

## REABILITAREA CHIRURGICALĂ A PACIENȚILOR ONCOPROCTOLOGICI CU STOME INTESTINALE TEMPORARE

**Ciprian Levca, doctorand, Porfirii Rusu, dr. hab. în med., Marcel Ciobanu, dr. în med., Sergiu Ștepa, dr. în med., Lidia Gîrleanu, dr. în med., Nicolai Pânzari, dr. în med., Grigorii Clecicov, Octavian Patrașcu, Veaceslav Laur, doctorand, secția Proctologie, IMSP Institutul Oncologic**

*e-mail: [ciprianlevca@gmail.com](mailto:ciprianlevca@gmail.com); tel. 067347511*

### **Rezumat**

*Scopul studiului:* eficientizarea tratamentului chirurgical reconstructiv la pacienții oncoproctologici, stomizați temporar, apreciind ulterior rezultatele lui. S-a efectuat un studiu retrospectiv pe 282 pacienți cu cancer colorectal, la care s-a impus aplicarea unei variante de stomă intestinală temporară, cu necesitatea unui tratament chirurgical multietapizat și reconstructiv (anii 2011-2013). În diferite intervale de timp (2-12 luni, în mediu 3-4 luni) de la operația stomizantă, s-a reușit operația reconstructivă la 141(50%) pacienți. Nu s-a reușit în 4 (2,83%) cazuri din motivul procesului cicatricial-aderențial postoperator avansat, în 26 (18,4%) cazuri reconstrucția s-a refuzat din cauza patologiilor concomitente avansate ale pacienților. Restul – 110 (39%) pacienți nu s-au prezentat pentru reconstrucție. După operațiile reconstructive, la 31 (21,9%) pacienți au survenit diferite complicații postoperatorii, în 8 (5,7%) cazuri s-a impus reintervenția chirurgicală, letalitatea postoperatorie a constituit 3 (2,1%) cazuri. Operațiile reconstructive s-au realizat și în următoarele cazuri: la 25 pacienți - în termen de 2 luni de la operația stomizantă, la 5 pacienți - în unul din intervalele curelor de polichimi-

oterapie, la 12 pacienți relativ-compensați în stadiul IV de boală (cu focarul primar extirpat). Operațiile reconstructive reprezintă un compartiment dificil al chirurgiei. Este binevenită concentrarea acestor pacienți în instituții specializate de profil. Este posibilă micșorarea termenilor tradițional de realizare a operațiilor reconstructive, la fel și realizarea ei în intervalele curelor de polichimioterapie. În anumite condiții, pacienții oncoproctologici în stadiul IV pot beneficia de operație reconstructivă.

**Cuvinte-cheie:** operație stomizantă, stomă intestinală, operație reconstructivă

#### **Summary. Surgical rehabilitation of patients with temporary intestinal stoma due to colorectal cancer**

*Purpose:* Optimization of reconstructive surgery in colorectal patients with temporary stoma, with the following consideration of results. We conducted a retrospective study on 282 patients with colorectal cancer, where an application of one of the variants of temporary intestinal stoma where imposed, with a need for the following multistep surgical and reconstructive treatment (years 2011-2013). At various time intervals (2-12 months, 3-4 months on average) from the stoma day surgery, reconstructive surgery was successful in 141 (50%) patients. It failed in 4 (2.83%) cases due to advanced scar-adherence postoperative process; in 26 (18.4%) cases the reconstruction was refused because of advanced concomitant pathologies. The rest of patients didn't come for reconstruction. 31 (21.9%) of patients had various postoperative complications, in 8 (5.7%) cases was required a surgical reintervention. Postoperative lethality was 3 (2.1%) of cases. Reconstructive operations were performed in the following cases: in 25 patients - within 2 months after stoma day surgery, in 5 patients – between courses of chemotherapy, in 12 relative-compensated patients in stage IV of disease (with primary tumor removed). Reconstructive operations represent a difficult part of surgery. It worth to concentrate these patients in institutions with a specialized profile. It is possible to minimize terms for traditional reconstructive operations, as well as between courses of chemotherapy. Under certain conditions, colorectal cancer patients with stages IV of disease may benefit from a reconstructive surgery.

**Key words:** stoma surgery, intestinal stoma, reconstructive surgery

#### **Резюме. Хирургическая реабилитация онкопроктологических больных с временными кишечными стомами**

**Цель работы:** Оценка результатов и оптимизация реконструктивных операций у онкопроктологических больных с временными кишечными стомами. С 2011 по 2013 проводилось ретроспективное исследование 282 пациентов с колоректальным раком, которым были наложены временные кишечные стомы в различных вариантах, с последующими многоэтапными операциями и перспективой хирургической реконструкции. В разные сроки (2-12 месяца, в среднем через 3-4 месяца) после «стомизации» реконструктивные операции были выполнены у 141(50%) больным. Реконструкция не удалась в 4(2,83%) случаях в связи с выраженном послеоперационном рубцово-воспалительном компонентом, 26 (18,4%) больным было отказано в реконструктивной операции из-за выраженности сопутствующих патологий. Остальные 110 (39%) пациентов не явились для реконструкции. У 31(21,9%) пациента были отмечены различные послеоперационные осложнения, у 8-и (5,7%) потребовалась повторная операция. Послеоперационная летальность – 3(2,1%) случая. Реконструктивные операции проводились и у 12-и относительно компенсированных больным в IV-й стадии (с удаленным первичным очагом), в 5-и случаях реконструкция удалась в интервалах между курсами полихимиотерапии, 25 больным - в 2-х месячном сроке после «стомизации». Реконструктивные операции это довольно сложное хирургическое лечение. Целесообразно концентрировать этих больных в специализированные учреждения. Возможна уменьшение сроков реализации реконструктивных операций, а так же выполнение их в интервалы между курсами полихимиотерапии. При определенных условиях, реконструкция может быть выполнена и больным в IV-й стадии.

**Ключевые слова:** стомизация, кишечная стома, реконструктивная операция

**Introducere.** Cancerul colorectal reprezintă o problemă de sănătate publică, cu un impact semnificativ negativ asupra morbidității și mortalității populației.

Analiza literaturii contemporane de specialitate a evidențiat o creștere exponențială a bolnavilor cu cancer colorectal în ultimii 20 de ani, ce servește ca argument de bază pentru justificarea în continuare a cercetărilor științifice în acest domeniu.

Actualmente cancerul colorectal reprezintă una dintre cele mai frecvente maladii neoplazice în majoritatea țărilor de pe glob. Constituind o cauză majoră de morbiditate și mortalitate prin afectarea a 1 din 20 locuitori ai țărilor economic dezvoltate, cancerul

colorectal este a doua cauză de deces prin cancer la ambele sexe în țările Europei, Americii, dar și din Asia, unde tradițional, această maladie era destul de rar întâlnită.

Tendențele epidemiologice ale cancerului colorectal în Republica Moldova sunt similare cu cele din Europa și alte țări ale lumii [19]. În Republica Moldova morbiditatea prin cancer colorectal înregistrează o ascensiune lentă, dar continuă în ultimii ani. Din anul 2008 cancerul colorectal s-a plasat pe locul I în structura maladiilor oncologice din Republica Moldova.

Morbiditatea prin neoplazii colorectale se impune pe seama majorării numărului de cazuri noi, depistate

anual, atât de cancer colonic, cât și de cancer rectal, în general morbiditatea acestor două localizări având raportul de aproximativ 1:1 pe parcursul ultimilor ani. În 2013 s-au înregistrat 1013 cazuri noi de cancer colorectal, ce au constituit 28,5‰ și 12,3% în structura tuturor patologiilor oncologice.

Necătând la toate succesele diagnostico-curative ale medicinei moderne, majoritatea cazurilor noi de cancer colorectal se depistează în stadii tardive ale bolii, în 20-70% pacienții sunt internați în staționar pentru tratament specializat deja cu forme complicate (ocluzie intestinală, inflamație tumorală, perforația tumorului, sau diastatică a intestinului proximal, hemoragie, extindere în alt organ, sau țesuturi adiacente etc. [3, 5, 8, 11].

Datele literaturii ne sugerează că aproximativ 40% - 70% din acești pacienți rămân cu diferite tipuri de ileo-, ori colostome temporare [5, 11, 14].

În țările Europei pacienții stomizați temporar constituie 0,1- 0,2% din populația de bază [4].

În Republica Moldova forme complicate de cancer colorectal se depistează în circa 60-68% cazuri, care ulterior se finalizează cu stome intestinale temporare în aproximativ 43% cazuri [5].

Analiza structurii tuturor intervențiilor chirurgicale, efectuate în secția proctologie a IMSP Institutul Oncologic, pe parcursul anilor 2011 – 2013 inclusiv, a constatat că în 282 (10,5%) cazuri s-a impus stomizarea intestinală temporară.

Tot mai frecvent se aplică stomizarea temporară în cazurile operațiilor programate pentru cancerul rectal, pentru protejarea anastomozelor ultrajoase cu păstrarea aparatului sfincterian [13].

Prin stomizarea intestinală se înțelege exteriorizarea pe peretele abdominal a intestinului subțire, sau gros în calitate de „anus contra naturii” (atât ca operație sinestătătoare, sau ca rezultat al unei variante de rezecție intestinală). Stomizarea este impusă de particularitățile decurgerii patologiei oncoproctologice complicate, de circumstanțele intraoperatorii și adesea este unica șansă de siguranță în fața posibilelor complicații majore intra- și postoperatorii și chiar de supraviețuire de moment pentru acest contingent de pacienți.

Acest tip de intervenții chirurgicale, izbăvind pacientul oncoproctologic de boala de bază, sau de pericolul major al complicațiilor intra- și postoperatorii iminente, care ar pune viața pacientului în pericol, totuși aduc acești pacienți la invaliditate anume prin prezența acestei „stome intestinale salvatorii...”.

Cu toate că actualmente sunt elaborate și implementate un șir de adaptări speciale de îngrijire pentru purtătorii de stome intestinale, pacientul stomizat oricum suferă foarte mult. Stomele intestinale impun

îngrijiri speciale, folosirea suplimentară a medicamentelor, a materialului de pansament, a colectoarelor pentru materii fecale și ca urmare – cheltuieli financiare adăugătoare considerabile pentru pacient și stat. Acești pacienți nu pot controla actul defecației, au o capacitate redusă de muncă, sunt nevoiți adesea să renunțe la profesie, au o capacitate redusă de reintegrare socio-profesională, evită comunicarea, suferă fizic, moral și spiritual, au un disconfort psihoemoțional, familiar și sexual, adesea sunt izolați și chiar discriminați. Unii autori clasează pacienții stomizați ca un *grup de excludere socială* („cetățeni excluși din societate...”) [10].

Deseori stomele intestinale sunt însoțite și de diferite complicații locale (50,3%): dermatită parastomală, prolabări ale mucoasei intestinale, uneori cu strangulări și necroză, stricturi, retracții, disfuncții de stomă, hernii paracolostomale. Prezența stomei intestinale aduce acestui contingent de pacienți mari neplăceri și chiar suferințe, care, la rândul lor, diminuează mult calitatea vieții. Toate acestea contribuie la prejudicii economice grave și pentru stat [1, 4, 6, 10, 11, 14, 18].

Restabilirea capacității de muncă în cazul bolnavilor oncologici, care au suportat tratament specializat, constituie un deziderat de bază al procesului de reabilitare medico-socială și depinde indiscutabil de valorile și, mai ales, de plenitudinea programelor complexe de tratament recuperator, care favorizează reintegrarea socioprofesională a acestor persoane [1].

În cazul pacienților oncoproctologici, cu stome intestinale temporare, se depun eforturi considerabile de asistență (informațională – didactică, psihologică, medicală, social-economică etc.), care se realizează mai efectiv în așa-zisele „școli, sau cabinete ale pacientului stomizat”, amplasate în cadrul policlinicelor și clinicilor oncologice specializate, unde acest contingent de pacienți primește asistență profesională și calitativă, atât înaintea intervenției *cu potențial stomizant*, cât și după operația stomizantă. Tot aici se anchetează acești pacienți prin intermediul diferitor chestionare speciale și se apreciază *nivelul lor de viață* la diferite intervale de timp pre- și post-stomizare și pre- și post-reconstrucție [7, 10, 17]. Exemplu bun de preluat și pentru *Serviciul Oncologic* din Republica Moldova.

Intervențiile chirurgicale de reconstrucție a pasajului intestinal natural la pacienții cu cancer colorectal stomizați temporar rămâne a fi unica șansă reală și adecvată de reabilitare medicală, social-profesională și moral-spirituală [2, 4, 6].

Actualitatea problemei este legată de: *riscul și potențialul înalt al complicațiilor* intra- și postopera-

torii, legate de intervențiile chirurgicale reconstructive, destul de dificile, adesea cu *dificultăți tehnice* intraoperatorii, de obicei la *pacienții vârstnici*, cu multiple *patologii concomitente* etc. [2, 6, 11]. După unii autori, la aproximativ 30% din pacienții cu stome intestinale temporare, din diferite motive, nu este posibilă reconstrucția chirurgicală și rămân pe viață invalizi stomizați [8].

La fel, în literatură se promovează multiple păreri, uneori controversate, însoțite ori nu de argumente dovedite, la capitolele: *criteriile de selecție* a pacienților oncoproctologici stomizați temporar în programul operator reconstructiv, *procedeele optimale* de reconstrucție chirurgicală a continuității intestinale, *termenul aspectativ* de la aplicarea stomei intestinale și până la intervenția reconstructivă, *standardele de examinare clinico-paraclinică și pregătire* a acestor pacienți pentru intervenția chirurgicală reconstructivă [2, 7, 9, 12, 15, 16].

Rămâne ca o provocare a posibilității optimizării (mai bine zis a micșorării) termenilor de aplicare a intervențiilor chirurgicale reconstructive la pacienții oncoproctologici, cu stome intestinale temporare, la fel și includerii în programul reconstructiv și a pacienților în st. IV. Până în prezent nu este clar efectul impactului chirurgical reconstructiv în timpul intervalurilor curelor de polichimioterapie adjuvantă și aprecierea criteriilor de selecție a acestor pacienți în acest program de reabilitare chirurgicală, evaluând și analizând calitatea vieții acestor pacienți.

Aceste argumente au servit ca bază pentru inițierea unui studiu complex, ce vizează problema *reabilitării chirurgicale prin operații reconstructive și eficientizarea lor la pacienții oncoproctologici cu stome intestinale temporare*, cu aprecierea ulterioară a rezultatelor obținute.

**Material și metode.** Pe parcursul anilor 2011-2013 în secția proctologie a IMSP Institutul Oncologic din cei 2685 pacienți, operați pentru cancer colorectal, în 282 cazuri s-au impus diferite variante de stome intestinale temporare, cu perspectivă de tra-

tament chirurgical seriat. Toți acești pacienți au fost incluși într-un studiu retrospectiv, unicul criteriu de selecție fiind posibilitatea, cel puțin teoretică, de intervenție chirurgicală reconstructivă ulterioară.

Caracterul internărilor repetate, a operațiilor seriante și combinate se reflectă în *diagrama 1*, unde se evidențiază un număr mai mare de operații, comparativ cu ședințele chirurgicale.

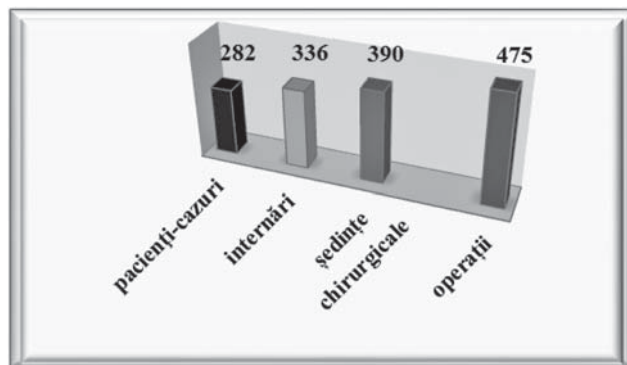


Diagrama 1. Structura generală a materialului studiat

Bărbații au constituit 180 cazuri (63,8%), femeile – 102 cazuri (36,2%), între 25 și 82 ani (vârsta medie fiind 64 ani), ce se reflectă în *diagrama 2*, unde se evidențiază 110 pacienți apti de muncă, ce constituie 39% din acești pacienți stomizați.

Repartizarea după localizare se obiectivizează în *diagrama 3*, partea stângă a colonului se impune prin 262 cazuri (92,9%), comparativ cu partea dreaptă a colonului – 20 cazuri (7,1%).

Forma clinică *obturatorie* a predominat prin 276 cazuri (97,8%), *toxicoanemică* – 3 cazuri (1,1%), *dispeptică* – 3 cazuri (1,1%), formele *enterocolitică*, *pseudoinflamatorie* și *atipică* nu s-au întâlnit.

Cancer primar colorectal s-a diagnosticat la 262 pacienți (93%), sincron (primar multiplu) – la 11 pacienți (4%), metacron – la 9 pacienți (3%).

În studiu am inclus și pacienții stomizați (relativ-compensați) în stadiul IV de cancer colorectal, bazându-ne pe concepția că și *acești pacienți, necâtând la prognosticul nefavorabil pentru sănătate și chiar*

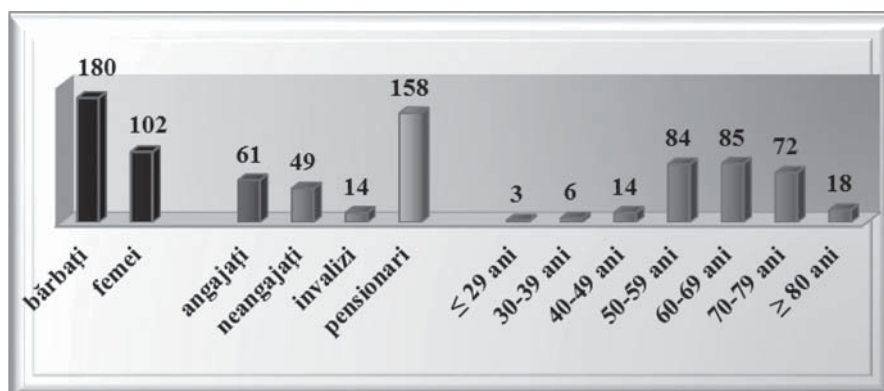


Diagrama 2. Repartizarea după datele pașaportale



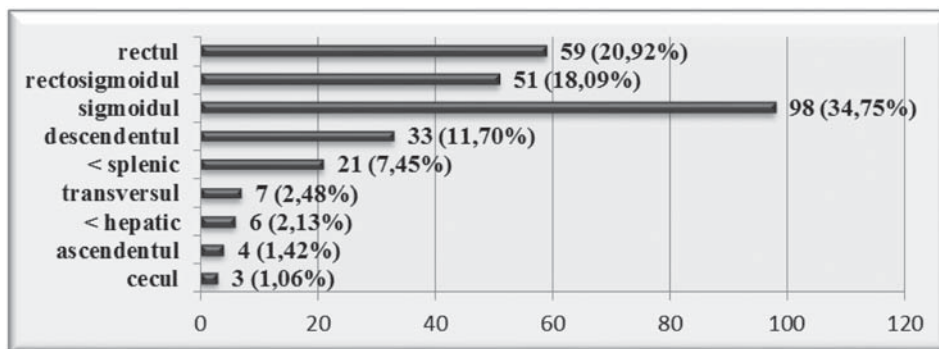


Diagrama 3. Repartizarea după localizare

viață, au dreptul la o ameliorare a calității vieții, fie chiar temporară...

Repartizarea după stadiu a pacienților oncoproctologici cu stome intestinale temporare se reflectă în diagrama 4.

Structura morfologică se obiectivizează în tabelul I, unde la nivel macroscopic forma de creștere mixtă se impune prin 96,8% cazuri, dar la nivel microscopic – adenocarcinoamele bine (G1) și moderat (G2) diferențiate prin 30,04% și, respectiv 48,93%.

Tabelul 1

**Structura morfologică**

Forma de creștere	Exofită		5 (1,8%)
	Endofită		4 (1,4%)
Forma histologică	Mixtă		273 (96,8%)
	Adeno-carcinom	Bine diferențiat (G1)	96 (30,04%)
		Moderat diferențiat (G2)	138 (48,93%)
		Slab diferențiat (G3)	21 (7,44%)
		Nediferențiat	3 (1,06%)
		Mucinos	21 (7,44%)
		Cu "inel în pecete"	3 (1,06%)

Având în vedere că vârsta medie a acestui lot de pacienți a constituit 64 ani, structura patologiilor concomitente s-a repartizat în următoarea ordine: I loc – patologiile sistemului cardiovascular, al II-lea loc – patologiile sistemului digestiv, al III-lea loc – pato-

logiile sistemului respirator, al IV-lea loc – patologiile sistemului endocrin, urmat în descreștere de către patologiile sistemului renal, nervos ș.a.

Stabilirea diagnosticului de bază s-a realizat în majoritatea cazurilor prin metodele endoscopice și radioimagistice, reflectate în tabelul 2.

În timpul celor 390 ședințe chirurgicale, la acești 282 pacienți am întâlnit următoarele complicații ale maladiei de bază, obiectivate în tabelul 3.

În timpul intervențiilor chirurgicale specializate pentru tumorile colorectale, pentru realizarea anastomozelor intestinale, mai ales, pentru cele dificile din punct de vedere tehnic (joase și ultrajoase), am folosit pe larg aparatele pentru sutură mecanică (așa-zisele capsatoare ori <staplere> liniare și circulare), care au fost oportune binevenite și în operațiile reconstructive.

Structura intervențiilor chirurgicale, la care au fost supuși pacienții cu stome intestinale temporare se reflectă în tabelul 4, unde pe lângă operațiile stomizante și reconstructive, au fost incluse și operațiile specializate oncochirurgicale clasice, inclusiv și cele combinate, realizate adesea în mai multe etape.

Anestezia, regimul operator și etapele operatorii, la care au fost supuși pacienții în timpul celor 390 ședințe operatorii se reflectă în diagrama 5, 158 (40,51%) s-au realizat în regim urgent și urgent-amânat, 232 (59,38%) – în regim programat.

**Rezultate.** În diferite intervale de timp (2-12

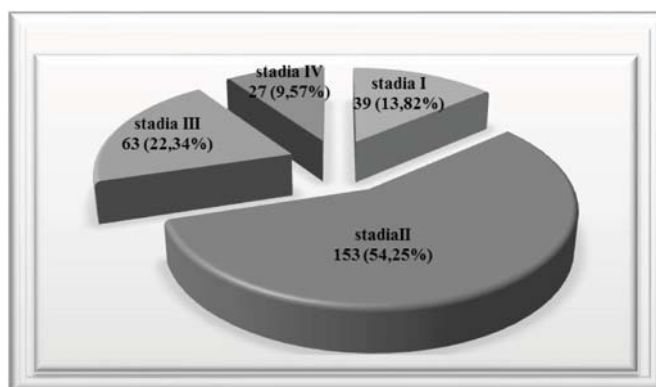


Diagrama 4. Repartizarea după stadii (în baza clasificării TNM UICC – 2009)

Tabelul 2

**Confirmarea clinico-paraclinică a diagnosticului de bază**

FCS	RRS	Irigoscopie	USG	Clinic (inspecție, palpare, tușeu rectal)	I/operator (urgente)
105 (37,2%)	63 (22,4%)	62 (21,9%)	3 (1,1%)	16 (5,7%)	33 (11,7%)

Tabelul 3

**Complicațiile tumorale**

Ocluzie intestinală (de diferit grad)	Concreștere în alt organ ori structură anatomică	Hemoragie	Proces inflamator paratumoral	Iminentă de perforare diastatică intestinală	Perforare tumorală ori diastatică intestinală	Progresarea maladiei de bază
239 (61,3%)	42 (10,8%)	38 (9,7%)	33 (8,5%)	15 (3,8%)	12 (3,1%)	11 (2,8%)

luni), în mediu peste 3-4 luni de la operația stomizantă, s-a reușit a efectua intervenții de reconstrucție la 141(50%) pacienți. Operația reconstructivă nu s-a reușit în 4 (2,83%) cazuri (tentative) din motivul procesului cicatricial-aderențial avansat postoperator

ale baziului mic, în 26 (18,4%) cazuri reconstrucția nu s-a efectuat din cauza patologiilor concomitente depășite ale pacienților.

Restul – 110 (39%) pacienți nu s-au prezentat pentru reconstrucție. După operațiile reconstructive,

Tabelul 4

**Structura intervențiilor chirurgicale**

Operații stomizante		
Colostome biluminale "pe baghetă" (directe)	27	210
Colostome biluminale "pe baghetă" (prin laparotomie)	24	
Cecostome (prin laparotomie)	30	
Ileostome (prin laparotomie)	24	
Colostome de protecție (în cazul rezecțiilor de intestin gros)	30	
Ileostome de protecție (în cazul rezecțiilor de intestin gros)	3	
Rezecții obstructive de intestin gros (transvers, sigmoid, rect)	66	
Hemicolonectomie obstructive pe dreapta	3	
Hemicolonectomie obstructive pe stânga	3	
Operații reconstructive și plastii		
Rafia extraperitoneală a colostomei	69	141
Operații reconstructive	63	
Plastia stomei (în cazul herniilor parastomale, prolabării de mucoasă și stricturi)	9	
Operații clasice		
Rezecții de intestine gros (transvers, sigmoid, rect)	29	95
Hemicolonectomie pe dreapta	9	
Hemicolonectomie pe stânga	21	
Extirpație abdominoperineală a rectului "Quenu-Milles"	3	
Rezecție abdominoperianală a rectului "Chiricuță-Mandache"/ "Holdin"	30	
Colonectomie subtotală	3	
Operații combinate		
+ splenectomie	3	29
+ rezecție de vezică urinară	6	
+ anexectomie bilaterală	5	
+ rezecție de intestine subțire	3	
+ rezecție de perete abdominal	2	
+ extirparea vezicii urinare + prostatectomie + operația "Bricher"	1	
+ rezecție marginală de prostată	3	
+ rezecție de stomac	2	
+ histerectomie subtotală	4	
<b>Total</b>		<b>475</b>

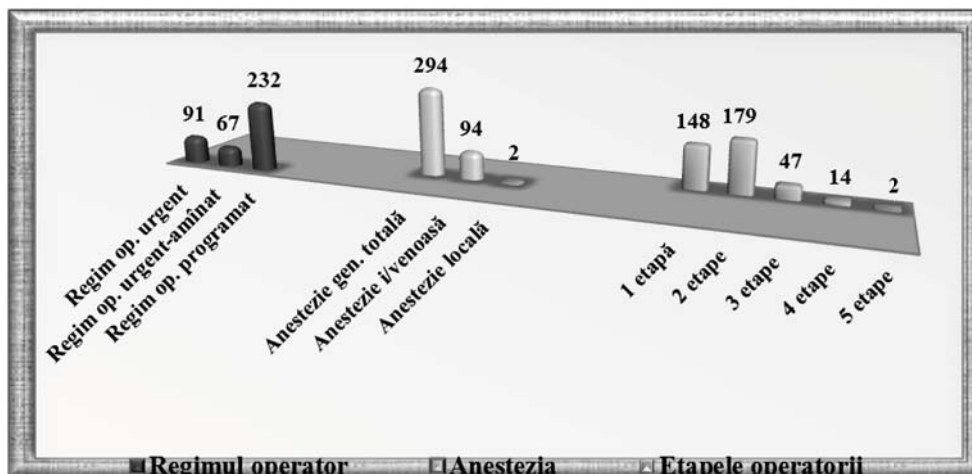


Diagrama 5. Anestezia, regimul și etapele operatorii

la 31 (21,9%) pacienți au survenit diferite complicații postoperatorii, în 8 (5,7%) cazuri s-a impus reintervenția chirurgicală, letalitatea postoperatorie a constituit 3 (2,1%) cazuri:

1 – trombembolia arterei pulmonare, 1 – pancreatită postoperatorie severă, 1 – peritonită.

Trebuie de menționat faptul că, pentru îmbunătățirea calității vieții, operațiile reconstructive s-au realizat și în următoarele cazuri:

- La 25 pacienți operația reconstructivă s-a efectuat în termen de 2 luni de la operația stomizantă.

- La 5 pacienți s-a reușit realizarea operației reconstructive în unul din intervalele curelor de polichimioterapie adjuvantă.

- La 12 pacienți relativ-compensați cu cancer colorectal în stadiul IV (după rezecții paliative ale intestinului gros cu extirparea focarului primar).

*În așa fel am încercat să optimizăm tratamentul chirurgical reconstructiv la acest contingent de pacienți.*

Timpul mediu preoperator la cei operați în regim de urgență a constatat 9 ore, la cei operați în regim urgent-amânat – 4 zile, la cei operați în regim programat – 6 zile. Timpul mediu postoperator de aflare în staționar – 11 zile, timpul mediu total de aflare în staționar – 16 zile.

### Concluzii

1. Intervențiile chirurgicale de reconstrucție ale continuității pasajului intestinal la pacienții oncoproctologici cu stome intestinale temporare rămâne a fi unica modalitate reală și eficientă de reabilitare medicală, social-profesională și moral-spirituală, care ar permite în cele din urmă, ridicarea calității vieții acestor pacienți.

2. Operațiile reconstructive intestinale reprezintă un compartiment destul de dificil al chirurgiei, adesea cu dificultăți tehnice, ce impune tratament chirurgical multietapizat și îndelungat, cu risc și potențial înalt de complicații intra- și postoperatorii, cu letali-

tate destul de ridicată. Este binevenită concentrarea acestor pacienți în instituții specializate de profil.

3. Optimizarea reabilitării chirurgicale a pacienților oncoproctologici, cu stome intestinale temporare este posibilă pe calea micșorării termenilor de realizare a operațiilor reconstructive, la fel și prin includerea lor în intervalele curelor de polichimioterapie.

4. Chirurgia reconstructivă intestinală se poate realiza și pacienților oncoproctologici în stadiul IV, relativ compensați și cu focarul primar extirpat.

### Bibliografie

1. V. Cernat / IMSP Institutul Oncologic, or. Chișinău, Moldova //Reabilitarea medico-socială a bolnavilor oncologici și diminuarea invalidității oncologice în Republica Moldova //Teza de doctor habilitat în științe medicale, Chișinău 1999.

2. Valentin Bendelic // Tactica chirurgicală de reconversie a colonului la pacienții colostomiați în raport cu particularitățile morfofuncționale ale ansei excluse // Teza de doctor în medicină, Chișinău, 2006.

3. Paula Popa, C. Pleșa, C.N. Neacșu, D. Vintilă, T. Țăranu, Liliana Forțu, Șt. O. Georgescu // Stomiile la pacienții cu cancer de colon nemetastatic. Studiu prospectiv asupra calității vieții // Jurnalul de Chirurgie, Iași, 2011, Vol. 7, Nr. 2, p. 178-187.

4. Батвинков Н.И., Смотрич С.М., Кузнецов А.Г., Лушко А.В. / УО «Гродненский государственный медицинский университет», Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии // Восстановительные операции на кишечнике у стомированных больных // Сборник научных трудов, ГМУ г. Гродно, Беларусь (2012), ст. 9-10.

5. Русу П., Белев Н., Чебану М., Пынзарь Н., Штепа С., Гырлеану Л., Клечков Г., Пагращу О., Лаур В., Гарбуз В., Левка Ч. / ПМСУ Институт Онкологии, Кишинев, Республика Молдова. // Объем радикальных оперативных вмешательств при окклюзивном раке ободочной кишки (рок) // VII съезд онкологов и радиологов стран СНГ, Астана, Республика Казахстан, 5-7 сентября 2012 г.

6. А.И. Пойда, В.М. Мельник, Л.Г. Заверный, Р.Н.

Абу Шамсия / Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца Киев // Качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки // Клиническая онкология, специальный выпуск I (2011), ст.47-52.

7. Куляпин А.В. Ибатуллин А.А., Булатов Р.Р. / ГКБ № 21 г.Уфы // Опыт работы школы реабилитации стомированных больных // колопроктология № 1 (31) 2010, ст. 40-42.

8. Д.м.н., проф. В.П. Сажин, п.А. Госткин, В.И. Соболева, Д.А. Сяткин, И.В. Сажин, И.Д. Бубликов / кафедра хирургии и общей врачебной подготовки с курсом эндохирургии факультета последипломного образования Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Новомосковская городская клиническая больница // Комплексное лечение осложненного колоректального рака // ХИРУРГИЯ 7, 2010, ст.15-19.

9. К.м.н. Д.Н. Сотников, Б.А. Абраамян, В.П. Курилов / Кафедра общей хирургии (зав. – проф. В.К.Гостищев) лечебного факультета Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова // Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // ХИРУРГИЯ 6, 2009 ст.44-49.

10. Суханов В. Г. / Кафедра медико-психологической реабилитации Российского государственного университета туризма и сервиса, Региональная общественная организация инвалидов стомированных больных „АСТОМ”, Москва // Особенности и проблемы ограничений жизнедеятельности стомированных людей, стомированные инвалиды как группы эксклюзии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация №2, 2009, ст. 97-102.

11. Акопян А.С., Карагулян А.В., Багдасарян Т.Г. / Кафедра колопроктологии ЕрГМУ им. М. Гераци, НМЦ “Сурб Нерсес Мец” // Особенности ранней хирургической реабилитации больных с илео- и трансверзостомой // кровь • BLOOD1 (5), Armenia, Yerevan, 2007, ст. 55-59.

12. М.Д. Ханевич, Э.А. Агаларова, М.А. Шаполин, А.А. Зязин / Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны РФ,

городская клиническая больница № 29, Москва // Восстановление непрерывности толстой кишки у колостомированных больных // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии N1. Том 14. 2004, ст. 50-53.

13. Акад. РАМН, проф. Г.И. Воробьев, проф. П.В. Еропкин, к.м.н. Е.Г. Рыбаков, к.м.н. И.В. Пересада, С.В. Чернышов. ФГУ “ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий” - директор академик РАМН, профессор Г.И. Воробьев // Методы и результаты восстановительных операций у пациентов с превентивными кишечными стомами // колопроктология, 2007, № 3 (21), ст. 22-27.

14. В. М. Тиммербулатов С. Н. Афанасьев Ф. М. Гайнутдинов Д. И. Мехдиев О. В. Галимов А. В. Куляпин А. Х. Галлямов Р. Р. Ахмеров // Хирургическое лечение больных с колостомой // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2004; 10.

15. Воробей А. В. / Институт усовершенствования врачей // Алгоритм обследования больных с энтеро- и колостомами. // Новости лучевой диагностики, 1: 4-7, Беларусь, 2000.

16. Janeza Trdine, Rijeka, edited by Yik-Hong Ho // Contemporary Issues in Colorectal Surgical Practice // Published by InTech, Croatia, 2012.

17. Monica Millan, Montse Tegido, Sebastiano Biondo, Eduardo García-Granero / The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, // Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units // Colorectal Disease, Volume 12, Issue 7 Online, pages e88–e92, July 2010.

18. Dr. M. A. G. Sprangers Ph.D., B. G. Taal M.D., Ph.D., N. K. Aaronson Ph.D., A. te Velde M.Sc // Quality of life in colorectal cancer // Diseases of the Colon & Rectum, April 1995, Volume 38, Issue 4, pp 361-369.

19. Rusu P. / IMSP Institutul Oncologic, or. Chişinău, Moldova // Managementul diagnosticului precoce și a tratamentului cancerului anorectal în baza protocolului clinic național în Republica Moldova // Buletinul informațional al Societății Științifico-Practice a Oncologilor din Republica Moldova, 1/1, 2011, p. 72-76.