

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Исокулов Т.У.¹, Мирзаев А.У.*²

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_4_62

¹ Главное Медицинское Управление при Администрации Президента, Республика Узбекистан

² АО «НГМК» РУ «Кызылкум», Республика Узбекистан

Резюме. В статье подробно изложены история развития хирургической проктологии, с момента появления колостомы, наложение анастомозов, этапы хирургического лечения таких пациентов. Методы и результаты реабилитации, принципы наложения и закрытия одно-двустольных колостом, лечение после операционных осложнений. Влияние того или иного метода хирургического лечения на социальную адаптацию и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: реабилитация, хирургия, проктология, колостома, социальная адаптация, качество жизни.

По данным ВОЗ количество пациентов с колостомой на 100 тыс. населения составляет 100–150 человек ежегодно. Осложнения после наложения стомы, возникающие как в раннем послеоперационном периоде, так и отдаленные сроки после операции, составляют от 8 до 90% случаев [1–8]. Вот почему вопросы, связанные с формированием и уходом за стомой, а также организацией соответствующей помощи больным со стомой является одной из актуальных социальных проблем и, в частности, колоректальной хирургии [1–10].

С другой стороны, увеличивающееся количество пациентов с колостомой существенно обостряет социально – экономические проблемы, связанные с повседневным существованием в обществе этой категории инвалидов [1; 9–11].

Пациенты с колостомой, завершив госпитальный и амбулаторный этапы лечения, нуждаются в реабилитации по двум направлениям: медицинской, обусловленной существованием кишечной стомы на передней брюшной стенке; социальной, включающей в себя весь комплекс проблем пребывания пациента в общественной среде, необходимость осуществления комплексной реабилитации, отсутствие единого подхода к этой проблеме во взаимосвязи среди участников реабилитационного процесса [1; 3–11].

Анализ мировой литературы и протоколы многих медицинских учреждений показывает, что формирование одноствольной колостомы, как предварительный этап, так и окончательный вариант оперативного вмешательства, широко применяется в арсенале хирургического

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE OF OPTOMATE PATIENTS BEFORE AND AFTER SURGICAL REHABILITATION

Isokulov T.U.¹, Mirzaev A.U.*²

¹ Main Medical Directorate under the Administration of the President, Uzbekistan

² JSC «NMMC» MA «Kyzyl-Kum», Uzbekistan

Abstract. The article details the history of the development of surgical proctology, from the moment the colostomy appeared, the imposition of anastomoses, the stages of surgical treatment of stoma patients. Methods and results of rehabilitation of stoma patients, principles of application and closure of single-double-barreled colostomy, treatment after surgical complications. Influence of this or that method of surgical treatment on social adaptation and quality of life of patients.

Keywords: Rehabilitation, surgery, proctology, colostomy, social adaptation, quality of life.

лечения заболеваний и травм толстой и прямой кишки, до настоящего времени. Часто многие хирургические вмешательства завершаются в свыше 50% случаев наложением колостомы превентивно, при осложнениях острой кишечной непроходимости [1; 3–8].

В экстренных случаях во время операции формирование колостомы часто сопровождается развитием большого количества параколостомических гнойно-воспалительных осложнений, которые, как правило, не только удлиняют сроки стационарного лечения, но требуют в ряде наблюдений дополнительных хирургических вмешательств, тем самым затрудняют выполнение реконструктивно-восстановительных операций и усложняют медико-социальную и трудовую реабилитацию пациентов, резко снижается их качество жизни, и могут стать причиной летального исхода [1; 3–11].

Известны два метода, конкурирующие между собой. Это ручная техника наложения коло-ректальных анастомозов и наложение с помощью аппаратов [3–8; 12].

В проктологии хирурги должны быть знакомы с обоими методами наложения анастомозов, так как всегда требуется индивидуальный подход каждому пациенту [3–8].

В настоящее время качество жизни (КЖ) больного является важным, а в некоторых ситуациях – основным критерием оценки эффективности лечения. Оно отражает влияние заболевания и лечения на благополучие пациента и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения [10; 11; 13–18].

* e-mail: mirzaev-69@mail.ru

Цель исследования

Улучшение результатов хирургической реабилитации путём оптимизации способов реконструктивно-восстановительных операций и оценки динамики КЖ больных с колостомой.

Материал и методы

Проанализированы результаты наблюдений 397 пациентов с колостомой за период 2012–2019 гг., находившихся на стационарном лечении в Республиканской Клинической Больнице №1 Республики Узбекистан.

Все пациенты обследовались по стандартной схеме, включающей данные клинического осмотра специалистов и инструментальные методы исследования: ЭКГ; УЗИ; рентгеноскопия; эзофагогастродуоденоскопия; фиброколоноскопия; ректороманоскопия; цифровая сфинктерометрия; проктография; ирригография; лапороскопия диагностическая; пауч-графия по мере необходимости.

Для исключения новообразования МРТ при необходимости – мульти спиральная методы исследования. ПЭТ применяли в редких случаях для определения метастазов новообразований брюшной полости и в другие органы организма.

Для оценки качества жизни применяли опросники: Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации. После установления диагноза все пациенты были подвержены оперативному вмешательству – наложения колостом, наложения различных анастомозов и другим реконструктивным методам операции.

Результаты и обсуждение

Всего обследовано 397 пациентов с колостомой за период 2012–2019 гг., находившихся на стационарном лечении в Республиканской Клинической Больнице №1 Республики Узбекистан.

Анализ возрастного аспекта показал, что большинство обследованных были молодого возраста (18–44 лет; 74%), пациенты мужчины преобладали над женщинами на 10% (табл. 1).

Пациенты 18–44 летном возрасте наблюдались 73%, на долю мужчин 55% а женщин 45%, это связано с образом жизни и другими факторами приводящие к нарушениям функции кишечника.

Таким образом, анализ наблюдений показал, что заболевание пациентов происходит в основном на работоспособный возраст 18–59 лет около 93% что проблему делает очень актуальным.

Все пациенты по степени тяжести течения заболевания были разделены на 3 группы. В I группу вошли 131 (33%) вновь обратившийся пациент, которым была наложена колостома, анастомозы и другие виды хирургических вмешательств, их состояние оценивалось как

Табл. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту (n = 397)

Возраст (лет)	Пол				Количество пациентов	
	Мужчины		Женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18–44*	160	54,79	132	45,21	292	73,55
45–59	47	60,26	31	39,74	78	19,65
60–74	14	56,00	11	44,00	25	6,30
75–90	2	100,00	0	0,00	2	0,50
Всего	223	56,17	174	43,83	397	100,00

Примечание: * – 16 лет – 2 муж. и 1 жен., 17 лет – 1 муж. Пациенты старше 90 лет в нашем исследовании не наблюдались.

Табл. 2. Нозологические формы заболеваний, по поводу которых наложены илео или колостомы (n = 397)

№	Нозологическая форма	Кол-во	%
1	Неспецифический язвенный колит	140	35,3
2	Амебиаз толстой кишки	2	0,5
3	Заворот сигмовидной кишки	9	2,3
4	Травма живота	3	0,8
5	Дивертикулёз толстой кишки	12	3,0
6	Болезнь Крона	11	2,8
7	Диффузный полипоз толстой кишки	3	0,8
8	Болезнь Гиршпрунга	5	1,3
9	Кишечное кровотечение	98	24,7
10	Стриктура кишечника	30	7,6
11	Язвенный проктит	10	2,5
12	Перитонит, гнойно-воспалительные заболевания	19	4,8
13	Язва 12-перстной кишки	3	0,8
14	Непроходимость кишечника	19	4,8
15	Спаечная болезнь кишечника	14	3,5
16	Абдоминальный болевой синдром	15	3,8
17	Миома матки	4	1,0
Всего:		397	100%

более легкой степени. Во II группу вошли 133 (33,5%) пациента, перенесшие раннее различные виды хирургического вмешательства, их состояние оценивалось как средней степени тяжести. В III группу вошли 133 (33,5%) пациента, их состояние оценивалось как тяжелой степени (неоднократно перенесшие различные хирургические вмешательства и продолжающие болеть).

Причины наложения колостомы: неспецифический язвенный колит – 140 (35,3%); кишечное кровотечение – 98 (24,7%); стриктура кишечника – 30 (7,6%); гнойно-воспалительные заболевания кишечника и перитонит – 19 (4,8%); язвенный проктит – 19 (4,8%); абдоминальный болевой синдром – 15 (3,8%); спаечная болезнь кишечника – 14 (3,5%); дивертикулёз толстой кишки – 12 (3%); болезнь Крона – 11 (2,5%); язвенный проктит – 10 (2,5%); заворот кишечника – 9 (2,3%); болезнь Гиршпрунга – 5 (1,3 %); травма живота – 3; язва 12-перстной кишки с перфорацией – 3 и амебиаз кишечника – 2 наблюдений (табл. 2).

Всем 397 пациентам были выполнены различные хирургические вмешательства в зависимости от локали-

Табл. 3. Виды первичных хирургических вмешательств (n = 397)

№	Методы операций	Кол-во	%
1	Наложение илео- или колостомы	243	48,6
2	Асцендостома	2	0,4
3	Десцендостома	26	5,2
4	Илеостома	177	35,4
5	Колостома	8	1,6
6	Операция Гартмана	3	0,6
7	Сигмостома	23	4,6
8	Трансверзостома	14	2,8
9	Цекостома	4	0,8
Итого:		500	100%

зации и происхождения кишечной патологии, при этом всего проведено 500 вмешательств. Это объясняется тем, что отдельным пациентам было выполнено несколько операций (табл. 3).

Пациентам I группы наложение анастомозов является преимущественным методом выбора операции, которое приводит к скорейшему выздоровлению (табл. 4).

Пациентам I группы больше всего было наложено анастомозов – 78 (60%); на втором месте наложение двухствольной стомы 35 (27%); наложение одноствольной стомы – 8 (6%); реконструктивные операции – 6 (5%); консервативное лечение – 4 (3%).

Пациентам II группы больше всего было выполнено: закрытие двухствольной стомы 35 (26%); на втором месте наложение анастомозов – 28 (21%); закрытие одноствольной стомы – 15 (11%); реконструктивные операции – 15 (11%); консервативное лечение – 40 (30%). Пациентам II группы наложение анастомозов по сравнению I группой три раза меньше, но остается методом выбора хирургического лечения. Многие пациенты (30%) II группы получили консервативное лечение и реабилитационную терапию (табл. 5).

Пациентам III группы больше всего было выполнено: закрытие двухствольной стомы – 38 (29%); на втором месте закрытие одноствольной стомы – 26 (19%); наложение анастомоза – 24 (18%); реконструктивные операции – 15 (11%); консервативное лечение – 30 (23%). Пациентам III группы наложение анастомозов проводилось меньше по сравнению с I и II группами, но остается методом выбора хирургического лечения. В I группу вошли пациенты вновь обратившиеся с кровотечениями или абдоминальной болью, интоксикационным синдромом, консервативное лечение проводилось всего 4 (22%) больным (табл. 6).

Среди 397 пациентов консервативное лечение получили 74 (18%). В I группе 4 (3%) после операции дополнительно проводилось консервативное лечение, признаки кишечной непроходимости разрешились и дополнительного хирургического вмешательства не требовалось, во II группе 40 (30%) ранее перенесшие операции пациенты после проведенного консервативного лечения признаки динамической кишечной непроходи-

Табл. 4. Характер видов лечения пациентов I группы (n = 131)

Виды лечения	Число abs.	%
1. Наложение одноствольной стомы	8	6,1
2. Наложение двухствольной стомы	35	26,7
3. Наложение анастомоза	78	59,5
4. Реконструктивные операции	6	4,6
5. Консервативное лечение	4	3,1
Итого:	131	100

Табл. 5. Характер лечения пациентов II группы (n = 133)

Виды лечения	Число abs.	%
1. Закрытие одноствольной стомы	15	11,3
2. Закрытие двухствольной стомы	35	26,3
3. Наложения анастомозов	28	21,1
4. Реконструктивные операции	15	11,3
5. Консервативное лечение	40	30,1
Итого:	133	100

Табл. 6. Характер лечения пациентов III группы (n = 133)

Виды лечения	Число abs.	%
1. Закрытие одноствольной стомы	26	19,5
2. Закрытие двухствольной стомы	38	28,6
3. Наложения анастомозов	24	18,0
4. Реконструктивные операции	15	11,3
5. Консервативное лечение	30	22,6
Итого:	133	100

мости разрешились и хирургическое вмешательство не требовалось, в III группе 30 (23%) в анамнезе перенесшие многократные оперативные вмешательства при проведении консервативного лечения признаки динамической кишечной непроходимости разрешились.

Сравнительный анализ хирургического лечения 397 пациентов показал следующие результаты. Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех группах, соотношение к общему числу пациентов – 33%, на втором месте наложение и закрытие двухствольной стомы – 108 (33%) из общего числа – 27%, наложение и закрытие одноствольной стомы – 49 (15%) из общего числа 12% и реконструктивные операции – 36 (11%), из общего числа – 9% (табл. 7).

В нашем исследовании сроки проведения восстановительных операций разработаны с учетом заболевания, по поводу которого произведено наложение стомы, объема произведенного оперативного вмешательства и общего состояния больного при этом травмы живота 2,5–4 месяца, язвенно-воспалительные заболевания – 8–10 месяцев.

Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех группах, соотношение к общему числу пациентов – 33%, на втором месте наложение и закрытие двухствольной

Табл. 7. Показатели пациентов после хирургического лечения (n = 397)

	Название операции	Группы						Итого в группах		Итого n = 397
		1 группа		2 группа		3 группа		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
1	Закрытие одноствольной стомы	8	6,3	15	16,1	26	25,2	49	15,2	12,3
2	Закрытие двуствольной стомы	35	27,6	35	37,6	38	36,9	108	33,4	27,2
3	Наложения анастомозов	78	61,4	28	30,1	24	23,3	130	40,2	32,7
4	Реконструктивные операции	6	4,7	15	16,1	15	14,6	36	11,1	9,1
Итого		127	100	93	100	103	100	323	100	81,4

стомы – 108 (33%) из общего числа – 27%, наложение и закрытие одноствольной стомы – 49 (15%) из общего числа – 12% и реконструктивные операции – 36 (11%), из общего числа – 9%, консервативное лечение проведено в I группе 4 (3%), во II группе 40 (30%), в III группе 30 (23%), то есть 74 (19%) пациентам из числа всех обследованных (табл. 8).

Тип формируемого анастомоза в значительной степени зависит от топографо-анатомических взаимоотношений, сложившихся на данный момент в брюшной полости. Для выбора рационального метода операции не-

маловажное значение имеет также тип сформированной илео- или колостомы, объем произведенной резекции, длины проксимального и дистального отделов кишечной трубки до стомы.

Исследование качества жизни 397 пациентов достигалось с применением Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации.

Во всех группах больше всего ухудшались такие параметры опросника EuroQol-5D, как боль/дискомфорт и тревога/депрессия. Исследование КЖ пациентов во всех группах проводилось до и после хирургического лечения (табл. 9–10).

Анализ результатов исследования КЖ 397 пациентов показали что данные полученные во всех трех группах различные, ухудшение показателей КЖ первой группы не сильно отличаются от нормальных, во второй группе было выявлено что показатели КЖ пациентов умеренно ухудшались, в третьей группе данный показатель КЖ пациентов сильно ухудшались и медленно восстанавливались.

Дескрипторы боль/дискомфорт и тревога/депрессия были отклонены большей степени от нормы во II и III группах и медленно восстанавливались, показатели КЖ пациентов первой группы приходили в норму сразу после хирургического лечения.

Табл. 8. Общие показатели проведения лечения пациентов групп (n = 397)

1 группа n = 131			2 группа n = 133			3 группа n = 133		Итого	
Название лечение	n	%	Название лечение	n	%	n	%	n	%
Наложения одноствольной стомы	8	6,1	Закрытие одноствольной стомы	15	11,3	26	19,5	49	12,3
Наложения двуствольной стомы	35	26,7	Закрытие двуствольной стомы	35	26,3	38	28,6	108	27,2
Наложения анастомозов	78	59,5	Наложения анастомозов	28	21,1	24	18,0	130	32,7
Реконструктивные операции	6	4,6	Реконструктивные операции	15	11,3	15	11,3	36	9,1
Консервативное лечение	4	3,1	Консервативное лечение	40	30,1	30	22,6	74	18,6
Итого:	131	100	Итого;	133	100	133	100	397	100

Табл. 9. Показатели опросника EuroQol-5D до лечения (n = 397)

Группы	Количество пациентов	M (мобильность)	C (Само-обслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состоян. здоровья
1	131	1	1	0,39658	0,123	0,08611	0,66271
2	133	1	1	0,3404	0,123	0,08465	0,6645
3	133	1	1	0,34767	0,123	0,08727	0,65795
Итого:	397	1	1	0,36138	0,123	0,08601	0,661705

Табл. 10. Показатели опросника EuroQol-5D после лечения (n = 397)

Группы	Количество пациентов	M (мобильность)	C (Само-обслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/дискомфорт)	Т/Д (Тревога депрессия)	EQ-балл состоян. здоровья
1	131	1	1	0,38922	0,4979	0,95208	-0,57638
2	133	1	1	0,3259	0,5244	1,025	-0,6124
3	133	1	1	0,3501	0,3727	0,9483	-0,4421
Итого:	397	1	1	0,354912	0,464848	0,975237	-0,54345

Табл. 11. Показатели шкалы ВАШ до лечения (n = 397)

Группы	Кол-во пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4-6)	4-очень сильная боль (7-9)	5-нестерпимая боль (10)
1	131	0	113	18	0	0
2	133	0	51	80	1	1
3	133	0	15	96	18	3
Итого	397	0	179	194	19	4

Обследование 397 пациентов показало, что, больше всего страдают параметры КЖ боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому способствует эмоциональное состояние пациентов.

Болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состояние пациентов, являясь провоцирующим фактором ухудшения КЖ пациентов.

Для полноценной оценки КЖ жизни пациентов необходимо применение двух или более опросников, охватывающих больше нарушенных дескрипторов и показателей. Для исследования параметров болевого синдрома нами было использовано шкала (ВАШ) для полноты исследования использовали её модифицированную форму. Показатели ВАШ до проведения хирургического лечения выявили в I группе слабую боль (1-3 балла) у 113 (86%), умеренную боль (4-6 балла) у 18 (14%), во II группе слабую боль у 51 (38%), умеренную у 80 (60%), очень сильную боль (7-9 балла) у одного пациента, нестерпимую боль (10 баллов) у одного пациента, в III группе слабую боль у 15 (11%), умеренную у 96 (72%), очень сильную 18 (14%), нестерпимую боль у 3 (2%) пациентов (табл. 11).

После проведения хирургического лечения во всех группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь у одного пациента II группы и четырех пациентов III группы, что доказывает эффективность метода лечения. Послеоперационные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (табл. 12).

Модифицированный вариант ВАШ и его пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром, отсутствие боли (0 балла), слабая боль (1-3 балла), умеренная боль (4-6 балла), очень сильная боль (7-9 балла), нестерпимая боль (10 балла) что означает максимальный вариант возможного ощущения болевого синдрома.

Выводы

1. Анализ наблюдений показал, что заболевание происходит в основном в работоспособном возрасте 18-59 лет около 93%, что проблему делает очень актуальной.
2. Выбор способа восстановительной операции должен определяться индивидуально, с учетом характера ранее перенесенных операций на толстой кишке, длины оставшегося отрезка ободочной и кульги прямой кишки, анатомо-топографических особенностей,

Табл. 12. Показатели шкалы ВАШ после лечения (n = 397)

Группы	Кол-во пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4-6)	4-очень сильная боль (7-9)	5-нестерпимая боль (10)
1	131	131	0	0	0	0
2	133	132	1	0	0	0
3	133	129	4	0	0	0
Итого	397	392	5	0	0	0

определяющих возможности мобилизации проксимального отдела толстой кишки, а также степени развития спаечного процесса брюшной полости.

3. Реконструктивно-восстановительные операции должны выполняться в специализированных учреждениях, хирургами с достаточным опытом лечения пациентов с колостомой.
4. Обследование 397 пациентов показало, что больше всего страдают параметры КЖ боль/дискомфорт и тревога/депрессия, этому способствует эмоциональное состояние пациентов.
5. ВАШ и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром, отсутствие боли (0 балла), слабая боль (1-3 балла), умеренная боль (4-6 балла), очень сильная боль (7-9 балла), нестерпимая боль (10 балла) что означает максимальный вариант возможного ощущения болевого синдрома.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Андреева О.С., Великолуг К.А., Суханов В.Г. Реабилитация больных и инвалидов, перенесших оперативные вмешательства на тонком и толстом кишечнике // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2011. – №1. – С.20-24. [Andreeva OS, Velikolug KA, Sukhanov VG. Rehabilitation of sick and disabled people who have undergone surgical interventions on the small and large intestines. Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry. 2011; 1: 20-24. (In Russ.)]
2. Крокер Л.К. Введение в классическую и современную теорию тестов: учебник. – М.: Логос, 2010. – 668 с. [Crocker LK. Introduction to classical and modern test theory: textbook. Moscow: Logos, 2010: 668 p. (In Russ.)]
3. Arezzo A, Passera R, Lo Secco G, et al. Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc.* 2017; 86(3): 416-26.
4. Everhov ÅH, Kalman TD, Söderling J, et al. Probability of stoma in incident patients with Crohn's disease in Sweden 2003-2019: A population-based study. *Inflamm Bowel Dis.* 2022; 28(8): 1160-8.
5. Gan J, Hamid R. Literature review: Double-barrelled wet colostomy (one stoma) versus ileal conduit with colostomy (two stomas). *Urol Int.* 2017; 98(3): 249-54.
6. Hallam S, Mothe BS, Tirumalaju RMR. Hartmann's procedure, reversal and rate of stoma-free survival. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018; 100(4): 301-7.
7. Koc U, Karaman K, Gomceli I, et al. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manage.* 2017; 63(1).
8. Qureshi A, Cunningham J, Hemandas A. Emergency stomas; should non-colorectal surgeons be doing it? *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2018; 11(4).

9. Дейнека Н. В. Психическая адаптация к ситуации стомирования кишечника // Неврологический вестник журнал имени В.М. Бехтерева. – Казань, 2015. – Т.XLVII. – С. 58-63. [Deineka NV. Mental adaptation to the situation of intestinal ostomy. Neurological Bulletin Journal named after V.M. Bekhterev. 2015; XLVII: 58-63. (In Russ.)]
10. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: 2013. – №1. – С.119-133. [Evsina OV. Quality of life in medicine is an important indicator of the patient's health status (literature review). Personality in a changing world: health, adaptation, development. 2013; 1: 119-133. (In Russ.)]
11. Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Аминова Э.М. и др. Качество жизни пациентов с кишечной стомой после пластики парастомальной грыжи // Медицинский вестник Башкортостана. – 2021. – Т.16. – №5. – С.13-16. [Ibatullin AA, Eibov RR, Aminova EM, et al. Quality of life of patients with intestinal stoma after parastomal hernia repair. Medical Bulletin of Bashkortostan. 2021; 5(16): 13-16. (In Russ.)]
12. Янышев А.А., Базаев А.В., Абелевич А.И., и др. Хирургическое лечение парастомальных грыж // Медицинский альманах. – 2018. – №1-(52). – С.76-79. [Yanyshv AA, Bazaev AV, Abelevich AI, et al. Surgical treatment of parastomal hernias. Medical almanac. 2018; 1 (52): 76-79. (In Russ.)]
13. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – 3-е изд., перераб. и доп.: под ред. академика РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: РАЕН, 2012. – 528 с. [Novik AA. Guide to the study of quality of life in medicine. 3rd ed., revised. and additional: ed. Academician of the Russian Academy of Medical Sciences Yu.L. Shevchenko. Moscow.: RANS, 2012: 528 p. (In Russ.)]
14. Николаев Е.Л. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // Вестник Чувашского университета. – 2014. – №2. – С.310-315. [Nikolaev EL. Assessing health-related quality of life: Are doctors healthier than teachers? Bulletin of the Chuvash University. 2014; 2: 310-315. (In Russ.)]
15. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П. и др. Исследование качества жизни в кардиологии // Вестник международного центра исследования качества жизни. – 2007. – №9-10. – С.4-14. [Shevchenko YuL, Novik AA, Tyurin VP, et al. Study of quality of life in cardiology. Bulletin of the international center for quality of life, research. 2007; 9-10: 4-14. (In Russ.)]
16. Näsval P, Dahlstrand U, Löwenmark T, et al. Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. Qual Life Res. 2017; 26(1): 55-64.
17. Szpilewska K, Juzwizsyn J, Bolanowska Z, et al. Akceptacja choroby a jakość życia pacjentów ze stomią. Pol Przegl Chir. 2018; 90(1): 13-7.
18. Zewude WC, Derese T, Suga Y, Teklewold B. Quality of life in patients living with stoma. Ethiop J Health Sci. 2021; 31(5).