

© А. П. Торгунаков, 2014  
УДК 616.346.2-089.87

А. П. Торгунаков

## СПОСОБЫ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России  
(ректор — проф. В. М. Ивойлов)

**Ключевые слова:** аппендэктомия, способы обработки культи отростка

**Введение.** Аппендэктомия является самой частой операцией в неотложной хирургии. Несмотря на длительную историю совершенствования способов аппендэктомии, до сих пор нет единого мнения среди хирургов относительно обработки культи червеобразного отростка (ЧО). В 1884 г. Krönlein [8] впервые выполнил аппендэктомию ампутационным (лигатурным) методом, при этом культя отростка не перитонизировалась. В 1894 г. Добари (цит. по [3]) предложил погружать культю ЧО в кисетный шов. Именно этот способ стал наиболее распространённым, и к настоящему времени существуют более 30 модификаций погружного способа обработки культи ЧО [7]. Однако оставались и сторонники лигатурного способа как за рубежом, так и у нас в стране. Сообщения о применении лигатурного метода были в 20-, 30-, 40-е и последующие годы прошлого столетия. По мнению этих авторов, простота и малая травматичность отличают лигатурный метод от других ампутационных способов аппендэктомии. На Ленинградской конференции хирургов в 1934 г. в пользу лигатурного метода выступили авторитетнейшие хирурги страны. Вполне определённо тогда высказался С. С. Юдин (цит. по [1]): «Вряд ли можно себе представить, что в деле обработки культи наступит реакция и возврат к старому — кисетному шву. Простая лигатура, смазывание йодом и карболкой полностью решают собой проблему. Это безопасно, что уже доказано достаточным опытом. Это не даёт никаких осложнений в последующем. Что же ещё можно желать и к чему ещё дальше можно

стремиться в этом деле? Повторяю, для нашей клиники эта проблема вполне законченная».

Предложенное на 10 лет позже лигатурного способа погружение культи ЧО кисетным швом стало на многие десятилетия ведущим. Этому способствовал существующий принцип в абдоминальной хирургии — все должно быть перитонизировано, а также надуманные мифы об опасности соскальзывания лигатуры при лигатурном методе, инфицирования брюшной полости и развития спаек. Лигатурный способ при лапароскопической аппендэктомии ни у кого возражений не вызвал. Все хирурги восприняли это как должное. Но при этом обострился вопрос — как обрабатывать культю ЧО при традиционной аппендэктомии? Последние монографии и руководства по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости содержат указания — при традиционной аппендэктомии погружать культю ЧО в кисетный и z-образный швы [2, 6]. На наш взгляд, такая практика двойного стандарта вряд ли уместна при столь распространённом заболевании, как аппендицит. Создаётся впечатление, что один способ (погружной) более надёжен, а лигатурный — менее надёжен. С этих позиций подход к больным при лапароскопической аппендэктомии не корректен, ибо, получая выгоды от меньшей травматичности операции, хирург рискует получить с большей вероятностью серьёзное внутрибрюшное осложнение. Если же преимуществ одного метода перед другим нет, тогда возникает вопрос — зачем выполнять более сложный метод, погружной, с формированием кисетного и z-образного шва, с риском прокола стенки кишки, получения гематомы, развития микроабсцесса

### Сведения об авторе:

Торгунаков Аркадий Петрович (e-mail: [aporgunakov@rambler.ru](mailto:aporgunakov@rambler.ru)), Кемеровская государственная медицинская академия, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а

в замкнутом пространстве между лигатурами? Большая сложность погружного метода перед лигатурным признаётся всеми хирургами. По нашему мнению, в этом вопросе наступил момент для поиска компромисса.

Цель исследования — изучить тенденции в способах обработки культи ЧО на современном этапе развития абдоминальной хирургии.

**Материал и методы.** Анализу подвергнуты истории болезни взрослых пациентов, поступивших в хирургическое отделение ГКБ № 2 г. Кемерово за 2011–2013 гг. и оперированных по поводу острого аппендицита. Из анализа исключены больные с гангренозно-перфоративным аппендицитом, при котором операцию проводили через срединную лапаротомию, аппендикулярным инфильтратом и периаппендикулярным абсцессом. В сравнении изучали 2 метода обработки культи ЧО (погружной и лигатурный) и 2 хирургических доступа при аппендэктомии (традиционный Волковича и лапароскопический). За 3 года выполнены 517 аппендэктомий: 50 (9,7%) — при простом аппендиците, 348 (67,3%) — при флегмонозном, 74 (14,3%) — при гангренозном и 45 (8,7%) — при гангренозно-перфоративном. Из них 384 (74,3%) операции выполнены через традиционные доступы и 133 (25,7%) — лапароскопическим путём.

**Результаты и обсуждение.** При лапароскопической аппендэктомии применён только лигатурный метод обработки культи ЧО: чаще накладывали 2 клипсы, реже применяли 1 лигатуру (полисорб, полипропилен, ПГА); 3 клипсы и варианты сочетания клипс с лигатурами применяли редко. Первая аппендэктомия лигатурным способом из традиционного доступа выполнена 29 июня 2012 г. Ранее этот метод применяли только при тифлите с переходом воспаления на основание ЧО. На основание ЧО накладывали, как правило, 1 лигатуру (полипропилен, лавсан), реже 2 (в 40% операций); слизистую оболочку культи обрабатывали раствором антисептика. Во второй половине 2012 г. соотношение погружного и лигатурного методов обработки культи ЧО при традиционных доступах было 1:1. С января 2013 г. лигатурный метод при аппендэктомии через традиционный доступ стал ведущим. Погружение культи ЧО в кисетный и z-образные швы осуществлено всего 4 (3,2%) раза за весь год. Таким образом, для 8 хирургов, осуществлявших аппендэктомию, лигатурный метод стал методом выбора обработки культи ЧО и при традиционном доступе.

Хирурги, выполнявшие аппендэктомию, отметили ряд преимуществ лигатурного метода по сравнению с погружным. Лигатурный метод намного проще и быстрее выполнять, при нём меньше травмируется купол слепой кишки, сокращается общая продолжительность операции.

Анализ течения послеоперационного периода не выявил преимуществ какого-либо метода по сроку нормализации температуры тела, выраженности болевого синдрома в правой подвздошной области после операции и моторной активности кишечника. Не зарегистрированы интраоперационные и послеоперационные внутрибрюшные осложнения при обоих способах обработки культи ЧО. В отделении не было летальных исходов от аппендицита. Однако до настоящего исследования в клинике наблюдали 1 внутрибрюшное осложнение при погружном методе обработки культи ЧО: у пациентки 16 лет на 6-е сутки после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита диагностировано внутреннее кровотечение, потребовавшее переливания крови. При релапаротомии выявлены несостоятельность кисетного и z-образного швов, открытая культя ЧО в сформированный абсцесс и заполненная толстая кишка темной кровью. Выполнены опорожнение гнойника, зашивание слепой кишки, дренирование — последовало выздоровление.

Серьёзное научное сравнительное исследование погружного и лигатурного методов аппендэктомии провёл А. И. Лёнюшкин [3]. В экспериментах на кроликах не было установлено принципиальных и существенных различий в заживлении ран слепой кишки. Через воспалительный процесс в зоне вмешательства формировалась рубцовая ткань, а лигатурный материал, как правило, мигрировал в просвет кишечника. Не было различий и по спаечному процессу в брюшной полости в послеоперационном периоде. Тщательный анализ опыта 3050 аппендэктомий лигатурным способом и 420 — погружным у детей не выявил преимуществ какого-либо способа по послеоперационному течению, отдалённым результатам. По мнению автора, погружной метод показан при невозможности выполнения лигатурного при деструктивных изменениях основания ЧО. Для противопоставления методов аргументов нет.

В защиту лигатурного метода аппендэктомии выступил М. А. Кимбаровский [1] на основании опыта более 6000 аппендэктомий. Проанализировав беспочвенность предвзятых «обвинений» в адрес лигатурного метода (культя — источник инфекции и спаек, соскальзывание лигатуры), автор сообщает только о 0,072% летальности (5 больных), не связанной с методикой операции: это — поздние поступления (у 4) и гемофилия (у 1). Ни одного соскальзывания лигатуры не было. Противопоказаниями к лигатурному методу автор считает: наличие прободения у основания ЧО и воспалительного инфильтрата, распространяющегося на основание отростка и стенку

слепой кишки. Однако в VII томе «Руководства по хирургии» [5] читаем: «...В настоящее время он может быть применён только тогда, когда в связи со значительной инфильтрацией кишечной стенки или из-за иных причин перитонизация культи практически неосуществима». Эта же мысль утверждается в «Руководстве по неотложной хирургии органов брюшной полости» [6]: «Редко вследствие значительной ригидности стенки слепой кишки погрузить культю не удастся совсем, и тогда на неё накладывают лигатуру нерассасывающейся нитью... и оставляют культю свободной в брюшной полости». Наша многолетняя позиция заключается в применении лигатурного способа при инфильтрации купола слепой кишки, при необходимости — с проведением экстраперитонизации этой зоны.

Заключая обсуждение вопроса о способах обработки культи ЧО при аппендэктомии, следует, видимо, согласиться с высказанным А.И.Лёнюшкиным [4] мнением о том, что ведущим способом, ввиду его простоты и малой травматичности, должен быть лигатурный метод, а погружной способ показан при невозможности выполнения лигатурного.

**Выводы.** 1. Лигатурный метод аппендэктомии менее травматичен для купола слепой кишки и легче выполним, чем погружной способ.

2. Лигатурному методу не свойственны специфические осложнения, связанные с методикой обработки культи ЧО.

3. Лигатурный метод аппендэктомии должен иметь равные права с погружным кистетным способом. Противопоставление этих методов не обосновано теоретически и практическим опытом.

4. Лигатурный метод обработки культи ЧО противопоказан при гангренозных изменениях его основания.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кимбаровский М.А. В защиту лигатурного метода аппендэктомии // Аппендицит: основные вопросы клиники, диагностики, хирургической тактики. Киев: Здоровье, 1966. С. 347–357.
2. Кригер А.Г., Фёдоров А.В., Вознесенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М.: Медпрактика, 2002. 244 с.
3. Лёнюшкин А.И. Методика обработки культи червеобразного отростка при аппендэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1961. 22 с.
4. Лёнюшкин А.И., Вороховов Л.А., Слуцкая С.Р. Острый аппендицит у детей. М.: Медицина, 1964. 148 с.
5. Русанов А.А. Заболевания червеобразного отростка // Многоотомное руководство по хирургии, Т. VII. Л.: Медгиз, 1960. С. 415–469.
6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С.Савельева. М.: Триада-Х, 2005. 640 с.
7. Фомин С.А. Диагностика и лечение острого аппендицита. Ярославль, 2011. 122 с.
8. Krönlein. Über die operative Behandlung der acuten, diffusern jauchigeitrigen Peritonitis // Arch. Klin. Chir. 1886, Bd.33, S.507–524.

Поступила в редакцию 14.06.2014 г.

A. P. Torgunakov

#### WAYS OF STUMP PROCESSING OF APPENDIX VERMIFORMIS IN MODERN CONDITIONS

Kemerovo State Medical Academy

The authors analyzed the experience of 517 appendectomies during last three years. There weren't any differences in postoperative course in patients with immersion and ligature methods of stump processing of appendix vermiformis. The ligature method should be considered as leading method in appendectomy in consideration of long-term experience in surgery. The immersion method would be used in presence of contraindications to the ligature method.

**Key words:** *appendectomy, ways of stump processing*