

## ПОКАЗАТЕЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ



Исокулов Тулкин Уралович

Главное Медицинское Управление при Администрации Президента Республики Узбекистан, г. Ташкент

## ИЧАК СТОМАСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ХИРУРГИК РЕАБИЛИТАЦИЯ ВА ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Исокулов Тўлкин Уралович

Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги Тиббиёт бош бошқармаси, Тошкент ш.

## INDICATORS OF SURGICAL REHABILITATION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INTESTINAL STOMA

Isokulov Tulkin Uralovich

Main Medical Directorate under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [tolqinisakulov@gimail.com](mailto:tolqinisakulov@gimail.com)

---

**Резюме.** Мақолада колостомия, анастомоз пайдо бўлган пайтдан бошлаб жарроҳлик проктологиясининг ривожланиш тарихи ва ичак оқмаси бўлган беморларни жарроҳлик даволаш босқичлари батафсил ёритилган. Ичак оқмаси бўлган беморларни реабилитация қилиш усуллари, бир ва икки стволли колостомаларни қўллаш ва ёпиш тамойиллари, жарроҳлик асоратларидан кейин даволаш натижалари келтирилган. Жарроҳлик даволашнинг у ёки бу усулининг беморларнинг ижтимоий мослашуви ва ҳаёт сифатига таъсири.

**Калим сўзлар:** Реабилитация, жарроҳлик, проктология, колостомия, ижтимоий мослашув, ҳаёт сифати.

**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.

**Key words:** Rehabilitation, surgery, proctology, colostomy, social adaptation, quality of life.

---

**Актуальность.** 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 лечения заболеваний и травм толстой и прямой кишки. Часто многие хирургические вмешательства завершаются свыше 50% случаев с наложением колостом превентивно, при осложнениях острой кишечной непроходимости [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13].

В экстренных случаях, когда не было заранее запланировано хирургическое вмешательство во время операции формирование колостомы часто сопровождается развитием большого числа параколостомических гнойно-воспалительных

осложнений, которые, как правило, не только удлиняют сроки стационарного лечения, требуют в ряде наблюдений дополнительных хирургических вмешательств, тем самым затрудняют выполнение реконструктивно восстановительных операций и усложняют медико-социальную и трудовую реабилитацию колостомированных пациентов, резко снижается качества жизни пациентов и могут явиться причиной летального исхода [9, 10, 11, 12, 13].

В современной литературе известно, что стомированные пациенты в своих воображениях для себя образует некий, комплекс неполноценности которое продолжается до полного его выздоровления. Каждое общение пациента с окружающими его ущемляет, иногда ему хочется уединиться, всегда посещают мысли, когда же нач-

ну полноценно жить, чувствуя свое безвыходность. Комплекс неполноценности часто образуется в результате не достаточной информированности пациента. Психологическое истощение приводит к физической усталости, часто пациент испытывает слабость, недомогание. Пациент начинает впадать в состояние депрессии, нарушается образ жизни поневоле, ухудшается его социальная адаптация, всё это влияет на качество жизни. Любая психологическая поддержка пациента улучшает его социальную адаптацию и качество жизни [5].

Среди хирургов современности известны два метода, конкурирующие между собой постоянно, это ручные техники наложения колоректальных анастомозов и наложения с помощью аппаратов [10, 16].

В проктологии колоректальные хирурги должны быть знакомы с обоими методами наложения анастомозов так как всегда требуется индивидуальный подход каждому пациенту [10, 14, 15].

В настоящее время качество жизни (КЖ) больного является важным, а в некоторых ситуациях - основным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях. Качество жизни отражает влияние заболевания и лечения на благополучие пациента и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения.

**Цель** - улучшение результатов хирургической реабилитации, путём оптимизации способов реконструктивно-восстановительных операций и изучение динамики качества жизни больных с кишечной стомой.

**Материал и методы.** Нами проанализированы результаты наблюдений 397 пациентов с кишечной стомой за период 2012-2019 гг., находившихся на стационарном лечении в Республи-

канской клинической больнице №1 г. Ташкента. Все пациенты обследовались по стандартной схеме, включающий данные клинического осмотра специалистов и инструментальные методы исследования: ЭКГ; УЗИ; рентгеноскопия; эзофагогастроудено-скопия; фиброколоноскопия; ректороманоскопия; цифровая сфинктерометрия; проктография; ирригография; колоноскопия; лапороскопия диагностическая; пауч-графия по мере необходимости.

Для исключения новообразования в брюшной полости и выявления других патологий использовалась магниторезонансная томография (МРТ) при необходимости мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием и другие необходимые инструментальные методы исследования.

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 колостомы, наложения различных анастомозов и другим реконструктивным методам операции.

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

18-44-летнего возраста составили 73%, на долю мужчин 55% а женщин 45%, это связано с образом жизни и другими факторами, приводящими к нарушениям функции кишечника.

Анализ наблюдения показал, что, заболевание пациентов приходится в основном на работоспособный возраст 18-59 лет около 93% что проблему делает очень актуальной.

**Таблица 1.** Распределение пациентов по полу и возрасту

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

**Таблица 2.** Показатели сопутствующей патологии пациентов

Наименования	Число	%
Не специфический язвенный колит (НЯК)	48	29,1
Псевдополипоз	41	24,8
Стриктура кишечника	22	13,3
ИБС. стенокардия напряжения (СН).	10	6,1
Болезнь Крона	10	6,1
Гепатит	7	4,2
Холецистит	6	3,6
Миома матки	5	3,0
Гаген Торену	4	2,4
Пневмония	4	2,4
Другие: (Артрит-3, Цистит- 2, Аднексит-1, Амёбиаз-1, Болезнь Дауна-1)	8	4,8
Итого:	165	100%

**Таблица 3.** Распределение пациентов по группам

Группы	Количество пациентов	%
1	131	33,0
2	133	33,5
3	133	33,5
Итого:	397	100

При обследовании соматического статуса пациентов выявлено, неспецифический язвенный колит 48 (29%), псевдополипоз 41 (25%), стриктура кишечника 22 (13%) больше половины наблюдений вышеуказанных патологий, остальные ИБС стенокардия напряжения 10 (6%), болезнь Крона 10 (6%), гепатит 7 (4%), холецистит 6 (4%), миома матки 5 (3%), Гаген Торену 4 (2%), пневмония 4 (2%), другие (5%), (артрит 3, цистит 2, аднексит 1, амёбиаз 1, болезнь Дауна 1) (табл. 2).

Из общего числа 397 пациентов сопутствующей патологией наблюдались у 165 (42%). Качество жизни пациентов сопутствующими патологиями страдали большей степени, после лечения и реабилитации восстанавливались медленно.

Все 397 пациенты по степени тяжести течения заболевания были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 131 (33%) пациента вновь обратившийся, которым были проведены операции по наложению колостом, анастомозов и другие различные виды хирургического вмешательства, их состояния оценивалось как более легкой степени. Во вторую группу вошли 133 (33,5%) пациента перенесшие раннее различные виды хирургического вмешательства, их состояние по заболеванию оценивалось как средней степени тяжести. В третью группу вошли 133 (33,5%) пациента их состояния оценивались как тяжелой степени, неоднократно перенесшие различные хирургические вмешательства и продолжающийся болей (табл. 3).

Анализ полученных данных 397 пациентов по видам проведенного лечения показали следующие результаты: Пациентам первой группы больше всего были наложены анастомозы 78 (60%); на втором месте наложение двухствольной стомы 35 (27%); наложение одноствольной стомы 8 (6%); реконструктивные операции 6 (5%); консервативное лечение 4 (3%). Пациентам данной группы наложение анастомозов является преимущественным методом выбора операции которое позволяет скорейшего выздоровления (табл. 4).

Пациентам второй группы больше всего были проведены операции: 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 данной группы наложение анастомозов по сравнению первой группой три раза меньше, но остается методом выбора хирургического лечения. Многие пациенты (30%) данной группы получили консервативное лечение и получали реабилитационную терапию (табл. 5).

Пациентам третьей группы больше всего были проведены операции: 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 данной группы наложение анастомозов проводилось меньше по сравнению с первой и второй группой, но остается методом выбора хирургического лечения.

**Таблица 4.** Показатели видов лечения пациентов первой группы

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

**Таблица 5.** Показатели видов лечения пациентов второй группы

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

**Таблица 6.** Показатели видов лечения пациентов третьей группы

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

**Таблица 7.** Пациенты получившие консервативное лечение

Группы	Количество пациен- тов	%	Число abs.	%	процент из общего число пациентов груп- пе, %
1	131	33,0	4	5,4	3,1
2	133	33,5	40	54,1	30,1
3	133	33,5	30	40,5	22,6
Итого:	397	100	74	100	18,6

**Таблица 8.** Показатели пациентов после хирургическое лечение

	Название операции	Группы						Итого в группах		Итого, n=397
		1 группа		2 группа		3 группа		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
1	Наложение и закрытие одноствольной стомы	8	6,3	15	16,1	26	25,2	49	15,2	12,3
2	Наложение и закрытие двуствольной стомы	35	27,6	35	37,6	38	36,9	108	33,4	27,2
3	Наложения анастомоза	78	61,4	28	30,1	24	23,3	130	40,2	32,7
4	Реконструктивная операция	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

**Таблица 9.** Общие показатели проведения лечения пациентов групп

Название лечение	1 группа n=131		Название лечение	2 группа, n=133		3 группа, n=133		Итого	
	n	%		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 анастомоза	78	59,5	Наложения анастомоза	28	21,1	24	18,0	130	32,7
Реконструктивная операция	6	4,6	Реконструктивная операция	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

**Таблица 10.** Показатели опросника EuroQul-5D до лечения

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состояния 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

**Таблица 11.** Показатели опросника EuroQul-5D после лечения

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состояния 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

**Таблица 12.** Показатели Шкалы ВАШ до лечения

Группы	Количество 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

**Таблица 13.** Показатели Шкалы ВАШ после лечения

Группы	Количество 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

Консервативное лечение пациентам данной группы проводилось 22 %, продолжают болеть и получают реабилитационную терапию (табл. 6).

Среди 397 пациентов консервативное лечение получили 74 (18%). В первой группе 4 (3%) после операции дополнительно проводилось консервативное лечение, признаки кишечной непроходимости разрешились и дополнительного хирургического вмешательства не требовалось, во второй группе 40 (30 %) ранее перенесшие операции пациенты после проведенного консервативного лечения признаки динамической кишечной непроходимости разрешились и хирургическое вмешательство не требовалось, в третьей группе 30 (23 %) в анамнезе перенесшие многократные оперативные вмешательства при проведении консервативного лечения признаки динамической кишечной непроходимости разрешились (табл. 7).

Сравнительный анализ хирургического лечения 397 пациентов показали следующие результаты.

Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых группах, соотношение к общему числу пациентов 33 %, на втором месте наложение и закрытие двустольной 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 %, это будет выглядеть следующим образом (табл. 8).

Сравнительный анализ лечения 397 пациентов показали следующие результаты. Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых группах, соотношение к общему числу пациентов 33 %, на втором месте наложение и закрытие двустольной 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 первой группе 4 (3 %), во второй группе 40 (30 %), в третьей группе 30 (23 %), то есть 74 (19 %) пациентам из числа всех исследованных.

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.

Анализ результатов исследования качества жизни (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 дан-

ный показатель КЖ пациентов сильно ухудшались и медленно восстанавливались. Во всех исследуемых группах больше всего ухудшались параметры опросника EuroQol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия. Исследование КЖ пациентов во всех группах проводилось до и после проведения хирургического лечения (табл. 10-11).

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

Исследование 397 пациентов показало, что, больше всего страдает 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 охватывающие по 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 первой группе слабую боль (1-3 балла) у 113 (86%), умеренную боль (4-6 балла) у 18 (14%), во второй 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 третьей группе слабую боль у 15 (11%), умеренную у 96 (72%), очень сильную 18 (14%), нестерпимую боль у 3 (2%) пациентов (табл.12).

После проведения хирургического лечения во всех трех группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь у одного пациента второй группы и четырех пациентов третьей группы, что доказывает эффективность метода лечения. 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. Послеоперационные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (табл.13).

**Заключение.** Таким образом, пациенты 18-59 летнем возрасте наблюдались 93%, на долю мужчин 55% а женщин 55%, заболевание прихо-

дила в основном на работоспособный возраст что проблему делает очень актуальным.

Из общего числа 397 пациентов сопутствующие патологии наблюдались у 165 (42%). Качество жизни пациентов сопутствующими патологиями страдали большей степени, после лечения и реабилитации восстанавливались медленно.

Послеоперационные наблюдение пациентов первой группы показало что больше всего были наложены анастомозы 78 (60 %), на втором месте наложение двухствольной стомы 35 (27 %), наложение одноствольной стомы 8 (6 %), реконструктивные операции 6(5 %), консервативное лечение 4 (3 %). Пациентам данной группы наложение анастомозов является преимущественным методом выбора операции которые позволили скорейшему выздоровлению.

Сравнительный анализ хирургического лечения 397 пациентов показали следующие результаты. Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых 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 %.

Анализ результатов исследования качества жизни (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. Во всех исследуемых группах больше всего ухудшались параметры опросника EuroQol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия.

Визуально-аналоговая шкала (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.

#### **Выводы:**

1. Анализ наблюдения показало, что, заболевание пациентов приходит в основном на работоспособный возраст 18-59 лет около 93% что проблему делает очень актуальным.

2. Из общего числа 397 пациентов сопутствующей патологией наблюдались у 165 (42%). Качество жизни пациентов сопутствующими патологиями страдали большей степени, после ле-

чения и реабилитации восстанавливались медленно.

3. Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых группах, соотношение к общему числу пациентов 33 %, на втором месте наложение и закрытие двухствольной стомы 108 (33 %) из общего числа 27 %.

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

5. Визуально-аналоговая шкала 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.

#### **Литература:**

1. Батыров А.К., Хакимов Д. М, Нишанов М.Ф. и др. / Кишечные стомы: история вопроса и современное состояние проблемы (обзор литературы) // International Scientific Journal Theoretical & Applied Science. - 2021. - 02 (94). - С. 283-288.
2. Белоконев В. И., Белоконев В.И., Федорин А.И. / Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью // Вестник Авиценны. - 2012. - №3. - С. 30-33.
3. Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Зимин Ю.И. и др. / Структура осложнений при формировании и закрытии превентивных илео- и колостом // Уральский медицинский журнал. - 2020. - №05 (188). - С. 81-85.
4. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Воронин Ю.С. / Внедрение программы ускоренного выздоровления при реконструктивно-восстановительных операциях у стомированных больных // Колопроктология. - 2020. - №1 Т. 19. - С. 67-72.
5. Дейнека Н. В. / Психическая адаптация к ситуации стомирования кишечника // Неврологический вестник журнал имени В. М. Бехтерева. - Казань, 2015. - Том XLVII Вып.- С. 58-63.
6. Косован В. Н. / Реконструктивно-восстановительные операции у больных с временными двухствольными энтеро колостомами // Украинский журнал хирургии. - 2012. - № 4 (19). - С. 105-109.
7. Степченко Р. П. / Основные подходы к ведению взрослых пациентов с кишечной стомой // Справочник врача общей практики. - 2019. - № 5. - С. 20-45.
8. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Пилюев Д.В. и др. / Оценка степени выраженности воспалитель-

ных изменений операционной раны после закрытия превентивной кишечной стомы // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. - 2016. - Т. 4. № 2 (12). - С. 89-95.

9. Янышев А.А., Базаев А.В., Абелевич А.И., Лебедева М.И. / Хирургическое лечение парастомальных грыж // Медицинский альманах. - 2018. - №1 (52). - С. 76-79

10. Ayaz-alkaya S. / Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. // Int Wound J. 2019 Feb; 16(1):243-249.

11. Cornille JB, Pathak S, Daniels IR, Smart NJ. / Prophylactic mesh use during primary stoma formation to prevent parastomal hernia. // Ann R Coll Surg Engl. 2017 Jan; 99(1):2-11

12. Cressey BD, Belum VR, Scheinman P, Silvestri D, McEntee N, Livingston V, Lacouture ME, Zippin JH. / Stoma care products represent a common and previously underreported source of peristomal contact dermatitis. // Contact Dermatitis. 2017 Jan; 76(1):27-33.

13. Doud AN, Levine EA, Fino NF, Stewart JH, Shen P, Votanopoulos KI. / Stoma creation and reversal after cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. // Ann Surg Oncol. 2016 Feb; 23(2):503-10.

14. Kita Y, Mori S, Tanabe K, Baba K, Tanoue K, Idichi T, Wada M, Arigami T, Sasaki K, Maemura K, Natsugoe S. / Clinical prospects for laparoscopic stoma closure of a temporary loop ileostomy: Initial

experience and report. // Asian J Endosc Surg. 2020 Oct; 13(4):618-621.

15. Li L.T., Hicks S.C., Davila J.A. [et al.] / Circular closure is associated with the lowest rate of surgical site infection following stoma reversal: a systematic review and multiple treatment meta-analysis // Colorectal Dis. -2014. -Vol.16. -P.406-416.

16. Nelson T, Pranavi AR, Sureshkumar S, Sreenath GS, Kate V. / Early versus conventional stoma closure following bowel surgery: A randomized controlled trial. Saudi // J Gastroenterol. 2018 Jan-Feb; 24(1):52-58.

**ПОКАЗАТЕЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ**

*Исокулов Т.У.*

***Резюме.** В статье подробно изложены история развития хирургической проктологии, с момента появления колостомии, наложение анастомозов, этапы хирургического лечения стомированных пациентов. Методы и результаты реабилитации стомированных пациентов, 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.*