

УДК 616.351 – 006.6 – 089.85 – 056.26:159.9

А.В. РУСИН<sup>1</sup>, О.В. ІГНАТ<sup>3</sup>, В.І. РУСИН<sup>2</sup>, С.М. ЧОБЕЙ<sup>2</sup>, К.Є. РУМЯНЦЕВ<sup>2</sup>*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра онкології<sup>1</sup>, кафедра хірургічних хвороб<sup>2</sup>, Ужгород; Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер<sup>3</sup>, Ужгород***ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ ІЗ ПРИВОДУ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ**

Автори провели оцінку континенції і якості життя у 77 пацієнтів після сфінктерозберігаючих операцій та черевно-промежної екстирпації прямої кишки, виконаних з приводу раку прямої кишки. Для оцінки використали анкету Американського товариства колоректальних хірургів (ASCRS) із включеною до неї Клівлендською клінічною шкалою інконтиненції. Встановлено, що якість континенції після сфінктерозберігаючих операцій покращується із збільшенням часу після втручання: у термін до 6 місяців переважає значне і повне нетримання калу, проте до 1 року майже 50% пацієнтів мають хороше тримання. Після колостомуючих операцій якість життя покращується швидше, ніж після сфінктерозберігаючих, проте з часом після СЗО кількість пацієнтів із мінімальними порушеннями якості життя стає вірогідно утричі більша.

**Ключові слова:** рак прямої кишки, хірургічне лікування, якість життя

**Вступ.** Із усіх злякисних новоутворень рак прямої кишки займає 5% і 80% – із пухлин кишки. Захворюваність на рак прямої кишки в США становить 4,2 на 100 тисяч населення, у Великобританії – 8,7, Росії – 10,8 [1].

В Україні рак прямої кишки за частотою у жінок посідає восьме місце (3,7%), у чоловіків – сьоме (5,8%), в Закарпатті ці показники аналогічні – відповідно 4,5% та 4,5%.

Пухлина уражає усі відділи прямої кишки: найчастіше – верхню третину ампули (60-70%), рідше – її нижню і середню третини (25-30%), ще рідше – відхідниковий канал (4-5%) [2, 3].

Пухлини, розміщені вище гребінчастої лінії (95%), як правило, походять із циліндричного епітелію (аденокарцинома). Пухлини, локалізовані нижче гребінчастої лінії (відхідниковий канал та навколівідхідникова шкіра), походять з плоского епітелію (5%) [4].

Радикальне лікування раку прямої кишки можливе тільки за умови хірургічної операції.

Пріоритетним напрямком сучасної хірургії колоректального раку продовжує залишатися покращення якості життя пацієнтів. Розпрацьовані сучасні методики сфінктерозберігаючих операцій (СЗО) дозволили досягти певних успіхів у такому покращенні, хоча багато проблем залишились невирішеними, зокрема – забезпечення континенції після операції, дотримання радикальності операції, зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

**Мета дослідження.** Оцінити якість континенції та життя пацієнтів через один рік після сфінктерозберігаючих та якість життя пацієнтів після колостомуючих операцій (КСО).

**Матеріали та методи.** Для оцінки якості життя пацієнтів і після СЗО, і після КСО використали анкету Американського товариства колоректальних хірургів (ASCRS) із включеною до неї Клівлендською клінічною шкалою інконтиненції.

**АНКЕТА**

ПІБ \_\_\_\_\_  
 Дата народження \_\_\_\_\_  
 Контактні телефони: дом. \_\_\_\_\_ моб. \_\_\_\_\_  
 Дата заповнення анкети: \_\_\_\_\_

I. Укажіть, будь ласка, як часто у Вас трапляються нижче наведені твердження впродовж останніх 4 тижнів (для цього округліть один з числових варіантів відповіді у кожному рядкові, який найкраще відповідає вашому станові)

Тип інконтиненції	Ніколи	Інколи (менше одного разу на тиждень)	Часто (менше одного разу на день, але більше ніж раз на тиждень або 1 раз на тиждень)	Постійно (більше одного разу на день або 1 раз на день)
1. Нетримання газів	0	1	2	3
2. Нетримання рідкого калу	0	4	5	6
3. Нетримання густого калу	0	7	8	9
4. Ви користуєтесь підгузником?	0	1	2	3

II. Укажіть, будь ласка, як часто нетримання калу було причиною для нижченаведених тверджень за останні 4 тижні. Для цього округліть числовий варіант, який найкраще відображає ваш стан (якщо причиною нижченаведених тверджень Ви не вважаєте нетримання калу, то округліть варіант – «інша причина»). Якщо у Вас не виникають нижченаведені твердження, то навпроти даного твердження округліть числовий варіант – «не виникає дана проблема»)

Через нетримання калу	Не виникає дана проблема	Рідко (менше 1 разу за останні 4 тижні)	Інколи (менше одного разу на тиждень)	Часто (менше одного разу на день, але більше ніж раз на тиждень або 1 раз на тиждень)	Постійно (більше одного разу на день або 1 раз на день)	Інша причина
1. Я боюся виходити на вулицю	0	1	2	3	4	-
2. Я уникаю зустрічі з друзями	0	1	2	3	4	-
3. Я намагаюся уникати ночувати не вдома	0	1	2	3	4	-
4. Мені важко робити звичні для мене справи (наприклад сходити в кіно або в церкву)	0	1	2	3	4	-
5. Я намагаюся їсти небагато перед тим як виходити з дому	0	1	2	3	4	-
6. Коли я не вдома, я намагаюся, наскільки це можливо, знаходитися близько біля туалету	0	1	2	3	4	-
7. Дуже важливо для мене планувати свій розпорядок дня	0	1	2	3	4	-
8. Я уникаю подорожей і поїздок	0	1	2	3	4	-
9. Я хвилююся чи встигну вчасно сходити в туалет	0	1	2	3	4	-
10. Я відчуваю, що втратив контроль над актом випорожнень	0	1	2	3	4	-
11. Я не можу утримувати акт випорожнень достатньо довго	0	1	2	3	4	-
12. Я втрачаю контроль над актом випорожнень навіть не підозрюючи про це	0	1	2	3	4	-
13. Я намагаюся знаходитися біля туалету, щоб попередити не контрольованість акту випорожнень	0	1	2	3	4	-
14. У мене виникають проблеми з концентрацією уваги під час читання газет і перегляду телепередач тощо	0	1	2	3	4	-
15. Я відчуваю емоційну напруженість і нервові збудження	0	1	2	3	4	-
16. У мене виникає відчуття роздратованості	0	1	2	3	4	-
17. У мене виникають проблеми із запам'ятовуванням	0	1	2	3	4	-
18. Мені соромно перед своїм оточенням	0	1	2	3	4	-
19. Я не можу зробити багато того, чого хочу	0	1	2	3	4	-

20. Я відчуваю хвилювання	0	1	2	3	4	-
21. Я відчуваю себе пригніченим	0	1	2	3	4	-
22. Я хвилююся за неприємне відчуття запаху калу	0	1	2	3	4	-
23. Я відчуваю себе нездоровою, неповноцінною людиною	0	1	2	3	4	-
24. Я менше отримую задоволення від життя	0	1	2	3	4	-
25. Я відчуваю, що відрізняюся від інших людей	0	1	2	3	4	-
26. Я думаю про можливість неконтрольованого акту випорожнень	0	1	2	3	4	-
27. Я уникаю подорожей літаком або поїздом	0	1	2	3	4	-
28. Я харчуюся лише вдома	0	1	2	3	4	-
29. Коли я відвіую незнайомий громадський заклад я завжди звертаю увагу на те, де знаходиться туалет	0	1	2	3	4	-

Підпис

Після отримання анкети спочатку оцінювали континенцію за Клівлендською шкалою.

Індекс інконтиненції отримували додаванням балів за кожну заокруглену відповідь у таблиці. Інконтиненцію поділяли на декілька ступенів:

- 0 – нема розладів у триманні калу;
- 1 – 7 – хороше тримання калу;

8 – 14 – помірне нетримання калу;

15 – 20 – значне нетримання калу;

21 – повне нетримання калу.

Якість життя оцінювали додаванням балів за кожну заокруглену відповідь у другій частині анкети, потім бали інконтиненції і бали якості життя додавали. Якість життя, виражену у балах, оцінювали за такою шкалою (табл. 1).

Таблиця 1

Шкала оцінки якості життя при фекальній інконтиненції

Критерій	Ступінь порушення якості життя				
	Не порушена	Порушена			
		Легкий	Середній	Важкий	Вкрай важкий
Бали	0	1–29	30–58	59–87	88–116

Анкети розсилали пацієнтам, яких лікували в Закарпатському обласному клінічному онкологічному диспансері протягом 2005-2010 років. За класифікацією TNM пухлини у пацієнтів були від pTisN0M0 до pT4N2M0.

Усі пацієнти перед операцією отримали курс ад'ювантного променевого лікування. Операційні втручання виконані однією хірургічною бригадою за стандартизованою технікою.

Анкети розсилали послідовно при настанні терміну 6 місяців і 1 рік після операції окремо у кожного пацієнта.

У термін 6 місяців після операції розіслали 120 анкет: 80 анкет – хворим після СЗО, 40 – пацієнтам, яким було виконано черевно-промежину екстирпацію прямої кишки за Кеню-Майлсом при

раку нижньоампулярного відділу прямої кишки, тобто КСО.

Отримали 89 відповідей. У 2 пацієнтів виявлено віддалені метастази у печінку, через що вони були виключені з дослідження. Від пацієнтів після СЗО отримано і опрацьовано 53 анкети, після КСО – 34.

У термін 1 рік розіслали також 120 анкет тій же когорті пацієнтів. Отримали 81 відповідь. Від пацієнтів після СЗО отримано і опрацьовано 49 анкет, після КСО – 32.

Для аналізу врахували тільки анкети пацієнтів, які відповіли і на перший, і на другий запит. Таких анкет відповідно було 47 після СЗО та 30 після КСО. Для оцінки вірогідності відмінностей використовували коефіцієнт  $\chi^2$  К.Пірсона, для оцінки кореляції – коефіцієнт лінійної кореляції К.Пірсона r.

Середній вік пацієнтів склав  $62,7 \pm 4,3$  року (28-86 років), чоловіків було 51 (66,2%), жінок – 26 (33,8%). Розподіл хворих за основними клінічними ознаками, віком, статтю, наявністю і структурою супутніх захворювань у групах після СЗО і КСО був однаковим.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У термін до 6 місяців після операції пацієнти із значним або повним нетриманням калу переважали – їх частка склала 72,4% (табл. 2). Пацієнтів без розладів не було взагалі.

Таблиця 2

Якість континенції у пацієнтів після СЗО у різні терміни спостереження

Якість континенції	Кількість пацієнтів	
	6 місяців (n=47)	1 рік (n=47)
Розлади відсутні	–	–
Хороше тримання калу	5 (10,6%)	23 (48,9%)
Помірне нетримання калу	8 (17,0%)	10 (21,3%)
Значне нетримання калу	16 (34,0%)	9 (19,1%)
Повне нетримання калу	18 (38,4%)	5 (10,7%)

У термін до 1 року кількість таких пацієнтів зменшилась до 29,8%, причому майже у половини хворих (48,9%) спостерігалось хороше тримання калу. Частка пацієнтів із хорошим триманням збільшилась у 4,6 разу порівняно із терміном 6 місяців.

При оцінці вірогідності відмінностей у перший і другий терміни спостереження виявлено, що відмінності вірогідні ( $\chi^2_{\text{емп}} = 21.102$  при  $\chi^2 = 11.345$ ,  $p \leq 0.01$ ).

У термін спостереження до 6 місяців серед хворих після СЗО переважала частка із важким і вкрай важким ступенем порушення якості життя – 70,3% (табл.3).

При цьому у цей же термін спостереження після КСО переважали хворі із легким і середнім ступенями порушення якості життя – 73,4%. Після КСО через 6 місяців пацієнтів із вкрай важким порушенням не було (рис. 1).

Таблиця 3

Оцінка якості життя хворих після СЗО та КСО у різні терміни

Ступінь порушення якості життя	СЗО (n=47)		КСО (n=30)	
	6 міс.	1 рік	6 міс.	1 рік
Легкий	5 (10,6%)	28 (59,6%)	11 (36,7%)	9 (30,0%)
Середній	9 (19,1%)	10 (21,3%)	14 (46,7%)	16 (53,4%)
Важкий	19 (40,4%)	9 (19,1%)	5 (16,6%)	5 (16,6%)
Вкрай важкий	14 (29,9%)	–	–	–

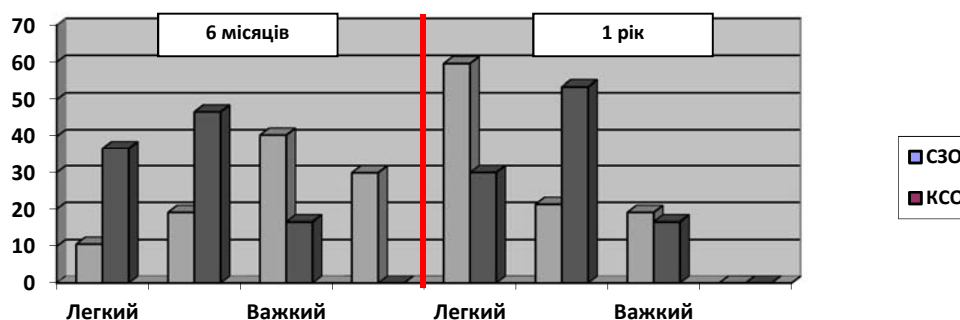


Рис. 1. Порівняльна оцінка якості життя після СЗО та КСО за даними анкетного опитування

Така відмінність розподілу хворих після СЗО та КСО може бути пояснена тим, що термін 6 місяців є недостатнім для адаптації кишки прямої та її сфінктерного апарату до нових умов функціонування, і саме інконтиненція стає голо-

вним чинником погіршення якості життя. Для оцінки такого твердження проведено аналіз лінійної кореляції між показниками континенції та якості життя серед пацієнтів після СЗО у термін 6 місяців після операції. Виявлений прямий, си-

льний, статистично невірогідний зв'язок ( $r=0.886$ ).

У термін до 1 року після СЗО якість життя пацієнтів покращувалась, переважала частка хворих із легким і середнім ступенем її порушення (80.9%). Ймовірно, термін 1 рік ставав достатнім для покращення континентії і відповідно якості життя.

Серед хворих після КСО у термін 1 рік знову ж, як і у термін 6 місяців, переважали пацієнти із легким і середнім ступенем порушення якості життя, частка яких була 83,4%. При оцінці вірогідності відмінностей розподілу пацієнтів за якістю життя після КСО між термінами 6 місяців і 1 рік виявлено, що відмінності невірогідні ( $\chi^2_{\text{емп}} = 0.334$  при  $\chi^2 = 5.991$ ;  $p \leq 0.05$ ). Це можна пояснити тим, що для адаптації до колостоми, як до нових умов функціонування, травному тракту пацієнта термін 6 місяців був достатнім. Майже у всіх хворих до цього часу випорожнення через стому відбувалось вмістом густої консистенції 1-2 рази на добу, що робило догляд за стомою необтяжливою і звичною процедурою, суттєвих змін в якій до 1 року не відбувалось, отже і якість життя суттєво не змінювалась.

В той же час, пацієнтів із легким ступенем порушення якості життя після КСО у термін до 1 року було утричі менше, ніж після СЗО. При оцінці вірогідності відмінностей розподілу пацієнтів за якістю життя у термін 1 рік між СЗО та КСО виявлено, що відмінності вірогідні ( $\chi^2_{\text{емп}} = 8.971$  при  $\chi^2 = 5.991$ ;  $p \leq 0.05$ ). Отже, у більш пізній термін якість життя після СЗО слід визнати кращою, оскільки в цій групі пацієнтів із легким порушенням якості життя було у 3 рази вірогідно більше, ніж після КСО.

Також слід зауважити, що на якість життя пацієнтів після КСО впливали місцеві парастомічні ускладнення. У одного хворого спостерігали паракалостомічний дерматит, який розвинувся на шосту добу після операції. Інших ранніх ускладнень (евентрація кишки, некроз, ретракція, перекручення, защемлення стоми, парастомічне нагноєння) протягом періоду спостереження не було. Серед пізніх ускладнень слід відзначити стриктуру стоми, яка розвинулася на шостому місяці спостереження після операції у одного хворого і мацерацію шкіри – у ще одного хворого до року після хірургічного лікування. Обоє хворих оцінили свій рівень якості життя протягом всього періоду спостереження як незадовільний. Ці ускладнення були успішно виліковані. Інші пізні ускладнення (паракалостомічна грижа, евагінація кишки, паракалостомічні лігатурні нориці) не спостерігали.

Із впровадженням у хірургічну практику зшиваючих степлерних апаратів підхід до обрання операції змінився:

1. Черевно-промежину екстирпацію прямої кишки (видаляють всю пряму кишку з відхідниковим каналом та сфінктером, створюють постійну термінальну колостому) виконують у хворих при

низько розташованих пухлинах з інвазією у сусідні структури. Інвазія може бути виявлена доопераційною трансректальною ультрасонографією або магнітно-резонансною томографією.

2. Черевно-відхідникову резекцію з низведенням (при якій зберігають м'язи і фасції тазового дна, замикаючий апарат прямої кишки і відхідниковий канал) виконують за умови відсутності ураження сусідніх органів і структур у мотивованих пацієнтів, якщо потенційний ризик ускладнень не перевищує користі від збереження замикальної функції.

3. Передню резекцію (видаляють ділянку кишки з пухлиною і накладають анастомоз по типу „кінець в кінець” вручну або з допомогою зшиваючого апарату) виконуються при пухлинах ректосигмоїдного кута і верхньоампулярного відділу прямої кишки.

4. Обструктивну передню резекцію (операція Гартмана) (полягає в резекції прямої кишки з боку черевної порожнини при пухлинах ректосигмоїдного кута або верхньоампулярного відділу, зашиванні дистальної кукси прямої кишки, створенні термінальної колостоми) виконують при занедбаній кишковій непрохідності або наявності внутрішньочеревних гнійних ускладнень (рис. 2).

Дані анатомічних досліджень були покладені в основу хірургічної техніки виконання операції при раку прямої кишки. Тотальна мезоректумектомія або тотальна мезоректальна ексцизія (ТМЕ) стала золотим стандартом.

У 1982 р. англійський хірург Richard John Heald вперше опублікував у журналі *British Journal of Surgery* опис техніки тотальної мезоректальної ексцизії (ТМЕ) при хірургічному лікуванні хворих на рак прямої кишки. Основу концепції техніки ТМЕ становило гостре виділення прямої кишки під контролем зору в безсудинній зоні між нутрошевою фасцією (власної фасцією) прямої кишки і пристінковою фасцією таза в так званому «священному шарі» («*holy plane*» по R.J. Heald). Саме у клітковині, що оточена фасціями (мезоректум), розташовані лімфатичні вузли, велика частина з яких, як правило, мають метастази пухлини. При використанні традиційного способу виділення прямої кишки (прийом долоня-«човник») частина цієї жирової клітковини відривається і залишається в малому тазу, що у більшості випадків призводить до виникнення так званих «сателіт-метастазів», частота яких може досягати 25%.

Основні етапи видалення прямої кишки із застосуванням техніки ТМЕ:

1) висока перев'язка нижньої брижової артерії і вени;

2) сепарування нижньобрижових судин від преаортального верхнього гіпогастрального сплетення;

3) міжфасціальне гостре препарування в шарі «*holy plane*» (за R.J. Heald) в дистальному напрямку

до тазового дна і до повного відшарування оточеної фасцією Waldeyer мезоректума від пресакральної фасції;

4) гостре виділення бічних поверхонь мезоректуму;

5) гостре виділення вентральної поверхні прямої кишки шляхом розсічення перехідної складки очеревини з подальшим відсепарування від сім'яних міхурців або піхви;

6) виділення прямої кишки з мезоректумом у всіх площинах під візуальним контролем цілісності мезоректальної фасції і збереження нижніх гіпогастральних (правого і лівого) і сакральних (справа і зліва) нервів, що формують в сукупності тазове сплетення;

7) якщо операція закінчується формуванням анастомозу, то нижче пухлини в дистальному відділі прямої кишки, що складається виключно із слизового, підслизового й м'язового шарів, накладають спеціальний затискач (ізоляція новоутворення) з обов'язковим промиванням дистального відділу прямої кишки 0,02% розчином хлоргексидину;

8) накладення лінійного степлера дистальніше перетиснутої ділянки кишки з перетином прямої кишки між степлером і затискачем;

9) створення товстокишково-прямокишкового анастомозу апаратним методом або накладання десцендостоми;

10) за необхідності – створення розвантажувальної єюностомии.

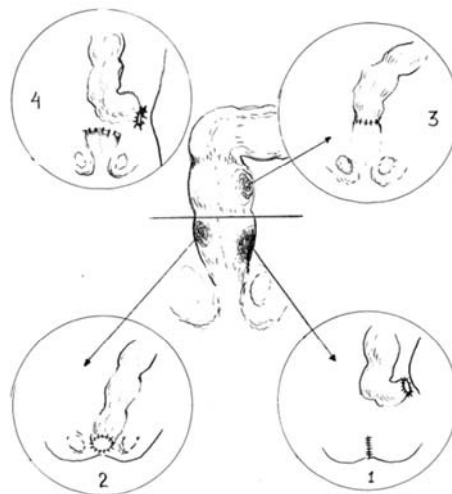


Рис. 2. Схематичне зображення операцій при раку прямої кишки:

- 1) червонно-промежинна екстирпація прямої кишки; 2) червонно-відхідникова резекція із низведенням; 3) передня резекція; 4) операція Гартмана.

Сфінктерозберігаючі операції протягом певного часу – до адаптації сфінктера і кукси кишки до нових умов існування зумовлюють повну інконтиненцію, пацієнт постійно користується підгузником, а отже якість життя є нижче задовільного рівня за усіма показниками. В той час, як після стомуючої операції догляд за кишковою стомою в цей же ранній період, за умов відсутності парастомічних ускладнень, є значно простішим і, відповідно, сприяє швидшій соціальній адаптації.

Проте після відновлення замикальної функції збереженого сфінктера, якість життя починає безпосередньо залежати від якості континенції – при задовільній пацієнт може вести звичайний спосіб життя і при цьому позбавлений необхідності догляду за стомою на передній черевній стінці. Отже, перевага в якості після сфінктерозберігаючої операції настає тільки після певного часового періоду.

З цих міркувань не можна не зважати на можливість застосування сфінктерозберігаючих операцій тільки у вмотивованих пацієнтів, які здатні

вичекати цей період. В іншому випадку колостомуючим операціям слід надати перевагу. Також колостомуюча операція буде обрана за наявності гнійно-запальних процесів у черевній порожнині, при прогнозованій невеликій тривалості подальшого життя у похилому віці.

**Висновки.** Якість континенції після сфінктерозберігаючих операцій покращується із збільшенням часу після втручання: у термін до 6 місяців переважає значне і повне нетримання калу, проте до 1 року майже 50% пацієнтів мають хороше тримання. Відмінність якості континенції у різні терміни спостереження вірогідна ( $\chi^2_{\text{емп}} = 21.102$  при  $\chi^2 = 11.345$ ,  $p \leq 0.01$ ).

Якість континенції безпосередньо впливає на якість життя – існує прямий, сильний, статистично невірогідний зв'язок ( $r = 0.886$ ).

Після колостомуючих операцій якість життя покращується швидше, ніж після сфінктерозберігаючих, проте з часом після СЗО кількість пацієнтів із легким ступенем порушення якості життя стає вірогідно утричі більша ( $\chi^2_{\text{емп}} = 8.971$  при  $\chi^2 = 5.991$ ;  $p \leq 0.05$ ).

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абелевич А.И. Выбор способа операции при раке прямой кишки / А.И. Абелевич, В.А. Овчинников, Г.А. Серопян // Хирургия. — 2004. — №4. — С.30—33.
2. Ближайшие и отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций с формированием толстокишечного J-образного резервуара / Г.И. Воробьев, Т.С. Одарюк, П.В. Царьков [и др.] // Хирургия. — 2000. — №6. — С.41—47.
3. Современные подходы к радикальному хирургическому и комбинированному лечению рака прямой кишки / Н.Н. Симонов, А.В. Гуляев, И.В. Правосудов [и др.] // Вест. хир. — 1997. — Т.156, №6. — С.27—30.
4. Яицкий Н.А. Функциональные результаты хирургического лечения рака прямой кишки и качества жизни оперированных больных. / Н.А. Яицкий, И.А. Нечай, В.Л. Петришин. — СПб., 2001. — 40 с.
5. Яицкий Н.А. Опухоли кишечника. Руководство для врачей / Н.А. Яицкий, В.М. Седов. — СПб., 1995. — 367 с.

A. RUSYN<sup>1</sup>, O. IHNAT<sup>3</sup>, V. RUSYN<sup>2</sup>, S. CHOBEY<sup>2</sup>, K. RUMYANTSEV<sup>2</sup>

*Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of oncology<sup>1</sup>, Department of Surgical Diseases<sup>2</sup>, Uzhhorod; Transcarpathian Regional Clinical Oncology Hospital<sup>3</sup>, Uzhhorod*

#### EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER RADICAL SURGERY FOR RECTAL CANCER

The authors assessed continence quality and quality of life in 77 patients after sphincter-preserving operations and abdominal-perineal extirpation of the rectum, performed for carcinoma of the rectum. To evaluate the quality the questionnaire of American Society of Colorectal Surgeons (ASCRS) with Cleveland Clinic Incontinence Score was applied. It was found that continence quality after sphincter-preserving operations improved in process of time after surgery: at the period up to 6 months significant and complete fecal incontinence predominates, but to 1 year term almost 50% of patients have good continence. After extirpation surgery quality of life improved faster than after sphincter-preserving, but eventually after sphincter-preserving surgery number of patients with mild quality impairment is likely three times bigger.

**Key words:** colorectal cancer, surgical treatment, quality of life

**Стаття надійшла до редакції: 19.11.2012 р.**