные результаты отражают стремление специалистов избегать взаимодействий с больными [11].

У пациентов складывается ощущение отсутствия контроля над лечением, отсутствие самого лечащего врача в их жизни. Они начинают искать поддержки у младшего и среднего медицинского персонала, дежурных врачей, но в полноценном виде им это не удается. Большой вклад в продуктивный контакт пациента и лечащего врача вносит информационная его составляющая. Зачастую по охранительным соображениям родственники онкологического больного стараются оградить его от истинного понимания клинической ситуации, прогнозов и перспектив. Слова «рак», «опухоль», «метастазы» заменяются более мягкими и обтекаемыми терминами, не обозначающими ничего страшного и фатального. Но и эта медаль, к сожалению, имеет обратную сторону в социальном плане. Родственники и сам пациент начинают общаться с врачом словно на разных языках: первые — в реальном контексте, второй — в недосказанности и отсутствии конкретики. Хорошо если у больного срабатывают в этот момент собственные механизмы психологической защиты в форме дезактуализации и интеллектуализации, которые адаптируют его к сложившемуся положению дел. В противном случае описанная проблема усугубляет социальную изоляцию прооперированного человека. Адекватное информирование пациентов считается решающим в лечении рака, но потребность в информации и поведение пациентов с колоректальным раком имеют разную степень изученности. В Европе информированность пациентов имеет достаточно высокий уровень. Это хорошо демонстрируют результаты исследования в Нидерландах: пациенты ($n=259$) чувствовали себя хорошо информированными о своем лечении (86%), заболевании (84%) и программе последующего наблюдения (80%), но менее хорошо информированными о будущих ожиданиях (49%), питании (43%), рекомендуемой физической активности (42%) и наследственности рака (40%). Потребность в дополнительной информации по этим вопросам оставалась постоянной в течение первых пяти послеоперационных лет [12]. Было обнаружено, что эти пациенты в США хорошо информированы о своем заболевании и лечении, хуже — о снижении риска рецидива рака, улучшении образа жизни и потенциальной пользе от привлечения поставщика первичной медико-санитарной помощи к их лечению. Другими вопросами, которым во время наблюдения уделялось меньше внимания, были диета и лечение симптомов диспепсии [13]. В российском опросе 122 онкологических пациентов по данному поводу 26% респондентов сообщили что не получают от лечащего врача необходимую информацию о своем заболевании в

приемлемой и доступной форме, 27% ответили, что не знают, к кому обратиться, если им потребуется дополнительная информационная и психологическая помощь [14].

Отдаленный послеоперационный период

После выписки из онкологического стационара, когда многие ближайшие риски после операции большого объема, связанные с сердечно-сосудистыми и раневыми осложнениями, уже миновали, многое для пациента только начинается. Основные медико-социальные проблемы условно можно подразделить на трудности индивидуальной адаптации, вопросы приспособления семьи к новой жизни, психологическое привыкание к диагнозу и отсутствие постоянного наблюдения со стороны медицинских работников.

Индивидуальная адаптация делится на объективную и субъективную. Первая состоит в вынужденном расширении физической активности. В стационаре пациент не сталкивается с необходимостью перемещения на большие расстояния, приготовления пищи, занятий с детьми и т. п. Для многих активность в раннем послеоперационном периоде сводится исключительно к гигиеническим процедурам, посещению столовой и перевязочной. Активность пациента в период стационарного лечения часто остается без внимания лечащего врача. Он фокусируется на заживлении раны, общесоматическом статусе, анализе результатов инструментальных и лабораторных исследований в динамике. Однако отсутствие стимуляций к активности даже в ранние сроки после операции приводит к ослаблению мышечного аппарата, снижению адаптационных возможностей дыхательной, сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем. Попадая домой, пациент вдруг обнаруживает, что движение — жизнь. Здесь он нуждается в помощи, потому что расширять свою активность нужно грамотно и дозированно. Еще не подошел к концу процесс заживления раны (продолжается фаза реорганизации рубца и эпителизации), еще адаптируется к ежедневному функционированию в новой анатомической ситуации выведенная на переднюю брюшную стенку ободочная кишка. Пациент нуждается в корректном использовании абдоминального бандажа, обучении щадящим методам подъема с кровати и перехода в горизонтальное положение, правилам ухода за колостомой. Последняя упомянутая часть мероприятий во многих случаях осознается особенно трудно, потому что редко достигается понимание того, что это по сути часть гигиенических мероприятий, к моменту выписки не требующая асептики. Грамотный подход замещается брезгливостью, ипохондрией и эмоциональной регрессией. Однако при несоблюдении необходимых правил сам пациент создает предпосылки для развития отдаленных послеоперационных осложнений: вентральных грыж, параколостомических флегмон и т. д. В транснациональном анализе установлено, что общая сумма затрат на лечение параколостомических осложнений у пациентов,

оперированных по поводу рака прямой кишки, в США, Англии и Германии, составила 26 311 долларов США, 9512 фунтов стерлингов и 10 021 евро соответственно. Медиана выживаемости пациентов составила в том же порядке 11,5; 8,5 и 6,5 года [15].

Трудности после операции возникают у больных неоплазией прямой кишки в половой жизни. Т. Almont и соавт. сообщают о результатах обследования 487 пациентов после операции по поводу рака колоректальной локализации: 54% опрошенных сообщили о снижении либидо, 61% — об уменьшении частоты полового акта, 48% — о значительных затруднениях в достижении оргазма. Наиболее часто подобные жалобы имели место у пациентов, имевших недержание кала через 2 года после хирургического вмешательства. Показано, что описанные проблемы достоверно чаще беспокоят респондентов, оперированных по поводу рака прямой кишки, чем ободочной ($p=0,003$). Обращает на себя внимание, что только 20% мужчин и 11% женщин вспомнили, что обсуждали вопросы нарушений в половой жизни с лечащим врачом [16].

Субъективная часть индивидуальной адаптации пациента в отдаленном послеоперационном периоде определяется проблемой полноценной социальной активности и психологической составляющей жизни.

Отдельно следует сказать о возникших проблемах, связанных с измененным актом дефекации. Многие пациенты сталкиваются с тем, что после формирования колостомы вынуждены себя ограничивать в общении с окружающими, посещении общественных мест и мероприятий. Ободочная кишка, выведенная на переднюю брюшную стенку, в отличие от прямой кишки, не может выполнять накопительную функцию, в ней отсутствует терминальный замыкательный аппарат. В исследовании М. Karlekar и соавт. показано, что психосоциальный стресс, включая смущение и стыд, часто является результатом как самого рака, так и хирургических процедур, таких как наложение стомы. Отсутствие еще на стационарном этапе полноценной информации и обучающих технологий для жизни с колостомой приводят к тому, что пациенты, оказываясь один на один с данной проблемой в домашних условиях, не знают, как правильно поступать в различных ситуациях, на какие перспективы рассчитывать. Существуют проблемы адаптационного плана и у больных, которым во время операции непрерывность толстой кишки удается сохранить. В клинических наблюдениях после передней резекции прямой кишки с формированием колоректального анастомоза и брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал часто регистрируют недержание стула и газов, учащенный стул. Все это связано с уменьшением либо утратой накопительного резервуара прямой кишки, а также адаптацией сфинктерного аппарата к новой анатомической ситуации. Даже частичная потеря контроля над дефекацией снижает социальную ак-

тивность пациентов и способствует их изоляции [17].

Ограничивают социальную активность также остаточный болевой синдром в области послеоперационных рубцов, необходимость пролонгированного ношения абдоминального бандажа.

Психологические проблемы начинаются у больных, когда они осознают, что теперь до конца жизни диагноз «рак» станет неотъемлемой ее частью. Страх прогрессирования заболевания, ощущение постоянно нависающей угрозы способны усиливать личностную тревожность и приводить к депрессии. Примечательно, что на ранних этапах послеоперационного периода внимание пациента забирает на себя необходимость двигательной адаптации, расширения рациона питания, заживление раны. В этой связи человеку порой некогда подумать о судьбе и отдаленных последствиях со стороны основного заболевания. В домашних условиях проблемы экзистенциального характера проявляют себя с особой остротой. В исследовании [18] приведены данные о том, что до 24% пациентов после лечения рака прямой кишки скрывают свой диагноз, до 30% предпочитают не распространяться о побочных эффектах проведенного вмешательства даже среди друзей и родственников, 15% респондентов сообщили, что отказались от близких отношений вообще с кем-либо.

Пациенты чувствуют себя брошенными после завершения хирургического и онкологического лечения. Они часто обращаются к интернету за рекомендациями по лечению поздних осложнений, хотя осознают, что возможности, основанные на полученных данных, ограничены. Проблемы со стулом существенно влияют на личную и профессиональную жизнь пациентов, требуя постоянной готовности к непредвиденной дефекации, использованию подгузников и постоянной необходимости в дополнительной одежде. Кроме того, пациенты испытывают сопутствующие неприятные симптомы: недержание мочи, усталость, боль и сексуальную дисфункцию, которые дополнительно влияют на их повседневную жизнь [19].

Повышенный уровень ситуативной тревожности стимулирует повышенное внимание больного к своему самочувствию. Мельчайшие проявления недомогания могут гиперболизироваться, обдумываться, требовать объяснения. Иными словами, излишнее заикливание на несущественных субъективных симптомах, именуемое также «больничной болезнью», которая развивается, как правило, незадолго до выписки у пациентов в связи с отсутствием прочих бытовых проблем и забот, продолжает проявляться и дома. В этот момент актуальными становятся психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь [20].

Проблема семейной адаптации связана с тем, что новое физическое и психологическое состояние выписанного пациента определяет его поведение, содержание и манеру общения со своими домашними. С одной стороны, в человеке может бороться жела-

ние обрести дооперационный статус в социальном и бытовом плане и ощущение физической невозможности сделать это. Тогда больному кажется, что родственники излишне его опекают, чрезмерно проявляют заботу, считают беспомощным существом. Дополнительный негативный момент в родственные взаимоотношения онкологического пациента вносят трудности осознания им своего диагноза. При незавершенном принятии своей болезни больной автоматически может включить своих родных и близких в состав враждебного внешнего мира, который не в силах понять его беду, который обернулся против него по неизвестным причинам и позволил погибать от опухоли. Все это существенно меняет психологический климат в семье в целом, нарушает привычные формы общения и совместного времяпрепровождения.

Суть происходящих в семье онкологического больного изменений полнее всего отражает понятие «стресс». Стресс на уровне семьи признан актуальным фактором риска в современном обществе [21]. Рак как длительно протекающая болезнь названа в работах современных авторов в числе ведущих стрессовых факторов [22]. От его действия семья страдает как система, как организм. Родственники при этом вынуждены адаптироваться к проблемам медицинского и социального характера, особенностям заболевания, эмоциональной нестабильности, искать новые пути взаимодействия с больным и друг с другом [23]. В исследовании [24] выяснено, что после смерти одного из родственников у оставшихся членов семьи встречаются длительные депрессивные расстройства, меняется и характер общения между выжившими родственниками.

Напряженный эмоциональный фон способствует обострению и развитию у других членов семьи заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта [25]. Наверное, трудно себе представить семью, которая оказалась бы полностью подготовленной к перечисленным отрицательным сторонам отдаленного послеоперационного периода у онкологического больного. На практике превентивную эффективность в этом направлении можно ожидать от организации обучающих программ: формирования групп психологической поддержки, создания школ семьи онкологического пациента. Пользу могут приносить как очные формы общения с использованием формата тренингов и семинаров, так и дистанционные: общение по телефону доверия и консультации с применением технологий телемедицины [26].

Как индивидуальную, так и семейную адаптацию к жизни в отдаленном послеоперационном периоде осложняет проблема отсутствия доступной специализированной онкологической помощи. Находясь в стационаре, сам пациент и его родственники привыкают к ежедневным обходам лечащего врача, проявлению внимания к состоянию здоровья. Внимательные и опытные специалисты при контакте с пациентом обычно готовы доступно интерпретиро-

вать любые изменения его самочувствия вплоть до мельчайших деталей. И вдруг на их месте возникает пустота. Несколько сглаживается эта ситуация у пациентов, которым после операции назначают химиотерапию. Они вновь возвращаются в онкологический стационар и находят возможность проконсультироваться с врачом по всем интересующим вопросам.

Однако если пациент направлен под наблюдение онколога поликлиники, то проблема отсутствия квалифицированной помощи ощущается особенно остро. Обеспеченность амбулаторного звена врачами-онкологами невысока, и записи на прием в ряде регионов приходится ждать продолжительное время. И главное, результат ожидания вполне может разочаровать как самого пациента, так и его родственников. Большинство работающих в поликлинике врачей-онкологов, особенно на периферии, не имеют опыта работы в стационаре. Они не выполняли и зачастую даже не видели тех объемных операций, после которых к ним приходят на прием пациенты. Многие врачи поликлиник имеют лишь первичную специализацию по онкологии, а основной профиль у них, как правило, терапевтический либо общая врачебная практика. В части случаев функции онколога оказываются возложены на хирурга, терапевта, уролога в связи с отсутствием в лечебно-профилактическом учреждении профильных специалистов.

Заключение

В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших хирургическое пособие по поводу рака прямой кишки, есть целый ряд трудно решаемых медико-социальных и психологических проблем, большая часть которых связаны с индивидуальной и семейной адаптацией к новым условиям существования, снижением качества жизни и вынужденной социальной изоляцией. Поэтому их решение требует выработки не только лечебно-тактических, но и организационных алгоритмов действий, а также формирования индивидуально- и семейно-ориентированных технологий реабилитации оперированных онкологических пациентов с ректальной неоплазией.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Araghi M., Soerjomataram I., Bardot A. Changes in colorectal cancer incidence in seven high-income countries: a population-based study. *Lancet Gastroenterol. Hepatol* 2019;4(7):511—8. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30147-5
2. Goodarzi E., Beiranvand R., Mosavi-Jarrahi A. World wide incidence and mortality of colorectal cancer and human development index (HDI): An ecological study. *World Cancer Res. J.* 2019;5(6):e1433.
3. Rawla P., Sunkara T., Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(2):89—103. doi: 10.5114/pg.2018.81072
4. Siegel R. L., Miller K. D. Cancer statistics. *CA Cancer J. Clin.* 2020;(70):7—30.

5. Siegel R. L., Torre L. A., Soerjomataram I., et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence in young adults. *Gut*. 2019;68(12):2179–85. doi: 10.1136/gutjnl-2019-319511
6. Kucejko R. J., Breen E. M., Kleiman D. A. A Growing Divide? Social Determinants of the Use of Nonoperative Management of Rectal Cancer and Its Impact on Survival. *J. Surg. Res.* 2023 Dec;292:137–43. doi: 10.1016/j.jss.2023.06.045
7. Ларичев А. Б., Барабошин А. Т., Рябов М. М., Миловидова К. А. Особенности ситуативной и личностной тревожности пациентов перед операциями по поводу грыж передней брюшной стенки. В сб.: Актуальные вопросы медицинской науки: Сборник тезисов 73-ей Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 75-летию Ярославского государственного медицинского университета, Ярославль, 25–26 апреля 2019 года. Ярославль; 2019. С. 177–8.
8. Zhang R., Luo W., Qiu Y. Clinical Management of Low Anterior Resection Syndrome: Review of the Current Diagnosis and Treatment. *Cancers (Basel)*. 2023 Oct 16;15(20):5011. doi: 10.3390/cancers15205011
9. Губайдуллин Р. Р. Минимизация социальной депривации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии». *Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования*. 2023;(4):9–13.
10. Парфенов А. Л., Разживин В. П., Петрова М. В. Хроническое критическое заболевание: современные аспекты проблемы (обзор). *Современные технологии в медицине*. 2022;(3):70–83.
11. Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Демин Е. В., Рогачев М. В. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом: учебное пособие. СПб.: НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова; 2015. 40 с.
12. Wieldraaijer T., Duineveld L. A. M., Bemelman W. A., et al. Information needs and information seeking behaviour of patients during follow-up of colorectal cancer in the Netherlands. *J. Cancer Surviv.* 2019 Aug;13(4):603–10. doi: 10.1007/s11764-019-00779-5
13. Health Information National Trends Survey (HINTS) — Part of NCI's Division of Cancer Control and Population Sciences: NIH National Cancer Institute. 2019. 07-05-2019. Available at: <https://hints.cancer.gov/publications-reports/hints-publications.aspx> (accessed 07.05.2019).
14. Беляев А. М., Чулкова В. А., Семиглазова Т. Ю., Рогачев М. В., ред. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Изд. 2-е, доп. СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии»; 2018. 436 с.
15. Garcia D., Olsavsky A. L., Hill K. N. Associations between parental depression, communication, and self-worth of siblings bereaved by cancer. *J. Fam. Psychol.* 2023 Sep 7. doi: 10.1037/fam0001137
16. Almont T., Bouhnik A.-D., Ben Charif A. Sexual Health Problems and Discussion in Colorectal Cancer Patients Two Years After Diagnosis: A National Cross-Sectional Study. *J. Sexual Med.* 2019;16(1):96–110. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.11.008
17. Karlekar M., Almhanna K., Guyer D. Palliative care in colorectal and anal malignancies from diagnosis to death. *Ann. Palliat. Med.* 2023 Sep 20: apm-22-1390. doi: 10.21037/apm-22-1390. Epub ahead of print.
18. Goodarzi E., Beiranvand R., Mosavi-Jarrahi A. World wide incidence and mortality of colorectal cancer and human development index (HDI): An ecological study. *World Cancer Res. J.* 2019;6:e1433.
19. Oggesen B. T., Hamberg M. L. S., Thomsen T., Rosenberg J. Exploring Patients' Perspectives on Late Complications after Colorectal and Anal Cancer Treatment: A Qualitative Study. *Curr. Oncol.* 2023 Aug 10;30(8):7532–41. doi: 10.3390/currenconcol30080546
20. Melucci A. D., Loria A., Aquina C. T., et al. New Onset Geriatric Syndromes and One-year Outcomes Following Elective Gastrointestinal Cancer Surgery. *Ann. Surg.* 2023 Oct 2. doi: 10.1097/SLA.00000000000006108
21. Акимов А. М., Каюмова М. М. Стресс в семье в открытой городской популяции: гендерные различия. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(5):4b.
22. Максимова Л. А., ред. Психология стресса: теория и практика: учебно-методическое пособие; Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург; 2018.
23. Прохорова М. А. Стресс в семье. Психологические аспекты. *Теория и практика современной науки*. 2017;(2):20.
24. Chaballout B. H., Chang E. M., Shaverdian N. The Patient's perspective on radiation therapy for anal cancer: Evaluation of expectations and stigma. *Cancer Rep. (Hoboken)*. 2023 Oct 11:e1908. doi: 10.1002/cnr2.1908. Epub ahead of print.
25. Wieldraaijer T., Duineveld L. A. M., Bemelman W. A. Information needs and information seeking behaviour of patients during follow-up of colorectal cancer in the Netherlands. *J. Cancer Surviv.* 2019;13(4):603–10. doi: 10.1007/s11764-019-00779-5
26. Lima H. A., Woldeesenbet S., Moazzam Z. Association of Minority-Serving Hospital Status with Post-Discharge Care Utilization and Expenditures in Gastrointestinal Cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 2023;30(12):7217–25. doi: 10.1245/s10434-023-14146-3. Epub 2023 Aug 21.

Поступила 11.07.2024
Принята в печать 30.10.2024

REFERENCES

Здоровье и общество

- National Cancer Institute. 2019. 07-05-2019. Available at: <https://hints.cancer.gov/publications-reports/hints-publications.aspx> (accessed 07.05.2019).
14. Belyaev A. M., Chulkova V. A., Semiglazova T. Yu., Rogachev M. V., red. Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Manual. 2nd ed., suppl. St. Petersburg: Publishing house of ANO "Oncology Issues"; 2018. 436 p. (in Russian).
 15. Garcia D., Olsavsky A. L., Hill K. N. Associations between parental depression, communication, and self-worth of siblings bereaved by cancer. *J. Fam. Psychol.* 2023 Sep 7. doi: 10.1037/fam0001137
 16. Almont T., Bouhnik A.-D., Ben Charif A. Sexual Health Problems and Discussion in Colorectal Cancer Patients Two Years After Diagnosis: A National Cross-Sectional Study. *J. Sexual Med.* 2019;16(1):96–110. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.11.008
 17. Karlekar M., Almhanna K., Guyer D. Palliative care in colorectal and anal malignancies from diagnosis to death. *Ann. Palliat. Med.* 2023 Sep 20: apm-22-1390. doi: 10.21037/apm-22-1390. Epub ahead of print.
 18. Goodarzi E., Beiranvand R., Mosavi-Jarrahi A. World wide incidence and mortality of colorectal cancer and human development index (HDI): An ecological study. *World Cancer Res. J.* 2019;6:e1433.
 19. Oggesen B. T., Hamberg M. L. S., Thomsen T., Rosenberg J. Exploring Patients' Perspectives on Late Complications after Colorectal and Anal Cancer Treatment: A Qualitative Study. *Curr. Oncol.* 2023 Aug 10;30(8):7532–41. doi: 10.3390/curroncol30080546
 20. Melucci A. D., Loria A., Aquina C. T., et al. New Onset Geriatric Syndromes and One-year Outcomes Following Elective Gastrointestinal Cancer Surgery. *Ann. Surg.* 2023 Oct 2. doi: 10.1097/SLA.0000000000006108
 21. Akimov A. M., Kayumova M. M. Family stress in an open urban population: gender differences. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2018;17(S):4b (in Russian).
 22. Maksimova L. A., ed. Stress Psychology: Theory and Practice: teaching aid; Ural. state ped. univ. Ekaterinburg; 2018 (in Russian).
 23. Proxorova M. A. Stress in the family. Psychological aspects. *Teoriya i praktika sovremennoj nauki.* 2017;(2):20 (in Russian).
 24. Chaballout B. H., Chang E. M., Shaverdian N. The Patient's perspective on radiation therapy for anal cancer: Evaluation of expectations and stigma. *Cancer Rep. (Hoboken).* 2023 Oct 11:e1908. doi: 10.1002/cnr2.1908. Epub ahead of print.
 25. Wieldraaijer T., Duineveld L. A. M., Bemelman W. A. Information needs and information seeking behaviour of patients during follow-up of colorectal cancer in the Netherlands. *J. Cancer Surviv.* 2019;13(4):603–10. doi: 10.1007/s11764-019-00779-5
 26. Lima H. A., Woldeesenbet S., Moazzam Z. Association of Minority-Serving Hospital Status with Post-Discharge Care Utilization and Expenditures in Gastrointestinal Cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 2023;30(12):7217–25. doi: 10.1245/s10434-023-14146-3. Epub 2023 Aug 21.