

ISSN 0023 - 2130

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

11.3 листопад 2018

Асоціація хірургів України  
Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова НАМН України

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 11.3 (листопад) 2018

Щомісячний науково—практичний журнал  
(спеціалізоване видання для лікарів)  
Заснований у червні 1921 р.

Редактор  
**В. М. Мороз**  
Коректор  
**О. П. Заржицька**

Видання включене до міжнародних наукометричних баз  
Scopus, EBSCOhost, DOAJ, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,  
Google Scholar та ін.

Включений до Переліку наукових фахових видань України  
Наказ МОН № 1413 від 24.10.17.

Свідоцтво про державну реєстрацію:  
серія KB № 22539—12439ПР від 20.02.17.

Адреса редакції:  
**03680, м. Київ, МСП—03680,  
вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс +38 044 408 18 11,  
<http://hirurgiya.com.ua>  
e – mail: [info@hirurgiya.com.ua](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[new.article@hirurgiya.com.ua](mailto:new.article@hirurgiya.com.ua)**

Видавець  
**ТОВ «Ліга—Інформ»**  
03680, м. Київ, МСП 03680, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс ( 044) 408.18.11.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ  
в друкарні ТОВ «ЛазуритПоліграф»  
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.  
Тел./факс +380 44 463 73 01.

Передплатний індекс 74253  
Підписано до друку 02.11.18. Формат 60 × 90/8.  
Друк офсетний. Папір крейдований матовий.  
Ум. друк. арк. 10. Обл. вид. арк. 9,81. Тираж 1000.  
Замов. 102

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

Відповідальність за достовірність інформації,  
наведеної у статті, несуть її автори.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих  
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе  
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2018  
© Ліга — Інформ, 2018

ISSN 0023 — 2130 (Print)  
ISSN 2522 — 1396 (Online)



# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 11.3 (листопад) 2018

Головний редактор  
О. Ю. Усенко

Заступники  
головного редактора  
С. А. Андреецев  
М. В. Костилюв

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Luigi Angrisani (Italy)  
Л. С. Білянський  
С. О. Возіанов  
Martin Fried (Czech Republic)  
В. Г. Гетьман  
О. І. Дронов  
М. Ф. Дрюк  
Я. Л. Заруцький  
М. П. Захараш  
Г. П. Козинець  
В. М. Копчак  
О. Г. Котенко  
А. С. Лаврик  
В. В. Лазоришинець  
І. А. Лурін  
John Melissas (Greece)  
М. Ю. Ничитайло  
С. Є. Подпряттов  
А. П. Радзіховський  
С. І. Саволук  
А. В. Скумс  
Я. П. Фелештинський  
П. Д. Фомін  
І. П. Хоменко  
В. І. Цимбалюк  
Rudolf Weiner (Germany)  
С. О. Шалімов  
П. О. Шкарбан

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрущенко  
Я. С. Березницький  
В. В. Бойко  
М. М. Велігоцький  
В. В. Ганжий  
Б. С. Запорожченко  
І. В. Іоффе  
П. Г. Кондратенко  
І. А. Криворучко  
В. І. Лупальцов  
О. С. Никоненко  
В. В. Петрушенко  
В. І. Русин  
В. М. Старосек  
А. І. Суходоля  
С. Д. Шаповал  
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130





**Редакція журналу «Клінічна хірургія» приймає статті українською або російською мовою. Направляючи статтю до редакції, слід керуватися правилами відповідно до «Єдиних вимог до рукописів, що подаються в біомедичні журнали» (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), розроблених Міжнародним комітетом редакторів медичних журналів (International Committee of Medical Journal Editors).**

**Рукопис.** Рукопис направляти до редакції в електронному та паперовому варіантах.

**Формат тексту рукопису.** Файл рукопису у форматі Microsoft Word (розширення \*.doc, \*.docx, \*.rtf), текст повинен відповідати стилістичним і бібліографічним вимогам. Текст друкувати шрифтом Times New Roman, розмір 14 pt, з полуторним міжрядковим інтервалом (29—30 строк на сторінці). Відступи з кожного боку сторінки 2 см. На всі ілюстрації, графіки і таблиці мають бути посилання в тексті.

Виділення в тексті можна робити курсивом або напівжирним шрифтом, НЕ підкресленням. Обсяг тексту рукопису не більше 20 000 знаків з пропусками (18 000 знаків з пропускними знаками — огляд літератури, 5 000 знаків з пропусками — коротке повідомлення). З тексту слід видалити всі перенесення, повторювані пропуски, зайві розриви рядків (в автоматичному режимі через сервіс Microsoft Word «знайти і замінити»).

Файл з текстом статті містить всю інформацію для публікації (в тому числі рисунки і таблиці).

**Структура рукопису** має відповідати наведеному шаблону (залежно від типу роботи) [https://hirurgiya.com.ua/downloads/article\\_example\\_ua.pdf](https://hirurgiya.com.ua/downloads/article_example_ua.pdf).

**Назва статті**

**Автори.** Прізвище авторів вказувати після ініціалів (О. С. Іваненко, С. І. Шульга, І. П. Сироїд).

**Установа.** Необхідно наводити офіційну ПОВНУ назву установи (без скорочень). Після назви установи через кому зазначити назву міста. Якщо в дослідженні брали участь автори з різних установ, слід співвіднести назви установ і прізвища авторів за допомогою цифрових індексів у верхньому регістрі.

**Реферат** (якщо робота оригінальна) має бути структурованим: мета, матеріали і методи, результати, висновки.

Реферат має повністю відповідати змісту роботи, обсяг тексту не більше 1200 знаків (з пропусками).

**Ключові слова.** Необхідно вказати ключові слова — від 3 до 10 для індексування статті в пошукових системах. Ключові слова повністю відповідають українською/російською та англійською мовою.

**Англomовна Анотація**

**Article title.** Англomовна назва має бути грамотною з точки зору англійської мови, при цьому за змістом повністю відповідати українсько/російсько-комовній назві.

**Author names.** ПІБ авторів вказувати відповідно з закордонним паспортом, або як в раніше опублікованих зарубіжних журнальних статтях. Автори, які публікуються вперше і не мають закордонного паспорта, мають скористатися стандартом транслітерації КМУ–2010.

**Affiliation.** Необхідно вказувати ОФІЦІЙНУ англomовну назву установи.

**Abstract.** Англomовна версія резюме статті за змістом і структурою (Aim, Materials and Methods, Results, Conclusions) повністю відповідає українсько/російськомовній.

**Keywords.** Для вибору ключових слів англійською використовують тезаурус Національної медичної бібліотеки США (Medical Subject Headings — MeSH).

**Текст статті** (українською або російською мовою) структурований за розділами: вступ (актуальність), мета, матеріали і методи, результати, обговорення, висновки.

**Інформація про конфлікт інтересів.** Автори мають розкрити потенційні та явні конфлікти інтересів, пов'язані з рукописом.

Конфліктом інтересів може бути будь-яка ситуація (фінансові відносини, служба або робота в установах, що мають фінансовий або політичний інтерес до опублікованих матеріалів, посадові обов'язки тощо), здатна вплинути на автора рукопису і призвести до приховування, спотворення даних, або зміни їх трактування. Наявність конфлікту інтересів одного або кількох авторів НЕ є приводом для відмови в публікації статті. Виявлене редакцією приховування авторами потенційних або явних конфліктів інтересів може стати причиною відмови у розгляді та публікації рукопису.

**Інформація про фінансування.** Необхідно вказувати джерело фінансування як наукової роботи, так і процесу публікації статті (фонд, комерційна або державна організація, приватна особа тощо).

Зазначити розмір фінансування не потрібно.

**Подяка.** Автори можуть висловити подяку особам та організаціям, що сприяли публікації статті, але не є її авторами.

Інформація про внесок кожного учасника (і осіб, зазначених у розділі «подяка»).

**Приклад:**

Автори (ПІБ)	Участь
О. С. Іваненко	Концепція і дизайн дослідження
С. І. Шульга	Збирання та оброблення матеріалів
І. П. Сироїд	Аналіз отриманих даних, написання тексту

Автори висловлюють подяку (Прізвище І. Б.) за оформлення ілюстрацій.

**Список літератури.** У бібліографії (пристатейному списку літератури) кожне джерело зазначають з нового рядка під порядковим номером.

У списку всі посилання наводять у порядку цитування, а не за алфавітом. Кількість цитованих робіт: в оригінальних статтях і лекціях — до 15, в оглядах літератури — до 45. Бажано цитувати роботи, опубліковані переважно протягом останніх 5—7 років.

У тексті статті посилання на джерела літератури подаються у квадратних дужках арабськими цифрами.

У бібліографічному описі кожного джерела мають бути представлені **ВСІ АВТОРИ**.

Якщо у публікації більше 7 авторів, після 6—го автора необхідно поставити скорочення «... та ін.» або «... et al.». Неприпустимо скорочувати назву статті. Назву англomовних журналів наводять відповідно з каталогом назв бази даних MedLine. Якщо журнал не індексований у MedLine, вказують його повну назву.

Назви вітчизняних журналів скорочувати не можна.

**Оформлення списку літератури має відповідати Ванкувер стилю (Vancouver style).** В посиланнях на джерела, написані кирилицею, слід вказувати інформацію латинкою (англійською або трансліт).

При транслітерації використовувати стандарт BGN / PCGN (United States Board on Geographic Names / Permanent Committee on Geographical Names for British Official Use), рекомендований міжнародним видавництвом Oxford University Press як «British Standard».

Для транслітерації тексту відповідно до стандарту BGN можна скористатися посиланнями

українською — <http://www.slovyk.ua>

російською — <http://ru.translit.ru>

**Контактна інформація.** Послідовно вказувати **ВСІХ АВТОРІВ** рукопису:

- прізвище, ім'я по батькові повністю;
- науковий ступінь, вчене звання;
- посада, місце роботи, навчання (найменування установи або організації, включаючи підрозділ, кафедру);
- адреса (включаючи індекс) і телефон організації;
- особиста адреса електронної пошти;
- **Ідентифікатор учасника ORCID** Для його отримання необхідно зареєструватися на сайті <http://orcid.org/>.

**Контактна інформація має бути наведена англійською мовою.**

**Таблиці** (не більше 4) мають нумерований заголовок і чітко позначені графі, зручні й зрозумілі для читання. Дані таблиці не повинні дублювати інформацію, представлену в тексті. Посилання на таблиці в тексті обов'язкове.

**Рисунки** (графіки, діаграми і схеми, рисовані засобами MS Office) мають бути контрастними, чіткими.

**Інші нерисовані ілюстрації** необхідно завантажувати окремо у вигляді файлів формату \*.tif, \*.jpg (jpeg), \*.bmp, \*.gif. Кожний рисунок або фотографія мають бути шириною не менше 10 см, розподільча здатність зображення не менше 300 dpi. Посилання на рисунки в тексті обов'язкове. Файлам зображення слід присвоїти назву, що відповідає номеру рисунка в тексті (Petrenko\_01.jpg).

**Обсяг графічного матеріалу мінімальний (до 4 рисунків або фотографій).**

**Скорочення.** Всі використані абривіатури і символи потрібно розшифрувати в примітках до таблиць і підписах до рисунків із зазначенням використаних статистичних критеріїв (методів) і параметрів статистичної варіабельності (стандартне відхилення, стандартна похибка середнього тощо). Статистичну достовірність / недостовірність відмінностей даних, наведених у таблицях, позначати символами \*, \*\*, #, ## тощо.

**Відповідність нормам етики.** Для публікації результатів оригінальної роботи слід вказати, чи підписували учасники дослідження поінформовану згоду; при проведенні досліджень з використанням тварин — чи відповідав протокол дослідження етичним принципам і нормам проведення біомедичних досліджень з використанням тварин. В обох випадках слід зазначити, чи схвалений протокол дослідження комітетом з біоетики.

**Супровідні документи.** При поданні рукопису до редакції журналу необхідно додатково завантажити файли, що містять скановані зображення заповнених і завірених супровідних документів (у форматі \*.pdf або \*.jpg). Супровідний лист має бути написаний на офіційному бланку установи, підписаний її керівником і завірений печаткою.

**Рукопис підписують всі автори статті.**

Передаючи рукопис до редакції, автори мають погодитися з тим, що стаття може бути повернута авторам, якщо вона не відповідає науковій тематиці журналу або технічним вимогам щодо її оформлення.

Наукове товариство хірургів Києва і Київської області



# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЇ ТА КОЛОПРОКТОЛОГІЇ

науково-практична конференція з міжнародною участю,  
присвячена 110 - річчю з дня заснування  
Наукового товариства хірургів м. Києва і Київської області

22 - 23 листопада 2018 р.  
м. Київ



білісового кольору. Черевна порожнина дренована. На другу добу після операції по дренажу із черевної порожнини з'явився кишковий вміст, стан дитини важкий, погоджено переведення до ООДКЛ. При госпіталізації в обласну дитячу лікарню стан дитини тяжкий, є показання до повторної лапаротомії. Під час операції: петлі тонкої кишки різко набрякли, гіперемовани, інфільтровані на ділянці до 80 см від ілеоцекального кута. На відстані 7,5 см і 13 см від ілеоцекального кута виявлено два перфоративних отворів по 0,3 см, ушиті. Великий сальник інфільтрований, набряклий, гіперемований, виконана тотальна резекція сальника. Гістологія: осередки лімфо–лейкоцитарної інфільтрації, епітеліоїдних гранульомоподібних утворів з наявністю багатоядерних кліток. Лікування: інфузійна детоксикація, антибактеріальна терапія (метрогїл, амїцил, євразидим, левофлокс), церукал, прозерин, квамател; моваліс; специфічна терапія (буденофальк, пента-са, ГКС); метаболічна терапія (актовегін, трентал, ККБ, В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, В<sub>6</sub>, тіатриазолін, та ін.). Специфічну терапію одержува-

ла за схемою протягом 2 років. У цей час досягнута тривала ремісія, специфічне лікування припинене. Дівчинка почуває себе задовільно.

**Висновки і заключення.** Таким чином, діагноз хвороби Крона у дітей встановлюється по сукупності анамнестичних і клінічних даних, результатів обстеження, що включає ендоскопічний, рентгенологічний, УЗД, КТ і гістологічний методи, визначення імунологічних і генетичних маркерів. Провідними симптомами гострої форми ХК були симптоми гострого живота – біль, блювота, порушення стільця. ХК у дітей проявляється хірургічною патологією, але хірургічне лікування не приводить до повного видужання хворих, тому потребує сумісного нагляду гастроентерологів та хірургів. Усім дітям із тривалим кишковим синдромом в анамнезі повинне проводитися ендоскопічне обстеження травного тракту (ФГДС, РРС, колоноскопія). Ранньою діагностичною ознакою ХК при колоноскопії в дітей є наявність виразок на тлі незміненої слизової оболонки.

## Напрямки хірургічної реабілітації дітей з колоректальними вадами та захворюваннями

Пащенко Ю. В., Пащенко К. Ю., Вівчарук В. П.

Харківський національний медичний університет,  
Харківська обласна дитяча клінічна лікарня № 1

Незважаючи на прогресивні впровадження сучасних медичних технологій, проблеми зовнішніх внутрішніх кишкових нориць в дитячій колопроктології залишаються актуальними.

Етапне лікування складних вроджених вад товстої кишки і ректоанальної зони часто вимагає накладення превентивної стоми. Її анатомічні та технічні особливості накладання, тривале існування призводять до розвитку певних ускладнень, що може вимагати зміни термінів та тактики лікування. Крім того, виникнення або рецидив патологічних внутрішніх співустій між прямою кишкою та органами малого тазу значно погіршують стан дитини та його реабілітацію. У літературі, на жаль, відзначається тенденція відображення тільки позитивних результатів лікування дітей. Нам здається, що сучасний етап розвитку дитячої колопроктології більш вимагає висвітлення результатів лікування ускладнень. При цьому дані великих клінік, де накопичується досвід лікування таких випадків, має реальне практичне значення.

Клініка дитячої хірургії Харківського національного медичного університету має значний досвід лікування дітей з колоректальними вадами і захворюваннями. Протягом року до лікарні загалом (первинно або вторинно) госпіталізуються до 370 дітей з колоректальними вадами. Більшість цих дітей потребують тривалого лікування протягом декількох років, спрямованого на покращення якості життя.

В результаті аналізу більш ніж 500 коло– і ентеростом розроблена, на наш погляд, найбільш повна класифікація ускладнень кишкових стом. Вона включає:

– Ранні ускладнення: набряк стоми, кровотечі, нагноєння рани, абсцеси черевної порожнини в зоні накладен-

ня нориці, некроз виведеної кишки (з перитонітом і без нього), ретракція стоми (з перитонітом і без нього), парастомічна евентрація, ексудативна ентеропатія, кишкова непрохідність, перфорація.

– Пізні ускладнення: ретракція нориці, парастомальні нориці, внутрішні нориці в зоні накладення стоми, престомічний ілеїт, престомічний коліт, метаплазія слизової, синдром тривало відключеної кишки.

– Ускладнення загального характеру: сепсис, інфікування сечових шляхів у дітей з норицями у сечовидільну систему, дисбактеріоз, виснаження, синдром короткої кишки.

Впроваджені оригінальні методики оперативної корекції ускладнень включаючи мініінвазивні технології.

При рецидивах внутрішніх комунікацій (після виключення специфічного походження патологічного процесу) використовується авторська методика ізоляції нориці шляхом візуальної демукозації та ушивання останніх з наступною резекцією патологічної ділянки та відновленням прохідності кишкового.

Надійною профілактикою неспроможності кишкових швів є застосування «муфтоподібного» тонко – або товсто кишкового анастомозу за власною методикою та системний захист останнього шляхом електроелімінації протимікробних засобів за допомогою внутрішньо органного діадинамофорезу.

Спираючись на багаторічний досвід клініки, розроблено комплексну програму етапної реабілітації дітей з колоректальними вадами та захворюваннями, що спрямована на відновлення рухливої активності функціонуючих та нефункціонуючих відділів товстої кишки та тренування утримуючих функцій. Покращення наслідків лікуван-

ня можна досягти лише за рахунок спрямованого впливу як на фізіологічні, так і на психологічні ланки тренінгу. Основна складність процесу тренінгу м'язів тазового дна полягає у тому, що більшість дітей не спроможні скорочувати ці м'язи ізольовано, так як вони анатомічно сховані, і замість того щоб активізувати м'яз піднімаючий анус, пацієнти зазвичай скорочують м'язи – антагоністи (прямий м'яз живота, сідничні та стегнові м'язи), ще більше підвищуючи внутрішньочеревний тиск.

Завдання ізольованого тренування групи м'язів тазового дна може бути вирішено при застосуванні методик біологічного зворотнього зв'язку (БЗЗ–терапія). В даному випадку наочна інформація доводиться безпосередньо до пацієнта, що дозволяє легко контролювати правильність виконання вправ. Активна участь дитини в лі-

кувальному процесі і використання ігрових сюжетів підсилює її зацікавленість у тренінгу. БЗЗ–терапія спрямована на навчання дитини керуванню роботи м'язів тазового дна, опосередковано впливаючи на усунення складової евакуаторних порушень функції органів малого таза, пов'язаних з роботою м'язів промежини, ректального і уретрального сфінктерів.

Концепцією роботи є розробка пріоритетних напрямків хірургічної реабілітації дітей з колоректальними вадами відповідно до особливостей та етіопатогенетичних закономірностей виникнення ускладнень, інформативності діагностичних заходів і критеріїв вибору лікувальної тактики, що призвело до зниження кількості післяопераційних ускладнень, відсутності летальності та покращенню результатів лікування і якості життя пацієнтів.

## Догляд за колостомою у дітей

**Петрик С. М., Притула В. П., Сільченко М. І., Курташ О. О., Хуссейні С. Ф., Сітковська С. М.**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ,  
Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ,  
Івано-Франківський національний медичний університет

Догляд за колостомою – складне завдання, яке вимагає від медичного персоналу та родичів значних затрат часу, дбайливості, терпеливості. Важливим завданням дитячого хірурга при роботі із стомованим пацієнтом являється вибір засобів догляду за стомою, який залежить від виду стоми, місця її розташування, оформленості калових мас, особливостей шкіри навколо стоми а також вподобань пацієнта.

Нами виділено 2 види основних засобів догляду за стомою: одно та двокомпонентні калоприймачі. Вони можуть бути такими, які не дрениються (закриті) та такими які дрениються (відкриті).

Двокомпонентні калоприймачі являють собою комплект із окремих клейової пластини та стомних мішків і мають спеціальний пристрій для кріплення мішка до пластини – фланець. Для пацієнтів з втягнутими стомами показані спеціальні конвексні пластини.

При оформленому стільці і випорожненні 2-3 рази на день ми рекомендуємо застосовувати як однокомпонентні так і двокомпонентні приймачі. Однокомпонентні закриті приймачі мають свої недоліки у дітей, так як частота їх заміни призводить до мацерації шкіри, яка в свою чергу довго загоюється та погіршує якість життя стомованого пацієнта. Якщо такі ризики виявлені, варто переходити на однокомпонентні відкриті або двокомпонентні калоприймачі. Двокомпонентні закриті калоприймачі показують свою ефективність у боротьбі з можливими ускладненнями, проте суттєвим недоліком їх використання є висока вартість при необхідності частой їх заміни.

Для пацієнтів з колостомою і рідким стільцем або схильністю до проносів ми рекомендуємо використовувати відкриті двокомпонентні калоприймачі. Суттєвою їх перевагою є можливість спорожнення та рекомендована частота

заміни – не частіше 1 рази на добу. При цьому заміна компоненту – пластини здійснюється 1-2 рази на тиждень.

Сучасні калоприймачі із адгезивною липучою частиною, що надійно герметизує шкіру навколо стоми, запобігаючи можливим ускладненням, ми рекомендуємо використовувати уже на 1-2 добу післяопераційного періоду. Важливе місце в ранньому післяопераційному періоді займає стерильна адгезивна паста, використання якої дозволяє додатково герметизувати простір між шкірою та пластиною при формуванні отвору калоприймача індивідуально під форму стоми. Її використання ми вважаємо актуальним з 1-ї по 15 добу післяопераційного періоду, оскільки в післяопераційному періоді завжди має місце набряк, який поступово зменшується, що є атрефактом при формуванні отвору на пластині під стомою, яка «заживає». Отвір в пластині калоприймача не має бути більшим ніж на 1-2 мм від стоми.

Харчування відіграє важливу роль у адаптації пацієнта до життя зі стомою, регуляцією роботи кишечника, відновленню організму після операційного втручання і подальшої реабілітації стомованого пацієнта. Важливими є регуляція стула, дотримання чистоти черевної стінки та в попередження мацерації шкіри. Кожному стомованому пацієнту ми рекомендували визначити власний режим харчування, який передбачав ведення харчового щоденника із занесенням продуктів харчування, котрі споживаються за день і фіксацією реакції кишечника. Так поступово виключались із раціону ті страви та продукти, які викликали небажані реакції (закреп, здуття, діарею).

Для профілактики подразнення шкіри навколо стоми у дитини повинен бути регулярний сформований стул. У всіх випадках порушення характеру та частоти стула ми зверталися до медикаментозної корекції та дієтотерапії.

## ЗМІСТ

ІСТОРІЯ НАУКОВИХ ТОВАРИСТВ УКРАЇНИ	4
ХІРУРГІЯ	8
ХРОНІЧНІ НЕПУХЛИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА	37
ЗАХВОРЮВАННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ, ПЕРИАНАЛЬНОЇ ТА КУПРИКОВОЇ ЗОНИ	47
ОНКОЛОГІЯ. КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК	65
МІНІНВАЗИВНІ ТРАНСАНАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ. ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЯ	88
ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ	96