

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2022-21-3-85-91>



Психологическая реабилитация больных колоректальным раком

Ткаченко Г.А.^{1,2}, Калашникова И.А.³, Мусаев И.Э.², Кузьмичев Д.В.⁴,
Полыновский А.В.⁴

¹ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента России (ул. Маршала Тимошенко, 15, г. Москва, 121359, Россия)

²ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России (ул. Маршала Тимошенко, 19, г. Москва, 121359, Россия)

³ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, 2, г. Москва, 123423, Россия)

⁴ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Каширское шоссе, 23, г. Москва, 115478, Россия)

РЕЗЮМЕ ЦЕЛЬ: разработка программы психологической реабилитации больных колоректальным раком и оценка ее эффективности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в клиничко-психологическое пилотное исследование были включены 26 больных, перенесших хирургическое лечение по поводу колоректального рака. Средний возраст больных — 64,6 ± 7,1 лет. Давность проведенного лечения — от 6 до 12 мес. Исследование проводилось проспективно. Больные были разделены на две группы: основная группа — 12 больных, с которыми параллельно с медицинской реабилитацией индивидуально проводилась психотерапия в течение 14 дней; контрольная группа — 14 больных, которые прошли только медицинскую реабилитацию и однократное консультирование психологом с целью заполнения опросника (без психотерапии). Психологическая реабилитация включала когнитивно-поведенческую психотерапию и методы биологической обратной связи. Оценка эффективности программы психологической реабилитации проводилась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до начала реабилитации и после ее завершения.

РЕЗУЛЬТАТЫ: первичная диагностика показала, что в обеих группах у всех больных была повышена тревога до субклинического уровня: 8,6 ± 0,5 баллов — в основной группе и 8,7 ± 0,2 баллов — в контрольной. Депрессивные симптомы различной степени тяжести исходно наблюдались у большинства больных обеих групп: 83,3% и 85,7%, соответственно. После проведения психологической реабилитации снизился уровень тревоги у больных основной группы с 8,6 ± 0,5 до 7,4 ± 0,3 балла ($p = 0,052$). В контрольной группе уровень тревоги практически не изменился: 8,7 ± 0,2 и 8,2 ± 0,6 балла ($p = 0,436$). Качественный анализ результатов тестирования показал, что после курса реабилитации, включающего проведение психотерапевтических мероприятий, достоверно увеличилось количество больных в основной группе без депрессии (41,7%). В контрольной группе количество больных с депрессией снизилось менее значительно — с 85,7% до 71,4%. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: у больных колоректальным раком в течение первого года после завершения лечения, отмечается тревожно-депрессивное состояние, что требует психологической помощи. Эффективными психологическими методами для реабилитации больных являются сочетание когнитивно-поведенческой психотерапии и метода, основанного на биологической обратной связи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: колоректальный рак; тревога; депрессия; психологическая реабилитация; когнитивно-поведенческая психотерапия; биологическая обратная связь

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Ткаченко Г.А., Калашникова И.А., Мусаев И.Э., Кузьмичев Д.В., Полыновский А.В. Психологическая реабилитация больных колоректальным раком. *Колопроктология*. 2022; т. 21, № 3, с. 85–91. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2022-21-3-85-91>

Psychological rehabilitation of patients with colorectal cancer

Galina A. Tkachenko^{1,2}, Irina A. Kalashnikova³, Ivan E. Musaev²,
Dmitry V. Kuzmichev⁴, Andrey V. Polinovskiy⁴

¹Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs (Timoshenko str., 15, Moscow, 121359, Russia)

²Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs (Timoshenko str., 19, Moscow, 121359, Russia)

³Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya str., 2, Moscow, 123423, Russia)

⁴Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of the Ministry of Health of the Russian Federation (N.N. Blokhin NMRCO) (Kashirskoye s., 23, Moscow, 115478, Russia)

ABSTRACT *AIM: to work out the program for psychological support for patients with colorectal cancer and to evaluate its efficiency*

PATIENTS AND METHODS: the prospective clinical psychological pilot study involved 26 patients who underwent surgery for colorectal cancer (after 6–12 months), aged 64.6 ± 7.1 year. The patients were divided into two groups: the main group included 12 patients who underwent psychotherapy and the control group with single consulting by the psychologist in order to fulfill the questionnaire (without psychotherapy). The psychological adjustment included cognitive behavioral psychotherapy and methods of neurofeedback. The efficiency assessment of the program for psychological adjustment was performed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) before the rehabilitation and after its completion.

RESULTS: the primary diagnostics showed that the anxiety of all patients in both groups was increased up to the subclinical level (8.6 ± 0.5 and 8.7 ± 0.2 points). Most patients of both groups initially demonstrated depressive symptoms of various severity degrees (83.3% and 85.7%). After the psychological adjustment, the anxiety level of the patient of the main group was reduced from 8.6 ± 0.5 to 7.5 ± 0.3 points ($p = 0.052$). In the control group, the anxiety level practically did not change (8.7 ± 0.2 and 8.2 ± 0.6 points) ($p = 0.436$). The quantitative analysis of the testing results showed that after the adjustment course including psychotherapeutic measures the number of patients who did not have depression in the main group definitely increased (41.7%). In the control group, the number of patients with depression was reduced less significantly from 85.7% to 71.4%.

CONCLUSION: the anxiety-depressive condition is peculiar for patients with colorectal cancer 1 year after surgery and requires psychological support. The combination of cognitive behavioral psychotherapy and methods based on neurofeedback are effective psychological methods for these patients.

KEYWORDS: colorectal cancer; anxiety; depression; psychological rehabilitation; cognitive behavioral psychotherapy; biofeedback

CONFLICT OF INTEREST: The authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Tkachenko G.A., Kalashnikova I.A., Musaev I.E., Kuzmichev D.V., Polinovskiy A.V. Psychological rehabilitation of patients with colorectal cancer. *Koloproktologia*. 2022;21(3):85–91. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2022-21-3-85-91>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Ткаченко Галина Андреевна, ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП России, ул. Маршала Тимошенко, д. 15, Москва, 121359, Россия; e-mail: mitg71@mail.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Tkachenko Galina Andreevna, Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs, Timoshenko str., 15, Moscow, 121359, Russia; e-mail: mitg71@mail.ru

Дата поступления — 26.04.2022
Received — 26.04.2022

После доработки — 01.07.2022
Revised — 01.07.2022

Принято к публикации — 09.08.2022
Accepted for publication — 09.08.2022

ВВЕДЕНИЕ

В нашей стране отмечается высокий уровень заболеваемости колоректальным раком (КРР), занимая третье место, как у мужчин, так и у женщин: у первых — после злокачественных новообразований легких и предстательной железы, у женщин — после опухолей молочной железы и кожи [1].

С учетом особой локализации заболевания, вызывающей у большинства людей стеснительность и, даже в определенной степени, стыдливость; характера выполняемых оперативных вмешательств, лечение КРР оказывает значительное влияние не только на физическое состояние, но и, в большей степени, на психический статус больных. По мнению Hoop L.S. et al., пациенты с КРР испытывают значительные физические, психологические и социальные проблемы, что требует психотерапевтических вмешательств [2]. Основные переживания вызывает не сам диагноз

и его прогноз, а изменение полоролевого, сексуального, косметического и других социально-психологических аспектов жизни.

Эти изменения и переживания приводят к развитию психических расстройств, которые после завершения лечения КРР, к сожалению, остаются. Только тревогой и депрессией умеренной и тяжелой степени страдают от 30 до 40% пациентов с колоректальным раком [3]. По данным Peng Yu-Ning et al., распространенность депрессии среди пациентов с диагнозом КРР еще выше: от 1,6% до 57%, а тревожности — от 1,0% до 47,2%, то есть более половины больных страдают психическими нарушениями [4].

По мнению Aminisani N., именно депрессия, которая может сохраняться в течение долгого времени после завершения лечения и со временем даже увеличиваться, оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов [3].

Учитывая этот факт, реабилитация является важным компонентом лечения пациентов с КРР. Она должна

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов КРР
Table 1. Clinical characteristics of patients CRC

Факторы	Основная группа (n = 12)	Контрольная группа (n = 14)	p
ПОЛ			
Женщины	6 (50%)	4 (28,6%)	0,9
Мужчины	6 (50%)	10 (71,4%)	
ВСЕГО	12 (100%)	14 (100%)	
Возраст (M ± SD), лет	64,5 ± 9,8	64,6 ± 7,3	
Стадия заболевания			
I	2 (16,7%)	1 (7,1%)	0,8
IIa	1 (8,3%)	0 (0%)	
IIб	5 (41,7%)	7 (50%)	
IIIa	4 (33,3%)	6 (42,9%)	
Сроки после окончания лечения (M ± SD), мес.	8,9 ± 2,4	8,9 ± 2,5	1
Проведение адъювантной химиотерапии	9 (75%)	13 (92, 9%)	0,4

носить мультидисциплинарный характер и включать в себя нутритивную поддержку, физическую и психологическую реабилитацию. В работах многих авторов показано, что реабилитация больных не только позволяет контролировать побочные эффекты комбинированного лечения КРР, проводить профилактику осложнений, но и положительно влияет на качество жизни [5,6].

Психологическая реабилитация, являясь важной частью общих мероприятий по восстановлению больных с КРР, направлена на адаптацию человека к условиям болезни, преодоление последствий психического и физического дистресса, связанного с болезнью.

За рубежом придается большое значение психологическим методам коррекции психических нарушений у больных. С этой целью разными авторами рекомендуются аутогенная тренировка, когнитивно-поведенческая психотерапия, релаксация и другие методы [7–9]. В нашей стране работ, посвященных психологической реабилитации больных КРР, к сожалению, не обнаружилось, что делает данное исследование актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка программы психологической реабилитации больных колоректальным раком и оценка ее эффективности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В проспективное пилотное клинико-психологическое исследование были включены 26 больных с верифицированным диагнозом: рак сигмовидной кишки разных стадий без отдаленных метастазов. Всем больным было выполнено плановое оперативное

вмешательство в объеме лапароскопической резекции сигмовидной кишки в отделении колопроктологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина».

Следует отметить, что авторы сознательно выбрали для исследования пациентов именно с такой локализацией КРР ввиду минимальной травматичности оперативного вмешательства и отсутствия формирования кишечной стомы, как факторов, значимо влияющих на психологическое состояние пациентов.

После гистологического исследования удаленных операционных препаратов 22 (84,6%) больным дополнительно была проведена адъювантная химиотерапия. Средний возраст больных — 64,6 ± 7,1 лет. Давность окончания противоопухолевого лечения от 6 до 12 мес. (8,9 ± 2,4 мес.).

Критерии исключения из исследования:

1. отказ пациентов участвовать в исследовании;
2. послеоперационные осложнения или осложнения химиотерапии, возникшие во время ее проведения.
3. прогрессирование заболевания.

У всех пациентов медицинскими показаниями для начала восстановительного лечения были: нарушение функции кишечника (синдром раздраженного кишечника в виде диареи), значительное снижение массы тела, болевые ощущения в послеоперационной зоне, сохранявшиеся на момент контрольного обследования (6–9–12 месяцев). Перед началом восстановительного лечения больные были полностью обследованы для исключения рецидива или прогрессирования заболевания.

Больные случайным образом были разделены на две группы. Основная группа — 12 больных, которым параллельно с медицинской реабилитацией индивидуально проводилось психотерапевтическое лечение в течение 10 дней. Контрольную группу составили 14 больных, которым проводили только медицинскую реабилитацию и однократное консультирование

Таблица 2. Динамика уровня тревоги по шкале HADS
Table 2. Dynamics of anxiety on the HADS

Показатель	Уровень тревоги, (М + m)		t-Стьюдента	p
	исходный уровень	после реабилитации		
Основная группа (n = 12)	8,6 ± 0,5	7,4 ± 0,3	2,06	0,052
Контрольная группа (n = 14)	8,7 ± 0,2	8,2 ± 0,6	0,79	0,436

психологом с целью заполнения опросника (без психотерапии).

Программа психологической реабилитации включала 3 этапа. Первый этап (2–3 сеанса) включал техники релаксации. Задачи: научиться расслабляться, снизить уровень тревоги. Каждый сеанс проводился индивидуально, ежедневно, продолжался 45 мин. На втором этапе (2–3 сеансов) использовались когнитивно-поведенческие методы психокоррекции. Задачи: выяснить, как мышление влияет на эмоции и поведение; научиться анализировать свои негативные мысли и чувства; научиться заменять негативные убеждения и установки на позитивные. Сеансы проводились через день, продолжались около 60 мин. и включали дополнительно задания для самостоятельного выполнения. Третий этап включал вышеуказанные методы и дополнительно психологический тренинг с использованием технологии биологической обратной связи, целью которого являлась регуляция психофизиологического состояния пациента, развитие навыков самоконтроля и саморегуляции дыхательных движений грудной клетки, передней брюшной стенки, обучение навыку регуляции кишечника. Особенностью такого тренинга является использование аффирмации, специального слова, позитивного утверждения, создающего правильный психологический настрой и навык произвольно контролировать те функции организма, на которые должно быть оказано влияние. Задача: произвольное управление функцией кишечника. Сеансы проводились индивидуально, продолжались от 45 до 60 мин.

Оценка эффективности программы проводилась с помощью шкалы HADS путем сравнения показателей до начала реабилитации и после ее завершения. HADS (hospital anxiety and depression scale) — госпитальная шкала тревоги и депрессии разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. для диагностики тревоги и депрессии и степени выраженности их тяжести в условиях общемедицинской практики. В отечественной популяции адаптирована Дробизевым М.Ю. в 1993 г. [10]. Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении тревоги и депрессии. Применяется, в том числе, и при изучении психического статуса у онкологических пациентов [11,12]. При этом проста в применении: состоит из 14 утверждений, соотносящихся к 2 субшкалам: «тревога» и «депрессия». Пункты субшкалы тревоги отражают, преимущественно, психологические проявления

тревоги. Пункты субшкалы депрессии отражают, преимущественно, ангедонический (снижение или утрата способности испытывать удовольствие) компонент депрессивного расстройства.

Методика применения: бланк шкалы выдавался больным для заполнения, и подробно разъяснялась инструкция по заполнению анкеты. Повторно бланк заполнялся пациентом самостоятельно и передавался психологу через врача. Каждому из 14 утверждений соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой шкале: уровень тревоги/депрессии признавался нормальным при значениях до 8 баллов, субклинически выраженным при 8–10 баллах и клинически выраженным при ≥ 11 баллах.

Математико-статистическую обработку осуществляли с помощью программного пакета Statistica 10.0. Оценку достоверности различий между двумя выборочными средними проводили по t-критерию Стьюдента. При сравнении различия в исследованиях считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первичная диагностика показала, что в обеих группах у всех больных была повышена тревога до субклинического уровня: $8,6 \pm 0,5$ и $8,7 \pm 0,2$ баллов, соответственно (Табл. 2).

Депрессивные симптомы различной степени тяжести исходно наблюдались у большинства больных обеих групп: 83,3% и 85,7%, соответственно.

Количественный анализ данных по шкале HADS до и после проведения реабилитации показал снижение тревоги у больных основной группы с $8,6 \pm 0,5$ до $7,4 \pm 0,3$ балла. Несмотря на отсутствие достоверных различий ($p = 0,052$), уровень тревоги у пациентов снизился до нормальных значений, и клинически прослеживалась явная динамика улучшения самочувствия, снижение общего напряжения.

В контрольной группе уровень тревоги практически не изменился: $8,7 \pm 0,2$ и $8,2 \pm 0,6$ балла и соответствовал субклинически выраженному уровню ($p = 0,436$). Таким образом, дополнение медицинской реабилитации психологической помощью нормализовало

уровень тревоги у больных КРР, что совпадает с данными Zhang X., et al., которые приводят результаты исследования уровня тревоги через 3 и 6 мес. с помощью той же шкалы HADS, что и в нашем исследовании. Они показали, что в группе больных КРР, которым оказывалась психологическая помощь, достоверно по сравнению с контрольной группой снижался уровень тревоги уже через 3 месяца, и он не нарастал еще через 3 месяца [12].

Качественный анализ результатов тестирования показал, что после курса реабилитации в основной группе достоверно ($p < 0,05$) увеличилось количество больных без депрессии (Рис. 1).

В контрольной группе количество больных с депрессией снизилось менее значительно — с 85,7% до 71,4%.

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным нашего исследования частота встречаемости депрессии у больных, которые получили психологическую помощь в рамках реабилитационного курса, была в 1,5 раза ниже, чем в контрольной группе. Полученные данные показывают необходимость включения психологической помощи в реабилитацию больных, страдающих КРР, что подчеркивают и другие авторы, которые проводили исследования в данной области. Так, в литературном обзоре, проведенном Hoop L.S. et al., показано, что количество исследований, изучающих эффективность предоперационных и послеоперационных психосоциальных вмешательств на исходы у пациентов с колоректальным раком, недостаточно, хотя различные психосоциальные вмешательства, в том числе

когнитивно-поведенческая терапия, обучение релаксации и поддерживающая групповая терапия, сокращают продолжительность пребывания в больнице этих пациентов, госпитальную тревогу и депрессию, а также улучшают качество жизни пациентов [2]. Zhang X. et al. исследовали влияние психологических вмешательств на качество жизни и психологическое состояние пациентов с КРР. Авторы достоверно показали, что психологическая помощь значительно уменьшила показатели дистресса, связанного с диагнозом, и тревожность, измеренную с помощью шкалы HADS, в группе психологического вмешательства по сравнению с контрольной группой (через 3 месяца после операции — 2,83 против 0,33, $p = 0,002$; через 6 месяцев после операции — 2,64 против 0,13, $p = 0,045$) [11].

Психологическая помощь, оказываемая нами пациентам с КРР одновременно с медицинской реабилитацией, способствовала более успешному выходу из стресса, улучшению эмоционального состояния в более короткие сроки (10 дней после начала реабилитации). Преодоление психотравмирующей ситуации, связанной с последствиями онкологического заболевания, его лечения и осложнений, возникших после лечения, снижает частоту развития депрессивных состояний у больных с КРР. Это совпадает с результатами Kuchler T. et al., которые кроме того, считают, что психотерапия улучшает 2-летнюю выживаемость больных КРР [12].

Отсутствие динамики психического состояния у больных контрольной группы, несмотря на проводимую реабилитацию, свидетельствовало о «застревании» пациента в стрессовой ситуации, невозможности самостоятельного преодоления кризиса, связанного с пережитой угрозой для жизни, изменением образа

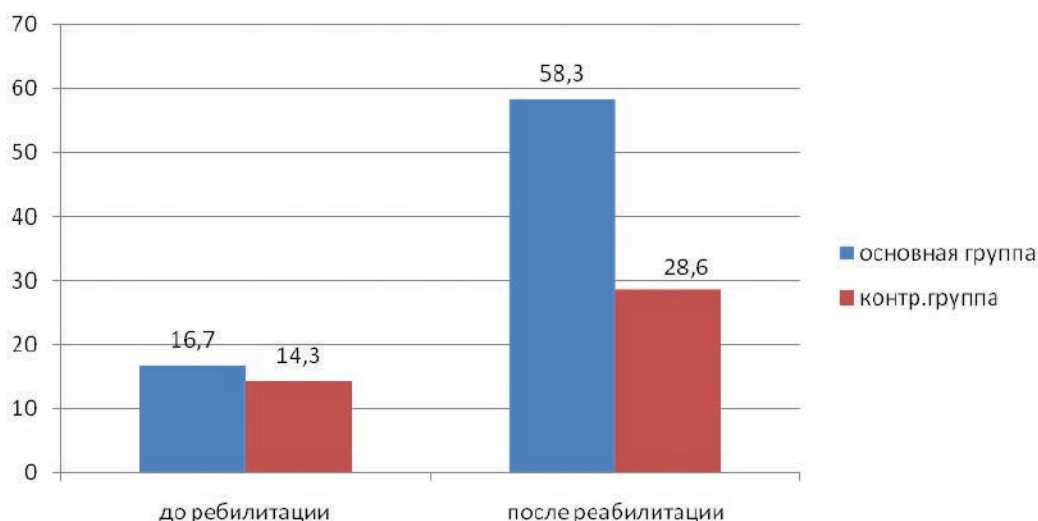


Рисунок 1. Динамика больных без депрессии по шкале HADS (%)

Figure 1. Dynamics of patients without depression on the HADS (%)

жизни. Со временем депрессивное состояние самостоятельно не проходит, что мы видим в контрольной группе, и, несмотря на то, что количество больных, имеющих симптомы депрессии, несколько снижается, тем не менее, через 12 мес. после лечения более, чем у 70% больных она остается.

Депрессивное состояние указывает на истощение психических ресурсов больных, что препятствует успешной адаптации после лечения. Это согласуется с данными Aminisani N. et al., которые, изучая взаимосвязь между психологическим дистрессом и показателями качества жизни у пациентов с колоректальным раком, пришли к выводу, что не столько тревога, сколько именно депрессия снижает качество жизни [3].

Кроме того, в исследовании Taha A. et al., показано, что пререабилитация в предоперационном периоде не снижала уровень тревоги и депрессии у больных, а это значит, что состояние стресса остается у больных и требует дальнейших психокоррекционных мероприятий [13].

Высокий уровень тревоги и депрессии у больных свидетельствует о наличии у них психологического дистресса, который значительно ухудшает качество жизни. Исследование качества жизни онкологических больных, как критерий качества проводимого лечения, в том числе реабилитационного, с помощью специализированного опросника EORTC QLQ-C30, традиционно используется многими авторами, в том числе и отечественными исследователями [3,14,15]. В настоящей работе мы пока не применяли эту методику ввиду пилотного характера проекта, сосредоточенного на изучении именно психического статуса пациентов, оперированных по поводу КРР. Полагаем перспективным включение исследования показателей качества жизни данного контингента пациентов для оценки эффективности психологической реабилитации.

ВЫВОДЫ

У больных колоректальным раком, даже при условии малого объема оперативного вмешательства без нарушения непрерывности толстой кишки, в течение первого года после завершения лечения отмечается тревожно-депрессивное состояние, что требует психологической помощи. Эффективными психологическими методами, которые можно рекомендовать для реабилитации больных с КРР, являются сочетание когнитивно-поведенческой психотерапии и методов, основанных на биологической обратной связи.

Однако, несмотря на позитивное влияние программы психологической реабилитации, половина больных,

по-прежнему, испытывают симптомы депрессивного состояния. Это требует более длительных занятий с психологом, а, возможно, привлечение психиатров для лекарственной коррекции психического состояния.

Данное пилотное исследование предназначено для получения предварительных данных, важных для планирования дальнейших этапов исследования с участием большого количества испытуемых и разработки рекомендаций по эффективной психологической реабилитации больных КРР.

Источник финансирования — личные средства авторов.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Концепция и дизайн исследования: Ткаченко Г.А.

Сбор и обработка материалов: Ткаченко Г.А., Мусаев И.Э.

Статистическая обработка: Ткаченко Г.А., Мусаев И.Э.

Написание текста: Ткаченко Г.А., Мусаев И.Э.

Редактирование: Калашникова И.А., Кузьмичев Д.В., Полюновский А.В.

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: Galina A. Tkachenko

Collection and processing of the material: Galina A. Tkachenko, Ivan E. Musaev

Statistical processing: Galina A. Tkachenko, Ivan E. Musaev

Writing of the text: Galina A. Tkachenko, Ivan E. Musaev

Editing: Irina A. Kalashnikova, Dmitriy V. Kuzmichev, Andrey V. Polynovskiy

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ткаченко Галина Андреевна — кандидат психологических наук, медицинский психолог ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ; доцент кафедры психиатрии ФГБУ «ЦГМА» УДП РФ; ORCID 0000-0002-5793-7529

Калашникова Ирина Анатольевна — кандидат медицинских наук, руководитель Центра реабилитации пациентов ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России

Мусаев Иван Эльмарович — ординатор ФГБУ «ЦГМА» УДП РФ; ORCID 0000-0003-2461-7905

Кузьмичев Дмитрий Владимирович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; ORCID 0000-0002-8129-5394

Полюновский Андрей Владимирович — кандидат медицинских наук, научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; ORCID 0000-0002-1148-8051

INFORMATION ABOUT AUTHORS (ORCID)

Galina A. Tkachenko — 0000-0002-5793-7529

Irina A. Kalashnikova

Ivan E. Musaev — 0000-0003-2461-7905

Dmitriy V. Kuzmichev — 0000-0002-8129-5394

Andrey V. Polynovskiy — 0000-0002-1148-8051

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров В.Э., Поделякин К.А. Эпидемиологические аспекты колоректального рака (обзор). *Медицинский альманах*. 2017;4(49):145–148.
2. Hoon LS, Sally C, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(6):883–91. doi: [10.1016/j.ejon.2013.05.001](#)
3. Aminisani N, Nikbakht H, Asghari Jafarabadi M, Shamshirgaran SM. Depression, anxiety, and health related quality of life among colorectal cancer survivors. *J Gastrointest Oncol*. 2017;8:81–88. doi: [10.21037/jgo.2017.01.12](#)
4. Peng Y, Huang M, Kao C. Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):411. doi: [10.3390/ijerph16030411](#)
5. Trépanier M, Minnella EM, Paradis T, Awasthi R, et al. Improved Disease-free Survival After Prehabilitation for Colorectal Cancer Surgery. *Ann Surg*. 2019;270(3):493–501. doi: [10.1097/SLA.0000000000003465](#)
6. Нафедзов И.О., Чернышов С.В., Пономаренко А.А., Фоменко О.Ю., и соавт. Реабилитация пациентов с синдромом низкой передней резекции. *Колопроктология*. 2021;20(2):57–64. doi: [10.33878/2073-7556-2021-20-2-57-64](#)
7. Guan NC, Mohamed S, Tiah LK, Mun TK, et al. Psychotherapy for cancer patients. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(5):414–430. doi: [10.1177/0091217416680197](#)
8. Kim KJ, Na YK, Hong HS. Effects of Progressive Muscle Relaxation Therapy in Colorectal Cancer Patients. *West J Nurs Res*. 2016;38(8):959–73. doi: [10.1177/0193945916635573](#)

REFERENCES

1. Fedorov V.E., Delyakin K.A. Epidemiological aspects of colorectal cancer (review). *Medical almanac*. 2017;4(49):145–148. (in Russ.).
2. Hoon LS, Sally C, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(6):883–91. doi: [10.1016/j.ejon.2013.05.001](#)
3. Aminisani N, Nikbakht H, Asghari Jafarabadi M, Shamshirgaran SM. Depression, anxiety, and health related quality of life among colorectal cancer survivors. *J Gastrointest Oncol*. 2017;8:81–88. doi: [10.21037/jgo.2017.01.12](#)
4. Peng Y, Huang M, Kao C. Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):411. doi: [10.3390/ijerph16030411](#)
5. Trépanier M, Minnella EM, Paradis T, Awasthi R, et al. Improved Disease-free Survival After Prehabilitation for Colorectal Cancer Surgery. *Ann Surg*. 2019;270(3):493–501. doi: [10.1097/SLA.0000000000003465](#)
6. Nafedzov I.O., Chernyshov S.V., Ponomarenko A.A., Fomenko O.Yu., et al. Rehabilitation of patients with low anterior resection syndrome. *Koloproktologia*. 2021;20(2):57–64. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2021-20-2-57-64](#)
7. Guan NC, Mohamed S, Tiah LK, Mun TK, et al. Psychotherapy for cancer patients. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(5):414–430. doi: [10.1177/0091217416680197](#)
8. Kim KJ, Na YK, Hong HS. Effects of Progressive Muscle Relaxation Therapy in Colorectal Cancer Patients. *West J Nurs Res*. 2016;38(8):959–73. doi: [10.1177/0193945916635573](#)

9. Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psychooncology*. Apr-May 2003;12(3):254–66. doi: [10.1002/pon.638](#)
10. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–370.
11. Zhang X, Liu J, Zhu H, Zhang X, et al. Effect of Psychological Intervention on Quality of Life and Psychological Outcomes of Colorectal Cancer Patients. *Psychiatry*. 2020;83(1):58–69. doi: [10.1080/00332747.2019.1672440](#)
12. Kuchler T, Henne-Bruns D, Rappat S, Graul J, et al. Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial. *Hepatogastroenterology*. 1999;46(25):322–35
13. Taha A, Taha-Mehlitz S, Staartjes VE, Lunger F, et al. Association of a prehabilitation program with anxiety and depression before colorectal surgery: a post hoc analysis of the pERACS randomized controlled trial. *Langenbecks Arch Surg*. 2021;406(5):1553–1561. doi: [10.1007/s00423-021-02158-0](#)
14. Li X, Li J, Shi Y, et al. Psychological intervention improves life quality of patients with laryngeal cancer. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:1723–1727. doi: [10.2147/PPA.S147205](#)
15. Шелыгин Ю.А., Муратов И.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г., и соавт. Качество жизни пациентов после расширенной лимфодиссекции при операциях по поводу рака ободочной кишки. *Колопроктология*. 2021;20(2):17–28. doi: [10.33878/2073-7556-2021-20-2-17-28](#)

9. Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psychooncology*. Apr-May 2003;12(3):254–66. doi: [10.1002/pon.638](#)
10. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–370.
11. Zhang X, Liu J, Zhu H, Zhang X, et al. Effect of Psychological Intervention on Quality of Life and Psychological Outcomes of Colorectal Cancer Patients. *Psychiatry*. 2020;83(1):58–69. doi: [10.1080/00332747.2019.1672440](#)
12. Kuchler T, Henne-Bruns D, Rappat S, Graul J, et al. Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial. *Hepatogastroenterology*. 1999;46(25):322–35
13. Taha A, Taha-Mehlitz S, Staartjes VE, Lunger F, et al. Association of a prehabilitation program with anxiety and depression before colorectal surgery: a post hoc analysis of the pERACS randomized controlled trial. *Langenbecks Arch Surg*. 2021;406(5):1553–1561. doi: [10.1007/s00423-021-02158-0](#)
14. Li X, Li J, Shi Y, et al. Psychological intervention improves life quality of patients with laryngeal cancer. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:1723–1727. doi: [10.2147/PPA.S147205](#)
15. Shelygin Yu.A., Muratov I.I., Sushkov O.I., Shakhmatov D.G., et al. Quality of Life after Extended Lymph Node Dissection for Colon cancer. *Koloproktologia*. 2021;20(2):17–28. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2021-20-2-17-28](#)