

# Погляди, концепції та дискусії

УДК: 616.34+616.348)-089.86-06

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАСТОМНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

**В.Т. Бочар**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО (зав. - проф. Б.О. Матвійчук)

### Реферат

Формування стоми має значний вплив на повсякденне життя пацієнта. Виникнення у стомованих хворих ранніх та пізніх парастомних ускладнень є важливим чинником зниження і без того низького рівня якості їхнього життя.

**Мета** - дослідити рівень якості життя стомованих пацієнтів із різними ускладненнями стоми та без них та визначити вплив цих ускладнень на якість життя пацієнтів.

**Матеріал і методи.** Проведено вивчення віддалених результатів формування стом у 46 виписаних із стаціонару хворих через 1-4 роки після операції. Серед них із ентеростомою було 7, із колостою - 39. Усіх пацієнтів поділено на 2 групи - особи без пізніх ускладнень стоми та із ними. Для оцінки якості життя використали широковідомий опитувальник SF-36. У зв'язку із негаусівським поділом деяких показників та відмінністю дисперсій, характеристики між групами порівнювали з допомогою непараметричного критерію Манн-Вітні.

**Результати й обговорення.** При порівнянні показників якості життя серед груп пацієнтів із окремими ускладненнями стоми найнижчі результати -19,75 ( $p<0,05$ ), отримано у хворих із пролапсом стоми за шкалою рольового функціонування. При оцінці результатів шкали фізичного болю відзначено значне зниження якості життя 24,9 ( $p<0,05$ ) хворих із стриктурою стоми через виникнення у них того або іншого больового синдрому. При аналізі шкал загального стану здоров'я та життєздатності відзначено незначну різницю у показниках серед пацієнтів із ускладненнями стоми та без них - із 34,00 до 29,59 ( $p>0,05$ ) за першою шкалою та із 30,41 до 28,00 ( $p>0,05$ ) за другою шкалою. При аналізі шкали соціальної активності відзначено значне статистично вірогідне зниження рівня якості життя у хворих із ускладненнями стоми - із 19,58 до 12,9 ( $p<0,05$ ). Незначне, однак статистично недостовірне зниження показників якості життя за шкалою ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності вказує на те, що будь-яке післяопераційне ускладнення, особливо у стомованих пацієнтів, значно знижує їхній емоційний стан, часто призводить до виникнення неврозів та депресійних станів, що співзвучно із більшістю дослідників. При порівнянні фізичного та психічного компоненту здоров'я у хворих із різним ускладненнями стоми відзначено більше зниження рівня якості життя за психічним статусом. Найнижчий рівень ( $p<0,05$ ) фізичного компоненту здоров'я відзначено у хворих із стриктурами стоми.

**Висновки.** Виникнення у пацієнтів ускладнень стоми ще більше погіршує якість їхнього життя. Про це свідчить зниження показників за всіма шкалами опитувальника SF-36. Відзначено статистично вірогідне зниження якос-

ті життя у пацієнтів із стриктурою стоми за рахунок збільшення у них частоти больового синдрому, та у хворих із парастомною грижею і пролапсом - за рахунок значного обмеження їх соціальної активності.

**Ключові слова:** колостома, ентеростома, ускладнення стоми, якість життя, SF-36

### Abstract

## EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF ENTERO- AND COLOSTOMIES

V.T. BOCHAR

The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Stoma formation has a significant impact on the daily life of the patient. The emergence of early and late complications of the stoma is an important factor of decrease of the quality of life, which is already low.

**Aim.** To investigate the quality of life of patients with and without various stoma complications and study their impact on the patient's quality of life.

**Materials and Methods.** We studied the long-term results of stoma formation in 46 patients, who were discharged from hospital, 1-4 years after surgery. Among them, 7 had undergone enterostomy and 39 - colostomy. Patients were divided into 2 groups - with and without stoma complications. The quality of life was evaluated using a well-known SF-36 questionnaire. Due to non-Gauss distribution of several parameters and difference of dispersions, the characteristics between groups were compared using the non-parametric criterion of Mann-Whitney.

**Results and Discussion.** When comparing the parameters of quality of life, the lowest result - 19.75 by role functioning scale ( $p<0.05$ ) - was obtained in cases of prolapse of the stoma. On assessing the results of physical pain scale, there was an insignificant decrease in the quality of life (up to 24.9,  $p<0.05$ ) of patients with stricture of the stoma because of pain. During analysis of the general health and vitality scales, we observed insignificant differences in parameters in patients with and without stoma complications - from 34.00 to 29.59 ( $p>0.05$ ) on the first scale and from 30.41 to 28.00 ( $p>0.05$ ) on the second scale. Upon the analysis of the scale of social activity, there was a statistically significant decrease in the quality of life in patients with stoma complications - from 19.58 to 12.9 ( $p<0.05$ ). A small, though statistically insignificant decreased quality of life by role-emotional scale showed that any postoperative complications, especially in stoma-patients, substantially reduced their emotional state and often led to neurosis and depression. When comparing physical and mental health

components in patients with different stoma complications, we noticed further reduction of quality of life by mental status. The lowest level ( $p < 0.05$ ) of physical health component was stated in patients with stoma strictures.

**Conclusions.** The emergence of complications in the stoma-patients deepens the low quality of their life. This is evidenced by the decline of all parameters of SF-36 questionnaire. A statistically significant decrease in the quality of life of patients with stoma stricture is due to an increase of pain frequency, and in patients with hernia and prolapse of the stoma- it is due to substantial limitation of their social activity.

**Key words:** colostomy, enterostomy, stoma complications, quality of life, SF-36

## Вступ

На основі достатньо точних статистичних показників ВООЗ кількість хворих із сформованою стомою у світі нараховується від 0,05% до 0,1% [1]. Із них від 38,2% до 65,3% це люди працездатного віку [1, 11]. Із збільшенням частки ускладненого колоректального раку у загальній захворюваності, як основної причини стомії, кількість таких людей і далі буде зростати [26]. У масштабах кожної держави така значна кількість стомованих людей робить цю проблему не тільки хірургічною, але і глибоко соціальною та економічною [13, 18, 23].

Загалом, формування стоми має дуже великий вплив на повсякденне життя пацієнта [17, 21]. Виникнення у стомованих хворих ранніх та пізніх парастомних ускладнень є важливим чинником зниження і без того низького рівня якості їхнього життя і значно посилює їх соціальну дезадаптацію [1, 4, 16, 20]. В осіб похилого та старечого віку парастомні ускладнення часто змінюють прогноз захворювання у гіршу сторону, деколи вони можуть призвести до летального висліду.

Одним із важливих критеріїв ефективності будь-якого лікування є якість життя (ЯЖ) пацієнта [25]. За визначенням ВООЗ, ЯЖ - це індивідуальне співвідношення становища особи в житті суспільства в контексті культури, систем цінностей цього суспільства та цінностей самої особи, її планів, можливостей, ступеня загальної невлаштованості [24]. Інформація при зміні у ЯЖ хворого у зв'язку із виникненням тих чи інших післяопераційних ускладнень надає можливість вчасно проводити їх корекцію, особливо це актуально у стомованих пацієнтів.

Метою дослідження було дослідити рівень ЯЖ стомованих пацієнтів із парастомними

ускладненнями та без них та визначити вплив різних парастомних ускладнень на ЯЖ.

## Матеріал і методи

Проведено вивчення віддалених результатів формування стом, а саме - виявлення пізніх парастомних ускладнень та оцінку якості життя у 46 виписаних із стаціонару хворих через 1-4 роки після операції. Серед них із ентеростомою було 7, із колостомою - 39. Більшість із цих пацієнтів - 35 (76,0%), звернулася у клініку самостійно у зв'язку із виникненням різних ускладнень, для вирішення питання про можливість виконання реконструктивно-відновних операцій або для проходження курсів хіміотерапії. Решта пацієнтів - 11 (24%), відгукнулися на попередньо розіслані поштою та у телефонному режимі запрошення і прийшли у клініку для з'ясування стану їхнього здоров'я і оцінки наявності або відсутності парастомних ускладнень. Усі хворі заповняли спеціально опрацьовану анкету, їм проводили огляд та пальцеве дослідження стоми, за показанням виконували додаткові методи обстеження. При виявленні парастомних ускладнень їх фотографували та визначали подальшу тактику лікування.

Для оцінки якості життя ми використали широковідомий опитувальник SF-36. Його доволі часто використовували для досліджень рівня ЯЖ стомованих пацієнтів [6, 7, 18, 19]. Цей опитувальник включає 8 шкал [5]: фізичної активності (ФА); ролі життєвих проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ); болю (Б), загального здоров'я (ЗЗ); життєздатності (ЖЗ); соціальної активності (СА); ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) та психічного здоров'я (ПЗ). Всі шкали опитувальника об'єднані у два виміри - фізичний компонент здоров'я (шкали 1-4) та психічний компонент здоров'я (шкали 5-8). Кожен пункт шкали містить декілька запитань, їх загальна кількість - 37. Відповідь на питання оцінювали за номінальною шкалою від 1 до 5, потім виводили загальний показник для кожного пункту за формулою: значення = (реальне значення показника - мінімально можливе значення показника: можливий діапазон значень) x 100.

Усіх пацієнтів, які заповнили анкету, розподілено на 2 групи - особи без пізніх парастомних ускладнень та із такими. Серед дослідної групи чоловіків і жінок було порівну, достовірних ві-

кових і гендерних відхилень не виявлено. У зв'язку з негаусівським розподілом деяких показників та відмінністю дисперсій, характеристики між групами порівнювали з допомогою непараметричного критерію Манн-Вітні.

### Результати й обговорення

Отримані результати оцінки рівня якості життя стомованих хворих за кожною шкалою представлено у табл. 1.

Для кращого відображення зміни рівня ЯЖ у залежності від виникнення у хворих певного типу пізніх парастомних ускладнень (стриктури стоми, парастомної грижі чи пролапсу) пацієнтів розподілено на 3 групи. На час проведення анкетування відзначено тільки одну стомовану пацієнтку із вираженим парастомним дерматитом у поєднанні із парастомною грижею. Тому ми не стали виділяти окрему групу хворих із пізніми дерматитами. Результати проведеного дисперсійного аналізу з апостеріорним попарним порівнянням груп (критерій найменшої значущої різниці - LSD test) подано у табл. 2.

Отож, за першими двома шкалами SF-36 (табл. 1), які відображають ступінь обмеження виконання пацієнтом звичних повсякденних фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах тощо) та повсякденної ролі діяльності (фізична праця, робота за спеціальністю, ведення домашнього господарства) показники якості життя у хворих із пізніми ускладненнями знизилися незначно, або ж були на одному рівні у порівнянні із хворими без ускладнень стоми - із 52,83 до 47,18 ( $p>0,05$ ) за шкалою

ФА та із 26,90 до 26,50 ( $p>0,05$ ) за шкалою РФ. Це можна пояснити тим, що більшість пацієнтів від часу формування стоми до моменту проведення дослідження вже частково призвичаїлися до нових умов життя як зі стоною, так з її ускладненнями, що співзвучно із повідомленнями інших дослідників [4, 12]. Стомовані пацієнти обмежили певні ділянки тяжкої фізичної праці, частина працюючих хворих змушені були змінити або залишити місце своєї попередньої роботи, отримавши I-II групу інвалідності. Також серед пацієнтів обох груп переважали хворі похилого та старечого віку (85,7%) із низкою інших супровідних захворювань, зокрема хвороб серцево-судинної та дихальної систем, які теж супроводжуються зниженням фізичної активності. При порівнянні показників ЯЖ серед груп пацієнтів із окремими парастомними ускладненнями найнижчі ( $p<0,05$ ) результати (19,75) отримано у хворих із пролапсом стоми, зокрема за шкалою РФ. Це можна пояснити тим, що неконтрольоване випадіння кишки, нерідко у поєднанні із мимовільною дефекацією, найчастіше виникало при надуванні пацієнта. Це змушувало його значно обмежувати свої фізичні навантаження, що співзвучно із повідомленнями інших авторів [10, 15, 22].

При оцінці результатів шкали фізичного болю (Б) відзначено значне і статистично вірогідне зниження ЯЖ хворих із парастомними ускладненнями через виникнення у них того чи іншого больового синдрому - 32,58 проти 24,9 ( $p<0,05$ ). У групі порівняння показників рівня ЯЖ серед окремих парастомних ускладнень найнижчі, тобто найгірші, і статистично вірогідні резуль-

Таблиця 1

Показники якості життя у пацієнтів без парастомних ускладнень та із парастомними ускладненнями,  $M\pm\sigma$

Групи обстежених	Пацієнти без пізніх парастомних ускладнень (n=24)	Пацієнти із пізніми парастомними ускладненнями (n=22)	p
Статистичні показники	$M\pm\sigma$	$M\pm\sigma$	
1. Фізична активність (ФА)	52,83±14,52	47,18±7,50	0,01
2. Роль життєвих проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	26,91±7,64	26,50±8,32	0,92
3. Біль (Б)	32,58±12,99	24,9±13,45	0,04*
4. Загальне здоров'я (ЗЗ)	34,50±13,51	29,59±15,37	0,37
5. Життєздатність (ЖЗ)	30,41±11,53	28,00±11,35	0,56
6. Соціальна активність (СА)	19,58±9,59	9,59±7,68	0,02*
7. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	22,50±7,63	20,27±12,27	0,52
8. Психічне здоров'я (ПЗ)	33,90±14,40	27,77±17,96	0,04*
1. Фізичний статус	38,49±4,35	37,17±3,26	0,11
2. Психічний статус	26,90±6,03	24,26±6,91	0,10

\* - значуща різниця

Показники якості життя у пацієнтів із пізніми парастомними ускладненнями,  $M \pm \sigma$

Групи обстежених	Пацієнти із стриктурою стоми (1) (n=10)	Пацієнти із парастомною грижею (2) (n=8)	Пацієнти із пролапсом стоми (3) (n=4)	P1-2	P1-3	P2-3
Шкали якості життя	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$	H3*	H3	H3
ФА	44,6±8,89	50,12±4,91	47,7±7,36	H3	H3	H3
РФ	28,8±09,27	29,5±06,11	19,75±07,4	H3	H3	<0,05
Б	16,10±10,43	32,65±13,10	29,75±9,56	<0,05	<0,05	H3
ЗЗ	31,20±17,26	30,75±16,02	23,25±9,74	H3	H3	H3
ЖЗ	30,30±14,08	25,37±7,61	27,5±11,67	H3	H3	H3
СА	16,90±8,26	11,25±05,41	6,25±4,57	<0,05	<0,05	H3
РЕ	22,7±12,7	22,00±12,4	10,75±7,05	H3	H3	H3
ПЗ	27,24±20,68	30,37±17,87	23,5±13,67	H3	H3	H3
Фізичний статус	35,68±3,51	38,76±2,54	37,73±2,81	<0,05	H3	H3
Психічний статус	25,98±7,87	23,98±6,67	20,77±4,36	H3	H3	H3

\* - незначуща різниця

тати за цією шкалою, у порівнянні із іншими парастомними ускладненнями, відзначено у пацієнтів із стриктурою стоми. У багатьох випадках парастомна грижа невеликих розмірів протікала безсимптомно, а із збільшенням її розмірів поступово з'являвся певний больовий синдром. Хоча, іноді навіть гігантські грижі чи повний пролапс кишки тільки у 50,0% хворих супроводжуються вираженим больовим синдромом [9, 10]. Тому, частина пацієнтів із парастомними грижами та пролапсами зверталася до лікаря у більш пізніші терміни [13]. Тоді ж як формування рубцевої стриктури набагато частіше викликало, окрім здуття ще і періодичні тупі болі у животі. Із прогресуванням звуження виведеної кишки вони ставали переймоподібними через значні порушення дефекації через стоми внаслідок затrudненого просування щільних шматочків калу через місце звуження. Для стимуляції випорожнень хворі часто вживали проносні лікарські засоби, проводили іригацію, однак це часто призводило до виникнення гострої непрохідності кишок. За повідомленнями Б.М. Даценка [8], саме пацієнти із рубцевою стриктурою стоми найчастіше мають перші показання до хірургічного лікування парастомних ускладнень. У нашому дослідженні таких хворих було 4. Крім того, більшість пацієнтів із рубцевою стриктурою стоми періодично проводили пальцеве бужування місця звуження, а при стриктурі на рівні шкіри ця процедура є доволі травматичною та болісною [2].

При аналізі наступних двох шкал оцінки ЯЖ - загального стану здоров'я (ЗЗ) та життєздатності (Ж) відзначено незначну різницю у по-

казниках серед пацієнтів із парастомними ускладненнями та без них - із 34,00 до 29,59 ( $p > 0,05$ ) за шкалою ЗЗ та із 30,41 до 28,00 ( $p > 0,05$ ) за шкалою Ж. Низький бал серед хворих із пролапсом стоми за шкалою ЗЗ (23,25) можна пояснити тим, що всім пацієнтам цієї вибірки стоми сформовано під час симптоматичних операцій з приводу завансованого раку товстої кишки ІV ступеня і всі вони практично не бачили якихось оптимістичних перспектив у прогнозуванні свого власного здоров'я і життя. Із цієї самої причини у даній групі відзначено найнижчі, однак статистично не вірогідні, показники ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ).

При аналізі шкали соціальної активності (СА) відзначено значне статистично вірогідне зниження рівня ЯЖ у хворих із парастомними ускладненнями - із 19,58 до 12,9 ( $p < 0,05$ ). За даними Ю.Л. Шалькова [20], стома без ускладнень за умови використання сучасного стомійного оснащення може забезпечити доволі високий рівень ЯЖ. Однак виникнення пізніх шкірних ускладнень, парастомних гриж та пролапсів значно ускладнює, а деколи взагалі унеможливорює використання стандартних калоприймачів [3]. У нашому дослідженні за цією шкалою констатовано значне та статистично вірогідне зниження показників ЯЖ у пацієнтів із парастомними грижами і пролапсами, що співзвучно із повідомленнями інших авторів [22]. Більшість хворих із грижами частково могли використовувати стандартні калоприймачі, особливо із великим діаметром пластини. Тоді ж як всі хворі із пролапсом стоми не могли цього робити. Для відведення

калу ці пацієнти користувались саморобними калоприймачами із поліетиленових пакетів. Відповідно, страх несподіваного самовільного відклеювання такого імпровізованого калоприймача у місці поза домом, часта поява неприємного запаху із стоми змушували таких хворих значно обмежувати, а деколи взагалі припиняли будь-які контакти з іншими людьми. Для таких пацієнтів великою проблемою ставало навіть просте відвідання магазину.

Незначне, однак статистично недостовірне зниження показників ЯЖ за шкалою ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (PE) вказує на те, що будь-яке післяопераційне ускладнення, особливо у стомованих пацієнтів, значно знижує їхній емоційний стан, часто призводить до виникнення неврозів та депресивних станів, що співзвучно із більшістю дослідників [6, 8, 14, 3].

Як вже було сказано, IV стадія КРР серед хворих із пролапсом стоми, призвела до статистично вірогідного зниження рівня ЯЖ за шкалою PE (23,25) у всій групі пацієнтів із парастомними ускладненнями.

При порівнянні фізичного та психічного компоненту здоров'я відзначено тенденцію до збільшення достовірної різниці рівнів ЯЖ більше за психічним статусом у хворих із різним парастомними ускладненнями, що співзвучно із дослідженнями J.T. Makela et al. [12]. Найнижчий рівень ( $p < 0,05$ ) фізичного компоненту здоров'я відзначено у хворих із стриктурами стоми.

## Висновки

Виникнення у пацієнтів із колостоמוю парастомних ускладнень ще більше погіршує якість їхнього життя про що свідчить зниження показників за всіма шкалами опитувальника SF-36. Відзначено статистично вірогідне зниження ЯЖ у пацієнтів із стриктурою стоми за рахунок збільшення у них частоти больового синдрому та у хворих із парастомною грижею і пролапсом - за рахунок значного обмеження їх соціальної активності.

## Література

1. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer. Treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network // K. Parmar, M. Zammit, A. Smith [et al.] // *Colorectal Dis.* - 2011. - Vol. 11. - P. 935-938.
2. Cataldo P. A. Intestinal stomas. Principles, techniques, and management, 2th edn. / P. A. Cataldo, J. M. MacKeigan - New York: Marcel Dekker, 2004. - 419-422 p.
3. Doughty D. Principles of ostomy management in the oncology patient / D. Doughty // *J. Support Oncol.* - 2005. - Vol. 3. ? P. 59-69.
4. Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies / H.-C. Tseng, H.-H. Wang, Y.-Y. Hsu, W.-C. Weng // *Kaohsiung J. Med. Sci.* - 2004. - Vol. 20. - P. 70-77.
5. Feschenko Y.I. Protsedura adaptatsii mizhnarodnogo opytuval'nyka yakosti zhyttja MOS SF-36 v Ukraini. Dosvid zastosuvannja u hvoryh bronkhial'noju astmoju / Y.I. Feschenko, Y.M. Mostovoj, Babijchuk Y. V. (Фещенко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // *Український пульмонологічний журнал.* - 2002. - № 3. - С. 9-13.).
6. Haponov A.V. Otsenka kachestva zhizni bol'nyh posle khirurgicheskikh vmeshatelstv po povodu neprohodimosti obodochnoj kishki / A.V. Haponov, I.V. Yuschenko // *Materialy II Sjezda koloproktologov stran SND, III Sjezda koloproktologov Ukrainy.* - Odessa, 2011. - P. 412-413. (Гапонов А. В. Оценка качества жизни больных после хирургических вмешательств по поводу непроходимости ободочной кишки / А. В. Гапонов, И. В. Ющенко // *Материалы II Съезда колопроктологов стран СНГ, III Съезда колопроктологов Украины.* г. Одесса, 2011. С. 412-413.).
7. Ito N. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy / N. Ito, M. Tanaka, K. Kazuma // *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* - 2005. Vol. 32, № 3. P. 178-183.
8. Khirurgicheskaja rehabilitacija bol'nyh s kolostomami / B.M. Datsenko, S.G. Belov, A.B. Dachenko, A.J. Bardjuk // *Materialy II Zjizdu koloproktologiv Ukrainy.* - Lviv, 2006, - P. 126-133. (Хирургическая реабилитация больных с колостоми / Б. М. Даценко, С. Г. Белов, А. Б. Даценко, А. Я. Бардюк // *Материалы II 3'їзду колопроктологів України.* м. Львів, 2006. ? С. 126-133.).
9. Konovalov S.V. Paracolostomicheskie gryzhy / S.V. Konovalov // *Vestnik khirurgii.* - 2003. №2. P. 105-109. (Коновалов С. В. Параколостомические грыжи / С. В. Коновалов // *Вестник хирургии.* 2003. №6. С. 105-109.).
10. Konovalov S.V. Prolarsy kolostomy / S.V. Konovalov // *Vestnik khirurgii.* - 2004. №2. P. 128-131. (Коновалов С. В. Проплапсы колостомы // С. В. Коновалов / *Вестник хирургии.* 2004. №2. С. 128-131.).
11. Kosovan V.M. Mistse ta rol' entero- i kolostomiji v strukturі ekstrennyh khirurgichnyh vtruchan' na tovtij kyshtsi / Kharkivska khirurhichna shkola. - 2010. №6. P. 15-19. (Косован В. М. Місце та роль ентеро- і колостомії в структурі екстрених хірургічних втручань на товстій кишці / В. М. Косован // *Харківська хірургічна школа.* 2010. №6. С. 15-19.).
12. Makela J. T. Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland / J. T. Makela, M. Niskasaari //

- Scandinavian Journal of Surgery. 2006. Vol. 95. P. 23-27.
13. Mikhajlova E.V. Kishechnyje stomy: pravila formirovaniya, oslzhneniya i bolezni kishechnyh stom / Михайлова Е. В. Кишечные стомы: правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом / E.V. Mikhajlova, V.P. Petrov, S.N. Perekhodov. - М.: Nauka, 2006. - 105 p. (Е. В. Михайлова, В. П. Петров, С. Н. Переходов. М.: Наука, 2006. 105 с.).
  14. Mikrobiologicheskie aspekty reabilitatsii kolostomirovannyh bol'nyh / D.V. Safonov, N.I. Bogomolov, L.G. Pikulina [i dr.] // Bulletin SO RAMN. 2007. № 4. P. 156-157. (Микробиологические аспекты реабилитации колостомированных больных / Д. В. Сафронов, Н. И. Богомолов, Л. Г. Пикулина [и др.] // Бюллетень СО РАМН. 2007. № 4. С. 156-157.).
  15. Proapsed stomal / D. McErlain, M. Kane, M. McMgrogan, S. Haughey // Nurs. Stand. 2004. Vol. 18. P. 41-42.
  16. Quality of life in patients with stomas: The Montreux study / P. Marquis, A. Marrel, B. Jambon [et al.] // Ostomy Wound Manage. 2003. Vol. 49, №2. P.48-55.
  17. Quality of life, depression and anxiety among patients who have undergone permanent or temporary ostomy / A. Yasna, S. Unal, E. Gedik, S. Girgin // Anatolian Journal of Psychiatry. 2008. Vol. 9. P. 162-168.
  18. Rusyn V.I. Jakist' zhyttja khvoryh, operovanyh z pryvodu obstruktyvnogo raku товстого kyshkivnyka / V.I. Rusyn, S.M. Chobej // Naukovyj visnyk Uzhhorods'kogo universytetu, serija "Medytsyna". - vyp. 34. 2008. P. 130-133. (Русин В. І. Якість життя хворих, оперованих з приводу обструктивного раку товстого кишківника / В. І. Русин, С. М. Чобей // Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина". вип. 34. 2008. С. 130-133.).
  19. Sevastjanov S.I. Sravnenije kachestva zhizni bolnyh, perenesshih preventivnyyu transversostomiju i ileostomiju / S.I. Sevastjanov, S.V. Chernyshov // Koloproktologia. 2006. №3. P. 40-44. (Севостьянов С. И. Сравнение качества жизни больных, перенесших превентивную трансверзостомию и илеостомию / С. И. Севостьянов, С. В. Чернышов // Колопроктология. 2006. №3. С. 40-44.).
  20. Shal'kov Y.L. Rekonsruktivnye vmeshatel'stva posle operatsii Hartmana / Shal'kov Y.L. // Kharkivska khirurhichna shkola. - 2006. №1. P. 96-98. (Шальков Ю. Л. Реконструктивные вмешательства после операции Гартмана / Ю. Л. Шальков // Харківська хірургічна школа. 2006. №1. С. 96-98.).
  21. Simmons K. L. Stoma prolapse and stoma retraction / C. Schleicher, N. Senninger, T. Vowinkel, C. Anthoni // Chirurg. 2010. ? Vol. 81, №11. ? P. 978-981.
  22. Sukhanov V.G. Sotsial'nyje aspekty reabilitatsii invalidov s anatomo-fiziologicheskimi narushenijami funktsii vydelenija / V.G. Sukhanov // Materialy II Z'jzdu koloproktologiv Ukrajinu. - Lviv, 2006, - P. 217-222. (Суханов В. Г. Социальные аспекты реабилитации инвалидов с анатомо-физиологическими нарушениями функции выделения / В. Г. Суханов // Матеріали II З'їзду колопроктологів України. ? м. Львів, 2006. ? С. 217-222.).
  23. The WHAQOL Group. The World Health Organization Quality of life assessment: Positions paper from the World Health Organization // Soc.Sci. Med. 1995. Vol. 41. P. 1403-1409.
  24. Vorobjov G.I. Otsenka kachestva zhizni operirovanyh bol'nyh / G.I. Vorobjov, E.A. Stepanova // Koloproktologia. - 2006. №3. P. 45-49. (Воробьев Г. И. Оценка качества жизни оперированных больных / Г. И. Воробьев, Э. А. Степанова // Колопроктология. 2006. №3. С. 45-49.).
  25. Zakharash M.P. Vybora metoda vosstanovitel'nogo etapa operatsii pri khirurgicheskom lechenii kolorektal'nogo raka / M.P. Zakharash, A.I. Poyda, V.M. Melnik // Materialy II Sjezda koloproktologov stran SND, III Sjezda koloproktologov Ukrainy. - Odessa, 2011. - P. 257-258. (Захараш М. П. Выбор метода восстановительного этапа операции при хирургическом лечении колоректального рака / М. П. Захараш, А. И. Пойда, В. М. Мельник // Матеріали II Съезда колопроктологов стран СНГ, III Съезда колопроктологов Украины. г. Одесса, 2011. С. 257-258.).