

© Ковальський М.П., Діброва В.А., Цема Є.В.

УДК 611.35:616-089

ТЕРМІНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В СУЧАСНІЙ КОЛОПРОКТОЛОГІЇ*

М.П.Ковальський, В.А.Діброва, Є.В.Цема

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Українська військово-медична академія (м. Київ)

Резюме. В роботі висвітлені окремі проблемні питання анатомії та термінотворення в сучасній колопроктології. Проведено критичний аналіз неоднозначних підходів у тлумаченні колопроктологічної анатомічної термінології та термінотворення щодо оперативних втручань на дистальному сегменті товстої кишки. На основі вивчення та аналізу питань термінотворення у сучасній колопроктології вказані основні можливі напрямки подальшого наукового пошуку щодо їх вирішення. Запропоновано оптимальний термінологічний підхід щодо викладення анатомії прямої кишки та прикладних питань термінотворення на теоретичних та клінічних кафедрах вищих медичних навчальних закладів, що дозволить підвищити методологічний рівень викладання, поліпшити теоретико-практичний рівень фахової підготовки студентів та лікарів-інтернів.

Ключові слова: пряма кишка, відхідниковий канал, ректосигмоїдний відділ, анатомічна термінологія.

Система вищої медичної освіти України першочергову увагу приділяє формуванню у майбутніх лікарів матеріалістичного підходу до вивчення медичних дисциплін, в основу якого покладено формування адекватної, структурованої системи морфологічних уявлень про будову людського організму. Формування цих уявлень носить послідовний та спадкоємний характер. Основи морфології людського організму закладаються при вивченні нормальної анатомії, курсу гістології, цитології та ембріології. Наступними етапами є вивчення патологічної анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії. Надалі уявлення про морфологію людини постійно доповнюються та розширюються при вивченні хірургічної анатомії окремих органів і систем на відпо-

відних клінічних кафедрах. Завершальним етапом цього процесу є безпосереднє "занурення" лікарів-інтернів (зокрема, хірургічного профілю) у "вирій" практичної медицини. Отже, система становлення морфологічних знань у вищій медичній школі має чітко визначений характер, взаємопов'язана на різних її теоретичних та практичних рівнях, що має за мету забезпечити найвищий рівень теоретичних та практичних знань з морфології людського організму. Процес вивчення морфології людини тривалий та неоднорідний, оскільки на початкових етапах студенти отримують в основному теоретичну підготовку, яка лише наприкінці навчання у вищому медичному навчальному закладі набуває практичного спрямування. Така система становлення морфологіч-

*Наук. вісн. Національного мед. ун-ту ім. О.О.Богомольця. – 2008. – № 1. – С. 32-40.

них знань може успішно функціонувати за умови побудови навчального процесу на високому методологічному рівні, що є можливим лише при двобічній взаємодії його функціональних складових елементів (на кожній із кафедр) на всіх рівнях вивчення морфології.

Проте існуюча система набуття морфологічних знань не завжди дозволяє побудувати навчальний процес на достатньо високому методологічному рівні. Це, на нашу думку, відбувається передусім через деяку невідповідність між теоретичними основами морфології, які закладаються при вивченні нормальної анатомії людини, та практичними даними, які засвоюються на клінічних кафедрах і набуваються лікарями-інтернами в хірургічних стаціонарах.

Зважаючи на вищезазначене та беручи до уваги інтенсивний розвиток сучасної колопроктології, зосередимо увагу на деяких дискусійних питаннях теоретичної та практичної анатомії прямої кишки, термінології та термінотворення в оперативній колопроктології, що сприятиме наближенню теоретичних основ анатомії до практичної хірургії. Це, на нашу думку, підвищить методологічний рівень викладання, перш за все на кафедрах нормальної анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії та кафедрах, які беруть участь у викладанні хірургічної анатомії прямої кишки.

Нині в науковій літературі існують деякі розбіжності щодо термінології анатомічної будови певних відділів товстої кишки та назв оперативних втручань, які виконуються на ній. Аналізуючи фахову літературу з проблем анатомії прямої кишки, нашу увагу привернули три основні до кінця невіршені питання з цієї теми: 1) питання щодо структурної приналежності відхідникового каналу; 2) питання щодо визначення межі переходу сигмоподібної ободової кишки у пряму; 3) питання щодо визначення поняття "ректосигмоїдний відділ".

Питання щодо структурної приналежності відхідникового каналу. Одним з

дискусійних питань анатомії прямої кишки є структурна приналежність відхідникового каналу до відділів товстої кишки та шлунково-кишкового тракту взагалі. Аналізуючи матеріали різних фахових посібників, ми знайшли щонайменше три погляди щодо відношення відхідникового каналу до товстої кишки.

Одні вчені вважають, що відхідниковий канал є промежинною частиною прямої кишки. Виходячи з цієї позиції, пряма кишка має дві частини: промежинну і тазову [1-7]. Друга група вчених вважає, що відхідниковий канал є частиною товстої кишки, причому пряма кишка має лише тазовий відділ [8-16]. Прихильники третьої точки зору вважають, що відхідниковий канал є кінцевим відділом шлунково-кишкового тракту, тобто товста кишка не включає відхідниковий канал [17-19].

Така термінологічна плутанина пов'язана з тим, що за Базельською анатомічною номенклатурою (BNA), схваленою ще 1885 року Німецьким анатомічним товариством у Базелі, в прямій кишці (rectum) виділяють тазовий та промежинний відділи, тоді як за сучасною Паризькою анатомічною номенклатурою (PNA), схваленою 1955 року VI Міжнародним конгресом анатомів у Парижі, із врахуванням поправок Федеративного комітету анатомічної термінології (FKAT), схвалених 1997 року в Сан-Пауло (Бразилія) Міжнародною федерацією асоціації анатомів (IFAA) [8, 20], під терміном "rectum" розуміють тільки тазовий відділ прямої кишки, а промежинний її відділ визначається як відхідниковий канал [4, 8, 9, 12, 21]. Нововведення PNA спричинило термінологічну невідповідність у посібниках з нормальної, топографічної та хірургічної анатомії прямої кишки, яка зберігається й донині. Ця плутанина підсилюється ще й тим, що більшість сучасних загальноприйнятих назв оперативних втручань оснований на старій (BNA) термінології. Спробуємо розібратися в ситуації, що склалася.

Нововведення PNA (які відповідно до

останньої рекомендації FKAT-1997 не втратили чинності й донині), за якими термін "rectum" означає лише тазовий відділ прямої кишки, а відхідниковий канал виділяють як самостійний відділ товстої кишки, достатньо обґрунтовані. Однією з причин такого відмежування відхідникового каналу від прямої кишки є істотні відмінності в їх ембріогенезі [13]. Так, епітелій відхідникового каналу має ектодермальне походження (ектодерма проктодеума або анальної бухти), тоді як епітелій тазового відділу прямої кишки походить з іншого зародкового листка – ентодерми [22-24]. Отже, диференціація епітеліальних клітинних елементів, які будуть входити до відхідникового каналу і тазового відділу прямої кишки, відбувається ще на стадії гастрюляції, коли утворюються основні зародкові листки [25]. Проте диференціація клітин, що дають початок епітеліальному покриву тазового відділу прямої кишки (як і інших відділів товстої кишки), відбувається на пізніших етапах органогенезу. Таким чином, ембріогенетично тазовий відділ прямої кишки близький до інших ділянок товстої кишки (похідних задньої кишки), тоді як відхідниковий канал ембріогенетично є принципово іншою частиною шлунково-кишкового тракту. Тому з позицій ембріології логічніше було б тазовий відділ прямої кишки вважати частиною товстої кишки, а відхідниковий канал – частиною шлунково-кишкового тракту загалом [17, 18].

Другою обставиною, яка схиляє на користь нововведень PNA, є різна гістологічна будова відхідникового каналу і тазового відділу прямої кишки, що, в свою чергу, впливає з вищезазначених ембріогенетичних відмінностей. Так, епітелій відхідникового каналу – багатошаровий плоский незроговілий ("шкірний" тип), тоді як епітелій тазового відділу прямої кишки – одношаровий циліндричний ("кишковий" тип) [13, 22-24].

Анатомічні відмінності відхідникового каналу і тазового відділу прямої кишки також свідчать на користь їх розділення. Тазо-

вий відділ прямої кишки має типову будову кишкової трубки: слизова оболонка, підслизова основа, м'язовий шар, серозна оболонка (частково), відносні рухомість та вільне положення в малому тазу. Крім того, тазовий відділ прямої кишки має здатність до значного збільшення свого діаметра (залежно від наповнення кишковим вмістом). На відміну від цього відхідниковий канал знаходиться у товщі діафрагми малого таза, тобто він значною мірою фіксований, має щілиноподібний просвіт (поза актом дефекації), повністю позбавлений серозного покриву, має адвентиційну оболонку. Крім того, у стінці відхідникового каналу з'являється принципово новий (порівняно з іншими ділянками товстої кишки) тканинний прошарок – зовнішній сфінктер, який складається з поперечно посмугованих м'язових волокон, з довільною (соматичною) іннервацією. Отже, за анатомічними ознаками відхідниковий канал має низку принципових відмінностей, що відокремлює його від тазового відділу прямої кишки [3, 4, 6, 26, 27].

Останнім аргументом, який схиляє до відмежування відхідникового каналу від тазового відділу прямої кишки у самостійну частину товстої кишки, є їх функціональні відмінності. Тазовий відділ прямої кишки в основному слугує резервуаром, де остаточно формуються калові маси, тоді як основною функцією відхідникового каналу є ретенція (утримання) калового вмісту, що перешкоджає його потраплянню з ампули прямої кишки в зовнішнє середовище. Це забезпечується складною координованою роботою всіх структурно-функціональних елементів сфінктерного (замикального) апарату прямої кишки [7, 14-16, 28].

Отже, за ембріогенетичними, гістологічними, анатомічними та функціональними ознаками відхідниковий канал доцільно відокремити від тазової частини прямої кишки і виділити як самостійну частину товстої кишки або й шлунково-кишкового тракту взагалі.

Проте є аргументи, які свідчать і на ко-

ристь об'єднання відхідникового каналу і тазового відділу прямої кишки в єдиний орган – пряму кишку. Вагомим аргументом такого погляду є фізіологічна єдність цих структур. Так, лише скоординована робота депонувального (ампула прямої кишки) та утримувального (відхідниковий канал) функціональних елементів дає змогу реалізувати єдиний фізіологічний процес утримання, формування та евакуації кишкового вмісту. Тісні анатомо-функціональні зв'язки відхідникового каналу з тазовим відділом прямої кишки стали підставою до того, що в сучасних посібниках з колопроктології часто використовується узагальнений термін "аноректум" або об'єднане в практичній медицині поняття "пряма кишка" [28, 29]. Звідси випливає, що в сучасній літературі спостерігається тенденція до повернення первинного і ширшого розуміння терміну "пряма кишка", яка включає як тазовий, так і промежинний відділи.

Мабуть, найвагомим аргументом, який схиляє на користь об'єднання відхідникового каналу з тазовим відділом прямої кишки під одним терміном "пряма кишка", є те, що вся сучасна термінологія оперативних втручань прив'язана до старої анатомічної номенклатури – BNA. Наведемо декілька прикладів: термінами – черевно-анальна резекція прямої кишки, передня резекція прямої кишки, низька передня резекція прямої кишки, інтерсфінктерна резекція прямої кишки, наданальна резекція прямої кишки – позначаються оперативні втручання, які передбачають видалення тазового відділу прямої кишки (або його частини) з повним або частковим збереженням відхідникового каналу та сфінктерного апарату, який, по суті, є його м'язовою оболонкою [30-34]. Термін "резекція" означає видалення частини органа. Під терміном "резекція прямої кишки" розуміють видалення частини прямої кишки як органа. При інтерсфінктерній (інтрасфінктерній) резекції прямої кишки видаляють як тазовий відділ прямої кишки, так і відхідниковий канал із внутрішнім сфінктером (і порціями

зовнішній сфінктер), зберігається лише частина м'язової оболонки відхідникового каналу – зовнішній сфінктер [31, 33]. З позицій PNA така операція мала би називатися "екстирпацією прямої кишки", бо видаляється весь орган, де "орган" – тазовий відділ прямої кишки (за PNA). Тобто, термін "резекція прямої кишки" має відношення не лише до тазової частини прямої кишки, а й до відхідникового каналу. Отож, під терміном "резекція прямої кишки" розуміють видалення частини органа, де в поняття "орган" входить як тазовий відділ прямої кишки, так і відхідниковий канал (тобто промежинний відділ прямої кишки), що суперечить PNA за редакцією FKAT-1997 [8, 12].

З другого боку, під терміном "черевно-промежинна екстирпація прямої кишки" розуміють видалення всієї тазової та промежинної (відхідниковий канал) її частин разом із сфінктерним апаратом прямої кишки [6, 30, 35-38]. Тобто, термін "екстирпація прямої кишки" також має відношення як до тазової частини прямої кишки, так і до відхідникового каналу. Отже, і в цьому сенсі термінологія оперативних втручань передбачає тлумачення терміну "rectum" (пряма кишка), як відділу товстої кишки, що включає тазову та промежинну її частини. Як бачимо, сучасна номенклатура оперативних втручань суперечить номенклатурі, запровадженій PNA за редакцією FKAT-1997 [8, 12], і базується на старій термінології. Ще один приклад: "ампутація прямої кишки" – операція, що передбачає видалення дистального відділу прямої кишки разом з її сфінктерним апаратом [30, 36], видалення дистальної частини анатомічного органа – прямої кишки, яка включає як тазовий відділ, так і відхідниковий канал (що також суперечить PNA редакцією FKAT-1997 [8, 12].

Отже, відповідно до сучасної анатомічної номенклатури орган "пряма кишка" має лише тазовий відділ, а поняття "rectum", як терміноутворювальний включає власне "rectum" та "canalis analis". Остання теза з позицій формальної логіки є хибною.

Зважаючи на значне вкорінення термінології колопроктологічних операцій, яка базується на об'єднанні тазової частини прямої кишки та відхідникового каналу під терміном "пряма кишка" (rectum), а також фізіологічну єдність функціональних процесів, які відбуваються в цих відділах шлунково-кишкового тракту, вважаємо, що прийнятнішою з погляду практичної колопроктології є термінологія, яка відповідає ВНА. Це, на нашу думку, дозволить запобігти термінологічній плутанині між анатомічними термінами та загальноживаними назвами оперативних втручань. Декому ці розбіжності можуть видатися несуттєвими і не вартими уваги, оскільки кожен колопроктолог має чітке уявлення про обсяг оперативних втручань, що передбачає той чи інший термін, чітко витлумачений у посібниках з колопроктології. Проте зазначене різнотлумачення анатомічної номенклатури та терміноутворювальних основ у назвах оперативних втручань під час викладання на клінічних та теоретичних кафедрах створює певну прірву між практичною та теоретичною медициною. Цей невизначений методологічний момент перш за все негативно відбивається на студентах вищих медичних навчальних закладів та лікарях-інтернах. Бо замість того, щоб у клініці систематизувати набуті на теоретичних кафедрах знання, їм доводиться "перенавчатися" і заново запам'ятовувати проблемні аспекти фахової термінології. З огляду на вищесказане, пропонуємо в майбутніх редакціях Української міжнародної анатомічної номенклатури подавати єдину узгоджену термінологічну систему щодо анатомії прямої кишки, згідно з якою термін "пряма кишка" включав би два топографо-анатомічні відділи (рис. 1): 1) тазовий відділ, який знаходиться над діафрагмою таза і включає ампулу та надампулярну частину прямої кишки; 2) промежинний відділ, який знаходиться у товщі діафрагми таза – відхідниковий канал (canalis analis). Аналогічну точку зору висловлювало чимало анатомів: В.В.Кова-

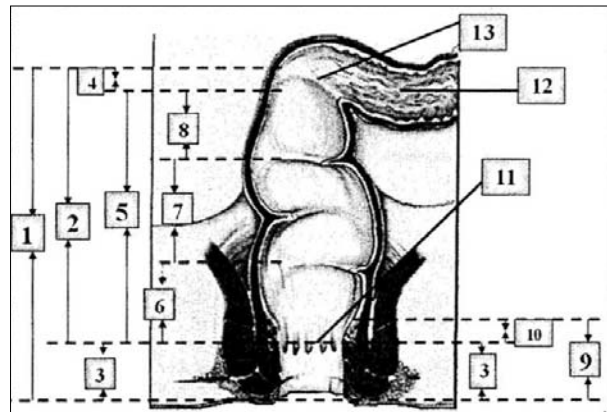


Рис. 1. Схема структурних відділів прямої кишки: 1 – пряма кишка, складається з тазового та промежинного відділів; 2 – тазовий відділ прямої кишки; складається з ампулярного і надампулярного відділів; 3 – промежинний відділ прямої кишки (анатомічний відхідниковий канал); 4 – надампулярний відділ прямої кишки (ректосигмоїдний відділ прямої кишки); 5 – ампулярний відділ прямої кишки; складається з верхньо-, середньо- та нижньоампулярного відділів; 6 – нижньоампулярний відділ прямої кишки; 7 – середньоампулярний відділ прямої кишки; 8 – верхньоампулярний відділ прямої кишки; 9 – хірургічний відхідниковий канал; складається з анатомічного відхідникового каналу і частини нижньоампулярного відділу прямої кишки; 10 – частина нижньоампулярного відділу прямої кишки, що входить до складу хірургічного відхідникового каналу; обмежена зверху верхньою межею м'язового кільця замикального апарату прямої кишки, а знизу – аноректальною лінією; 11 – аноректальна (зубчаста) лінія; відмежовує тазову і промежинну частини прямої кишки; 12 – сигмоподібна ободова кишка; 13 – поперечна складка слизової оболонки, що відповідає межі між сигмоподібною ободовою та прямою кишкою.

нов, В.Д.Федоров, Р.Д.Синельников, В.Н.Тонков, Ю.Л.Золотко, Д.Н.Лубоцький, J.Cerdan тощо. Запропонована "компромісна" термінологія хоч і має певні недоліки (наведені вище), проте вона дозволяє привести до спільного знаменника анатомічну номенклатуру та термінологію хірургічних втручань на прямій кишці, що, на нашу думку, має першочергове значення.

Питання щодо визначення межі переходу сигмоподібної ободової кишки у пряму. Аналізуючи сучасну фахову літературу, можна виділити щонайменше п'ять основних орієнтирів цього переходу: 1) місце,

де сигмоподібна ободова кишка втрачає свою брижу [2, 5, 7, 11, 39]; 2) рівень верхнього краю третього крижового хребця (місце зрощення 2-го та 3-го крижових хребців) [3, 17, 40]; 3) місце, де починається розширення кишкової трубки (ампула прямої кишки) [1, 26, 31]; 4) місце переходу стрічок ободової кишки в суцільний поздовжній м'язовий шар прямої кишки [1, 2, 41, 42]; 5) зміна напрямку кровоносних судин у стінці сигмоподібної ободової та прямої кишок – гілки верхньої прямокишкової артерії у стінці прямої кишки мають поздовжній напрямок, на відміну від поперечного напрямку кровоносних судин у стінці сигмоподібної ободової кишки [2, 15, 38, 43].

Може скластися враження, що немає жодних труднощів у визначенні верхньої межі прямої кишки, оскільки існує аж п'ять анатомічних ознак, які легко можна визначити інтраопераційно. Проте саме існування цих п'ятих ознак і створює деяку термінологічну невідповідність. По-перше, на практиці далеко не завжди збігаються всі п'ять ознак. По-друге, деякі з них "заперечують" одна другу, що й створює певні термінологічні розбіжності.

Якщо керуватися першою ознакою і вважати, що пряма кишка починається там, де сигмоподібна ободова кишка втрачає свою брижу, то незрозуміло, що варто вважати "надампулярним відділом прямої кишки", який здебільшого має брижу (*mesorectum*) [8, 9, 11, 12, 26, 35, 43-45]. Окремі автори [4] вважають надампулярний відділ частиною сигмоподібної ободової кишки і мають на це вагомі підстави. Проте, оскільки більшість анатомів та клініцистів надампулярний відділ виділяють як частину саме прямої кишки, а не сигмоподібної ободової, то перша ознака (місце втрати брижі сигмоподібною ободовою кишкою) не може бути використана для визначення межі між сигмоподібною ободовою та прямою кишками. По суті, перша ознака є межею переходу надампулярного відділу прямої кишки в ампуляр-

ний, а не межею сигморектального переходу.

Друга ознака – рівень верхнього краю 3-го крижового хребця (місце зрощення 2-го та 3-го крижових хребців) – це, по суті, скелетотопічна проекція місця переходу сигмоподібною ободовою кишки у пряму. На практиці частіше цей орієнтир збігається з початком прямої кишки, але при певних варіантах анатомічних взаємовідношень цей орієнтир виявляється хибним. Тому варто наголосити, що рівень 3-го крижового хребця – це лише скелетотопічна проекція верхньої межі прямої кишки і не завжди постійний орієнтир.

Третя ознака (місце розширення просвіту прямої кишки), як і перша, заперечує існування надампулярного відділу прямої кишки, оскільки цей відділ має такий же діаметр як і сигмоподібна ободова кишка. Тому третя ознака (як і перша) вказує на місце переходу ампули прямої кишки в надампулярну частину і не може вважатися верхньою межею прямої кишки.

Четверта і п'ята ознаки (місце переходу стрічок сигмоподібною ободовою кишки в суцільний поздовжній м'язовий шар прямої кишки та зміна напрямку пристінкових кровоносних судин з поперечного в сигмоподібною ободовою на поздовжній у прямій кишках) є об'єктивними (істинними, первинними) межами між сигмоподібною ободовою та прямою кишками.

Отже, наведена принципова відмінність будови м'язового шару (міоархітектоніка) та судинного русла (ангіоархітектоніка) стінки товстої кишки є первинними ознаками межі між сигмоподібною ободовою та прямою кишками (рис. 2). Саме особливості міо- та ангіоархітектоніки стінки дистальних відділів товстої кишки є первинними (абсолютними) ознаками розмежування сигмоподібною ободовою та прямою кишками. Вторинною (відносною) ознакою є скелетотопічна проекція переходу сигмоподібною ободовою кишки в пряму, тобто приблизно рівень 3-го крижового хребця.

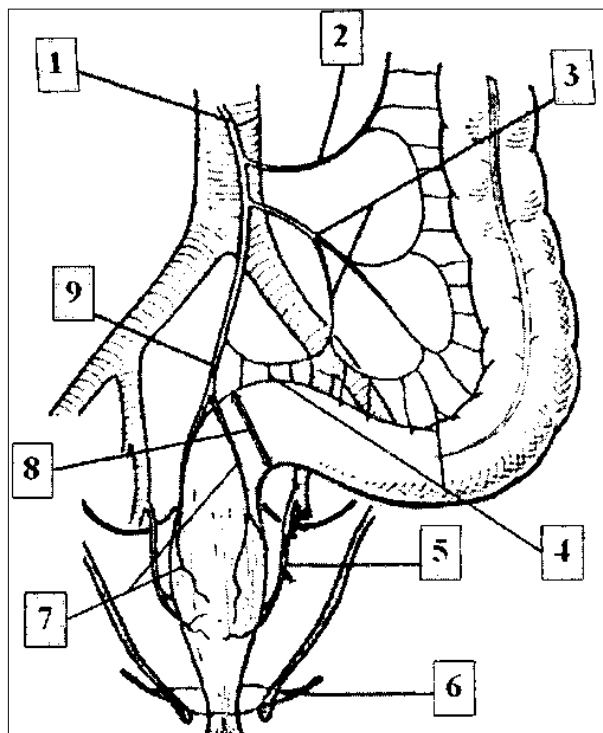


Рис. 2. Схема артеріального кровопостачання сигмоподібної ободової та прямої кишок. Відмінності ангіоархітекτονіки – поперечний напрям кровонесних судин сигмоподібної ободової кишки змінюється на поздовжній у прямій кишці: 1 – нижня брижова артерія; 2 – ліва ободовокишкова артерія; 3 – сигмоободовокишківкові артерії; 4 – поперечно орієнтовані кровонесні судини, що проникають у стінку сигмоподібної ободової кишки; 5 – середня прямокишкова артерія; 6 – нижня прямокишкова артерія; 7 – поздовжньо орієнтовані кровонесні судини, що проникають у стінку прямої кишки; 8 – межа між сигмоподібною ободовою та прямою кишками, де відбувається зміна напрямку кровонесних судин; 9 – верхня прямокишкова артерія.

Питання щодо визначення поняття "ректосигмоїдний відділ". Надампулярний відділ прямої кишки часто ототожнюють з терміном "ректосигмоїдний відділ прямої кишки" [1, 11, 34, 44], тим самим вказуючи на його проміжне положення та схожість будови як із сигмоподібною ободовою кишкою, так і з ампулярним відділом прямої кишки. У сучасній фаховій літературі поряд з терміном "ректосигмоїдний відділ прямої кишки" трапляється термін "ректосигмоїдний відділ товстої кишки" [3, 40, 45]. Подібне ототожнення, на нашу думку, по-

милкове, оскільки в останній термін вкладають ширший (розпливчастий) зміст. Під ректосигмоїдним відділом товстої кишки розуміють ділянку, яка включає дистальний сегмент сигмоподібної ободової кишки та надампулярний відділ прямої кишки (іноді в практичній медицині цю ділянку називають ректосигмоїдне сполучення [44-47]). Між тим, під дистальним сегментом сигмоподібної ободової кишки можна розуміти різну її довжину, оскільки чітких його меж не визначено [1, 47, 48].

Отже, термін "ректосигмоїдний відділ", за нашим баченням, часто викликає плутанину та різнотлумачення, оскільки є незакінченим (потребує точнішої конкретизації) і може включати в себе два різних поняття: "ректосигмоїдний відділ прямої кишки" та "ректосигмоїдний відділ товстої кишки". На нашу думку, термін "ректосигмоїдний відділ товстої кишки" до певної міри сленговий, розпливчастий (неточний), тому не бажано користуватися ним у практичній колопроктології, тоді як термін "ректосигмоїдний відділ прямої кишки" має чітко окреслений зміст, тому видається цілком прийнятним для широкого вжитку як синонім терміну "надампулярний відділ прямої кишки".

Висновки. 1. Сучасна анатомічна термінологія прямої кишки має певні розбіжності з клінічною колопроктологічною термінологією, що відображено як у сучасній літературі, так і фундаментальних фахових посібниках минулого сторіччя. 2. З погляду хірургічної анатомії під терміном "пряма кишка" більшість авторів розуміє тазовий її відділ, а відхідниковий канал виділяється як окремий відділ товстої кишки. Така позиція має ембріогенетичне, гістологічне, анатомічне та функціональне підґрунтя. 3. З погляду теоретичної медицини та колопроктологічної термінології щодо визначень оперативних втручань більшість науковців під терміном "пряма кишка" розуміє як тазовий її відділ, так і відхідни-

ковий канал. Така позиція має фізіологічне та методологічне підґрунтя. 4. З метою подолання термінологічної невідповідності в теоретичній та практичній колопроктології варто дійти до однозначного тлумачення анатомічної номенклатури та колопроктологічної термінології оперативних втручань: під терміном "пряма кишка" слід розуміти два топографо-анатомічні її відділи – тазовий, який знаходиться над діафрагмою таза (включає ампулу прямої кишки та надампулярну частину) та промежинний, який знаходиться у товщі діафрагми таза (відхідниковий канал). 5. Вважаємо доцільним виділяти тільки дві основні абсолютні анатомічні ознаки переходу сигмоподібної ободової кишки в пряму – відмінності міо- та ангіоархітектоніки кишкової стінки: перехід стрічок сигмоподібної ободової кишки у поздовжній м'язовий шар прямої кишки та зміна поперечного напрямку пристінкових судин сигмоподібної ободової кишки на поздовжній у прямій кишці; інші

анатомічні ознаки межі між сигмоподібною ободовою та прямою кишками певною мірою неточні та варіабельні. 6. Термін "ректосигмоїдний відділ" варто вважати неприйнятним, оскільки він може включати два різні поняття: "ректосигмоїдний відділ прямої кишки" та "ректосигмоїдний відділ товстої кишки"; у теоретичній та практичній медицині доцільніше вживати поняття "ректосигмоїдний відділ прямої кишки", який ототожнюють з надампулярним відділом прямої кишки. 7. Впровадження запропонованого термінологічного підходу щодо анатомії прямої кишки на теоретичних та клінічних кафедрах вищих медичних навчальних закладів України сприятиме поліпшенню методологічного рівня викладання, забезпечуватиме спадкоємність навчального процесу на різних рівнях викладання морфологічних дисциплін, що врешті-решт підвищить теоретичний та практичний фаховий рівень підготовки студентів та лікарів-інтернів.

Література

1. Золотко Ю.Л. Атлас топографической анатомии человека / Золотко Ю.Л. – М.: Медицина, 1967. – Т. 2. – 272 с.
2. Лубоцкий Д.Н. Основы топографической анатомии / Лубоцкий Д.Н. – М.: Медгиз, 1953. – 647 с.
3. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / под. ред. В.В.Кованова. – М.: Медицина, 2001. – 408 с.
4. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека / Синельников Р.Д. – М.: Медицина, 1973. – Т. 2. – С. 75-81.
5. Тонков В.Н. Учебник нормальной анатомии человека / Тонков В.Н. – Л.: Медгиз, 1962. – 762 с.
6. Федоров В.Д. Проктология / В.Д.Федоров, Ю.В.Дульцев. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
7. Cerdan J. Anatomy and physiology of continence and defecation / J.Cerdan, C.Cerdan, F.Jimenez // Cir. Esp. – 2005. – V. 78, № 3. – P. 2-7.
8. Міжнародна анатомічна номенклатура / за ред. І.І.Бобрика, В.Г.Ковешнікова. – К.: Здоров'я, 2001. – 328 с.
9. Дюбенко К.А. Анатомічний українсько-латинсько-англійський словник-довідник / Дюбенко К.А. – К.: Довіра, 1997. – 343 с.
10. Михайлов С.С. Международная анатомическая номенклатура / Михайлов С.С. – М.: Медицина, 1980. – 230 с.
11. Привес М.Г. Анатомия человека / М.Г.Привес, Н.К.Лысенко, В.И.Бушкович. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 704 с.
12. Фениш Х. Карманный атлас анатомии человека на основе Международной номенклатуры / Х.Фениш; пер. с англ. В.В.Руденка. – Минск: ИНТЕРПРЕССЕРВИС, 2002. – 464 с.
13. Godlewski G. Embryology and anatomy of the anorectum. Basis of surgery / G.Godlewski, M.Prudhomme // Surg. Clin. North. Am. – 2000. – V. 80, № 1. – P. 319-343.
14. Gordon P.H. Anorectal anatomy and physiology / P.H.Gordon // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2001. – V. 30, № 1. – P. 1-13.
15. Kadric N. Anatomy of the colon, rectum and anus / N.Kadric, D.Mesic, M.Bazardzanovic // Med. Arh. – 2003. – V. 57. – P. 29-31.
16. Kaiser A.M. Anorectal anatomy / A.M.Kaiser, A.E.Ortega // Surg. Clin. North. Am. – 2002. – V. 82, № 6. – P. 1125-1138.
17. Основы колопроктологии / под. ред. Г.И.Воробьева. – М.: МИА, 2006. – 432 с.
18. Семионкин Е.И. Колопроктология / Семионкин Е.И. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 341 с.
19. Faucheron J.L. Pelvic anatomy for colorectal surgeons / J.L.Faucheron // Acta Chir. Belg. – 2005. – V. 105, № 5. – P. 471-474.
20. Кравчук С.Ю. Проблеми сучасної української анатомічної термінології / С.Ю.Кравчук, Р.В.Сенютович // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 103-104.
21. Калмин О.В. Аномалии развития органов и частей тела человека / О.В.Калмин, О.А.Калмин. – Пенза: Пензский гос. мед. ун-т, 2004. – 404 с.
22. Гистология / под. ред. Э.Г.Улумбекова, Ю.А.Чельшева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 672 с.
23. Гистология: учебник / под ред. Ю.И.Афанасьева, Н.А.Юриной. – М.: Медицина, 1999. – 744 с.
24. Луцук О.Д. Гистология

- людини / О.Д.Луцик, А.Й.Іванова, К.С.Кабак. – Львів: Мир, 1993. – 400 с. 25. Карлсон Б.М. Основы эмбриологии по Пэттену / Карлсон Б.М.; пер. с англ. – М.: Мир, 1983. – Т. 1. – 357 с; Т. 2. – 389 с. 26. Жуков Б.Н. Колопроктология / Жуков Б.Н. – Самара, 2000. – 315 с. 27. Ленюшкин А.И. Детская проктология / Ленюшкин А.И. – М.: Медицина, 1998. – С. 13-35. 28. Патогенетические звенья функциональной недостаточности анального жома / Ю.А.Шельгин, Л.Ф.Подмаренкова, О.Ю.Фоменко [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии. – Уфа, 2007. – С. 126-127. 29. Одарюк Т.С. Хирургия рака прямой кишки / Т.С.Одарюк, Г.И.Воробьев, Ю.А.Шельгин. – М.: ДЕДАЛУС, 2005. – С. 42-56. 30. Клиническая оперативная колопроктология / под. ред. В.Д.Федорова и др. – М.: ГНЦ проктологии, 1994. – 432 с. 31. Bretagnol F. Surgery treatment of rectal cancer / F. Bretagnol // *J. Chir. (Paris)*. – 2006. – V. 143, № 6. – P. 366-372. 32. Clinical outcome of intersphincteric resection for ultra-low rectal cancer / C.C.Chin, C.Y.Yeh, W.S.Huang, J.Y.Wang // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – V. 28, № 12. – P. 640-643. 33. Laurent C. Intersphincteric rectal resection / C.Laurent, E.Rullier // *J. Chir.* – 2007. – V. 144, № 3. – P. 225-230. 34. Economics and the laparoscopic surgery learning curve: comparison with open surgery for rectosigmoid cancer / J.S.Park, S.B.Kang, S.W.Kim, G.N.Cheon // *World J. Surg.* – 2007. – V. 31, № 9. – P. 1827-1834. 35. Генри М. Колопроктология и тазовое дно / М.Генри, М.Свои; пер. с англ. – М.: Медицина, 1988. – 515 с. 36. Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстых кишках / Рыжих А.Н. – М.: Медучпособие, 1968. – С. 99-117. 37. Сергиенко В.И. Учебно-методическое пособие по топографической анатомии и оперативной хирургии для студентов педиатрического факультета / В.И.Сергиенко, Э.А.Петросян. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 280 с. 38. Ellis H. The applied anatomy of rectal examination / H.Ellis // *Br. J. Hosp. Med.* – 2007. – V. 68, № 8. – P. 136-137. 39. Bharucha A.E. Pelvic floor anatomy and function / A.E.Bharucha // *Neurogastroenterol. Motil.* – 2006. – V. 18, № 7. – P. 507-519. 40. Fisch M. Sigma-rectum pouch (Mainz pouch II) / M.Fisch, R.Hohenfellner // *B. J. U. Int.* – 2007. – V. 99, № 4. – P. 945-960. 41. Bharucha A.E. Recent advances in assessing anorectal structure and functions / A.E.Bharucha, J.G.Fletcher *Gastroenterology*. – 2007. – V. 133, № 4. – P. 1069-1074. 42. Clinical anatomy of the pelvic floor / H.Fritsch, A.Lienemann, E.Brenner, B.Ludwikowski // *Adv. Anat. Embryol. Cell. Biol.* – 2004. – V. 175. – P. 51-64. 43. Sakorafas G.H. Applied vascular anatomy of the colon and rectum: clinical implications for the surgical oncologist / G.H.Sakorafas, E.Zouros // *Surg. Oncol.* – 2006. – V. 15, № 4. – P. 243-255. 44. Numerical distribution of lymphoid nodules in the human sigmoid colon, rectosigmoidal junction, rectum, and anal canal / I.L.Camezon, J.E.Kent, R.Philo [et al.] // *Clin. Anat.* – 2006. – V. 19, № 2. – P. 164-170. 45. Successful endoscopic en bloc resection of a large laterally spreading tumor in the rectosigmoid junction by endoscopic submucosal dissection / M.Fujishiro, N.Yahagi, N.Kalaisima [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 2006. – V. 63, № 1. – P. 178-183. 46. Bagla N. Rectosigmoid tumours: should we continue sitting on the fence? / N.Bagla, J.B.Schofield // *Colorectal Dis.* – 2007. – V. 9, № 7. – P. 606-608. 47. Bussotti C. Rectosigmoid junction neoplasms: our experience / C.Bussotti // *G. Chir.* – 2003. – V. 24, № 11-12. – P. 409-412. 48. Surgical management of mesenteric lymph node metastasis in patients undergoing rectosigmoid colectomy for locally advanced Ovarian Carcinoma / R.Salani, T.Diaz-Montes, R.L.Giuntoli, R.E.Bristow // *Ann. Surg. Oncol.* – 2007. – V. 25. – P. 15-21.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В СОВРЕМЕННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Резюме. В работе представлены некоторые проблемные вопросы анатомии и терминологии в современной колопроктологии. Проведен критический анализ неоднозначных подходов к пониманию колопроктологической анатомической терминологии и терминологии названий оперативных вмешательств на дистальном сегменте толстой кишки. На основании изучения и анализа вопросов терминологии в современной колопроктологии указаны основные возможные направления дальней-

шего научного поиска их решения. Предложен оптимальный терминологический подход к изучению анатомии прямой кишки и прикладных вопросов терминологии на теоретических и клинических кафедрах высших медицинских учебных заведений, что даст возможность повысить методологический уровень преподавания и улучшить теоретический и практический уровни профессиональной подготовки студентов и врачей-интернов.

Ключевые слова: прямая кишка, анальный канал, ректосигмоидный отдел, анатомическая терминология.

TERMINOLOGICAL ASPECTS IN MODERN COLOPROCTOLOGY

Abstract. The paper deals with individual problematic issues of anatomy and term-forming in modern coloproctology. The authors have made a critical analysis of unambiguous approaches to interpreting coloproctologic anatomic terminology as to surgical interventions on the distal segment of the large intestine. Basic possible trends of further scientific inquiry as to their solution are indicated on the basis of studying and analyzing problems of

term-forming in present day coloproctology. An optimal terminological approach pertaining to teaching the anatomy of the rectum and applied questions of term-forming of clinical and theoretical departments of higher medical schools has been proposed and that will make it possible to raise the methodological level of teaching, improve the theoretical-practical level of the professional training of students and internship doctors.

Key words: rectum, anal canal, rectosigmoid part, anatomical terminology.

O.O.Bohomolets' National Medical University (Kyiv),
Ukrainian Military-Medical Academy (Kyiv)

Рецензент – проф. Ю.Т.Ахтемійчук (Чернівці)

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю**

**"Рани м'яких тканин. Ранні
післяопераційні ускладнення"**

**18-19 грудня 2008 року
м. Київ**

Адреса оргкомітету:

Національний інститут хірургії та трансплантології
ім. О.О.Шалімова
вул. Героїв Севастополя, 30
м. Київ, 03680
Тел. (044)497-50-65, 408-59-88