

- nenberg // Gastroenterology. – 1997. – Vol. 113(3). – P. 755–760.
5. Циммерман, Я.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современное состояние проблемы и перспективы [Текст] // Я.С. Циммерман, Л.Г. Вологжанина // Клиническая медицина. – 2016. – № 94(7). – С. 485–496.
  6. Юрнев, Г.Л. Бронхообструктивный синдром у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: внепищеводное проявление заболевания или бронхиальная астма? [Текст] // Г.Л. Юрнев, А.А. Самсонов, Т.В. Юрнева-Гхоржевская, И.В. Маев // Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.) – 2016. – № 2. – С. 11–16.
  7. Абросимов, В.Н. Респираторные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: взгляд пульмонолога и гастроэнтеролога [Текст] / В.Н. Абросимов, И.Б. Пономарева, А.А. Низов, М.В. Солодун М.В. // Consilium Medicum. – 2019. – №1. Прил. Гастроэнтерология. Хирургия. Интенсивная терапия. – С. 13–16. doi: 10.26442/26583739.2019.1.190310.
  8. Derbak, M. Combined course of bronchial asthma and gastroesophageal reflux disease: its clinical, functional peculiarities, and mechanisms of its correction [Text] // M. Derbak, O. Boldizhar, Y. Sirchak, Y. Lazur, M. Aleksandrova // Georgian Med News. – 2017. – Vol. 272. – P. 69–74.
  9. Игнатенко, Г.А., Денисова Е.М., Сергиенко Н.В. Гипокситерапия как перспективный метод повышения эффективности комплексного лечения коморбидной патологии [Текст] // Г.А. Игнатенко, Е.М. Денисова, Н.В. Сергиенко // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2021. – Т.6, №4. – С. 73–80.

УДК 616.346.2-002.1

*Л.И. Василенко, Н.В. Антипов, Ю.Г. Луценко, С.В. Войтенко*

## ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ДОСТУПЕ

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»*

**Реферат.** На 5 трупах людей разработан усовершенствованный аппендикулярный доступ, который был успешно апробирован в клинической практике у 19 больных с острым аппендицитом. Усовершенствованный косо-переменный разрез Л.И. Василенко [В] (Л.И. Василенко, 2003) длиной 4–5 см (рис. 1) имеет четкие топографо-анатомические ориентиры: соединяет точку Мак-Бурнея и точку Василенко (граница пересечения перпендикуляра, опущенного от пупка на правую паховую связку, с наружным правым краем прямой мышцы живота). Подтверждена эффективность разработанного оперативного доступа: более анатомичен, менее травматичен в сравнении с разрезами Мак-Бурнея и Волковича-Дьяконова; более предпочтителен в косметическом плане у женщин; предпочтителен с нисходяще-косо-медиальным и внутритазовым расположением ч/отростка. Разработанный нами оперативный доступ к ч/отростку расширяет арсенал эффективных методов оперативного вмешательства острого аппендицита. Индивидуальный выбор наиболее показанного в каждом конкретном случае оперативного доступа позволит повысить эффективность вмешательства. Больные успешно перенесли операцию. Осложнений, связанных с применением усовершенствованного аппендикулярного доступа в послеоперационном периоде, не наблюдали. Усовершенствованный аппендикулярный доступ рекомендуется для применения в клинической практике.

**Ключевые слова:** аппендикулярный доступ, аппендэктомия

**Актуальность.** На протяжении многих лет острый аппендицит (ОА) занимает лидирующее положение среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и требует неотложного оперативного

лечения [1, 3, 12]. Не случайно «аппендэктомия» остается самым распространенным хирургическим вмешательством, которое выполняют во всех хирургических отделениях городских, сельских, районных больницах и клиниках [1, 12, 14] как опытные, так и молодые (начинающие) хирурги.

На сегодняшний день ОА продолжает оставаться одним из самых распространенных хирургических заболеваний, с которым приходится повседневно встречаться хирургам, врачам скорой помощи, гинекологам и врачам других специальностей [1, 3, 9, 10, 12].

Острый аппендицит является наиболее распространенным хирургическим заболеванием, которым ежегодно страдают в Украине, России и Белоруссии 1–1 млн. 200 тыс. населения (1 случай на 200–250 лиц ежегодно) с летальностью 0,2–0,4% (5–6 тыс. человек умирает в год [В.В. Радионов и др., 1976; 1, 6, 12, 13].

В Украине (по данным [10], заболеваемость ОА составляет 195 (по регионам — от 126 до 278) на 100 тыс. населения с послеоперационной летальностью 0,17–0,75% от различных осложнений. Причинами осложнений ОА являются: 1) поздняя обращаемость больных за мед. помощью; 2) диагностические ошибки в постановке клинического диагноза; 3) несвоевременность оказания мед. помощи (в силу особенностей

локализации червеобразного отростка (ч/отростка) и клинического проявления самого заболевания; 4) неадекватный доступ к аппендикулярному (ч/отростку); 5) технические погрешности в хирургической технике.

До настоящего времени врачами допускаются диагностические ошибки в постановке клинического диагноза, варьирующие в пределах 5,4–12,7% [3, 7, 13], которые существенно влияют на исход заболевания. В современных условиях, по данным [10], лишь у 80–85% больных с ОА диагноз (без применения видеолaparоскопической техники) врачи ставят правильно и своевременно выполняют операции.

Несмотря на бурное развитие инновационных методов диагностики и лечения далеко не все районные и городские больницы располагают видеотехническими средствами. В связи с перебоями электроснабжения (обусловленными погодными условиями, технической профилактикой и аварийными ситуациями), частой поломкой и дороговизной технического обслуживания видеотехнических средств не всегда представляется возможным их приобрести лечебным учреждениям, содержать в исправном состоянии и применять у данной категории больных, что, безусловно, затрудняет своевременную диагностику ОА. Поэтому приходится использовать старые диагностические приемы диагностики и «открытую» чрезбрюшинную аппендэктомию из стандартных оперативных доступов.

Сложности диагностики ОА обусловлены, также, не только различным расположением ч/отростка, но и соответствующими клиническими проявлениями заболевания. Не даром «острый аппендицит» называют «хамелеоном» брюшной полости из-за коварства своих клинических проявлений и нетипичного («атипичного») расположения аппендикса. По данным [13] около 3/4 летальных исходов, которых можно было бы избежать, обусловлены диагностическими ошибками на догоспитальном и госпитальном этапе, тактическими и техническими ошибками врачей. С другой стороны, боязнь пропустить «острый аппендицит» привела к «гипердиагностике» данного заболевания: у взрослых в 25–30% случаев, у детей — 60–70%! [13]. «Именно в диагностике «острого аппендицита», более, чем в какой-либо другой патологии, выявляется уровень клинического мышления врача, способность его быстро анализировать выявляемые симпто-

мы ... в сочетании с другими объективными данными» [7, 13]. Во многом данные ошибки обусловлены не только локализацией ч/отростка, но и умением правильного анализа (интерпретации) полученных характерных клинических симптомов [7, 9, 13].

Широко распространено мнение, что диагноз «острого аппендицита» прост, а «аппендэктомия» является несложной операцией, которая, как правило, приводит к выздоровлению. Между тем, жизнь говорит об обратном. Диагностические ошибки совершают врачи на всех этапах оказания медицинской помощи [14]. Полиморфизм клинических признаков проявления ОА, нередко протекающего с «псевдоаппендикулярным синдромом» [1, 7, 12, 13], в известной мере, приводит к трудностям своевременной диагностики, поздней обращаемости пациентов за мед. помощью. Это приводит к закономерному увеличению числа осложненных форм, требующих определенных знаний диагностики и практических навыков соответствующего оперативного и медикаментозного лечения.

Во всем многообразии клинических форм проявления ОА перед хирургом стоит задача выбора наиболее адекватного оперативного доступа к ч/отростку в каждом конкретном случае. Поэтому проблема эффективного оперативного доступа к ч/отростку при «открытой» «аппендэктомии» на протяжении последних 2-х веков продолжает волновать умы практических хирургов [2, 4, 7]. В литературе описано более 30 оперативных доступов при ОА (включая и осложненное его течение). Не утратила данная проблема актуальности и в наши дни [2, 6, 7, 10, 13]. В последние годы определенную «лепту» в разработку оперативных доступов к ч/отростку внесла Донецкая школа хирургов: В.Н. Буценко, Л.И. Василенко, В.В. Целикова (2003); Л.И. Василенко (2003); В.И. Ороховский, Л.И. Василенко, И.В. Алтын (2005).

**Цель исследования:** уменьшить число послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде после «открытой» аппендэктомии за счёт применения усовершенствованного нами аппендикулярного доступа, позволяющего повысить эффективность операции.

**Материал и методы исследований.** В период 2001–2009 гг. в клинике хирургии ДонНМУ им.М.Горького, руководимой проф. В.Н. Буценко совместно с кафедрой то-

пографической анатомии и оперативной хирургией была предпринята попытка поиска и разработки более эффективных оперативных доступов при «открытой» аппендэктомии. Для этого были проведены секционные и клинические исследования на базе ЦГКБ №1 г. Донецка и территориального морга и изучена, в частности, эффективность усовершенствованного (Л.И. Василенко, 2003) аппендикулярного доступа *Волковича-Дьяконова*.

Для лучшего понимания практически врачами усовершенствованного нами аппендикулярного доступа считаем целесообразным вкратце осветить особенности топографии ч/отростка и выполнения стандартных общеизвестных аппендикулярных оперативных доступов. Так, ч/отросток проецируется на переднюю брюшную стенку в пределах «аппендикулярного треугольника» Шеррена (J. Scherren, 1905). Стороны данного треугольника соединяют: пупок, правый лонный бугорок и передне-верхнюю ость правой подвздошной кости. Линия, идущая от пупка к передне-верхней ости правой подвздошной кости (*linea spinoumbilicalis*) носит название линии Монро-Рихтера (A. Monro, 1797 — A.G. Richter, 1797), а линия, соединяющая передне-верхние ости обеих подвздошных костей — межостной линией (*linea bispinalis*) или линией Ланца (O. Lanz, 1902) [7, 12].

В брюшной полости ч/отросток отходит от купола (нижнего полюса) «слепой» кишки в месте слияния 3-х мышечных лент Вальсальвы [A.M. Valsalva, 1740] (свободной ленты — *taenia libera*, брыжеечной ленты — *taenia mesocolica*, ленты крепления большого сальника — *taenia omentalis*) и является прямым продолжением *taenia libera* (свободной от сальниковых отростков) [W. Korte, 1902] [6, 7, 12]. Некоторые хирурги (12 определяют расположение аппендикса на расстоянии 1,5–4 см от места впадения подвздошной кишки в «слепую»).

Локализацию ч/отростка (места его отхождения от купола «слепой кишки») проецируют на переднюю брюшную стенку в виде определенных точек (Мак-Бурнея, Ланца и др.).

На протяжении последних 150 лет разработано множество (более 30) оперативных доступов к ч/отростку [2, 3, 5, 7, 9, 12]. По виду разреза кожи, из наиболее часто применяемых, известные оперативные доступы к ч/отростку разделяют на 4 основные группы:

I — продольные, II — косые, III — поперечные, IV — расширяющие — комбинированные.

I. К продольным аппендикулярным доступам относят следующие (наиболее значимые):

1) «Кулисный разрез» Леннандера-Батле (K. Lennander, 1898 — W.H. Battle, 1895);

2) Доступ Винкельманна (W.K. Winkelmann, 1909);

3) Разрез Шуллера-Шеде (M. Schuller, 1885 — H. Schede, 1888).

II. К «косым» аппендикулярным доступам относят следующие (наиболее значимые):

1) Косой разрез Мак-Бурнея [М-Б] (1888);

2) Косо-переменный доступ Волковича-Дьяконова [В-Д] (Н.М. Волкович, 1898 — П.И. Дьяконов, 1896);

3) косой пахово-надлобковый разрез Ортнера (N. Ortner, 1900);

4) Косой переменный доступ Л.И. Василенко [В] (Л.И. Василенко, 2003).

III. К «поперечным» аппендикулярным доступам относят следующие (наиболее значимые):

1) Поперечный доступ Роки — Девиса [Р-Д] (A.E. Rockey, 1905 — G.G. Devis, 1906);

2) Поперечный разрез Херингтона-Эллиотта [Х-Э] (F.B. Harrington, 1899 — J.W. Elliott, 1896);

3) Поперечный доступ Вейбера-Фовлера-Колесова (F.R. Weir, 1887 — G. Fowler, 1894 — В.И. Колесов, 1972);

4) Поперечный разрез Шпренгеля [Ш] (O. Sprengel, 1910).

IV. К расширяющим — комбинированным аппендикулярным доступам относят следующие (наиболее значимые):

1) Поперечный доступ Н.Ф. Богоявленского (1901) — В.И. Колесова (1972) — из нижнего угла разреза Мак-Бурнея и Волковича-Дьяконова;

2) Поперечно-продольный доступ Харрингтона — Доти (F.B. Harrington, R. Daughty, 1899) — из нижнего угла разреза Мак-Бурнея и Волковича-Дьяконова;

3) Поперечно-продольный (зигзаговидный доступ) В.С. Савельева (1986) из нижнего угла разреза Мак-Бурнея и Волковича-Дьяконова;

Сложность выбора адекватного оперативного доступа к ч/отростку во многом определяют его локализацией [3, 6, 7, 8, 9], особенностями клинического проявления [3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13] и течения [5, 7, 9, 10, 12, 13, 14].

Анализ проведенных нами данных литературы [6, 8, 9, 10, 12] и др. позволил пред-



ставить усредненные данные касательно вариантов типичного и «атипичного» расположения отростка в процентом отношении, представленных ниже.

В последние годы продолжают появляться в периодической медицинской печати работы [1, 3, 6, 7, 8, 9, 11], в которых выделяют следующие варианты локализации ч/отростка:

I. Наиболее типичной локализацией большинство хирургов считают нисходящее (косо-медиальное, тазовое) его расположение — варьирует в пределах (43–47%).

II. К атипичным локализациям ч/отростка относят:

1. Нисходящее внутритазовое расположение — варьирует в пределах (14–18%),

2. Нисходящее косо-латеральное (в проекции подвздошной ямки) — (10–14%),

3. Латерально-внебрюшинное («экстраперитонеальное») — (9–12%),

4. Медиальное — (8–11%),

5. Заднее — «ретроцекальное» («ретроградное»: внутрибрюшинное и внутривисцеральное) — (7–10%),

6. Переднее (передне-восходящее) («антеградное») — (5–8%),

7. Восходящее (подпеченочное — у беременных) — (0,6–3%),

8. Внутрицекальное («интрацекальное» — в виде «инвагината») — (0,05–0,1%).

Применяемый классический способ «открытой» аппендэктомии с оперативного косо-доступа Мак-Бурнея [М-Б] (1888), вовсе не идентичен в топографо-анатомическом плане косо-переменному доступу Волковича-Дьяконова [В-Д] (Н.М. Волкович, 1898 — П.И. Дьяконов, 1896) [7, 12] и не всегда позволяет выйти на расположение ч/отростка.

Далеко не все хирурги знают, что косой разрез Мак-Бурнея [М-Б] (1884) длиной 7–10 см проходит через точку Мак-Бурнея, строго перпендикулярно линии, идущей от пупка к правой передне-верхней ости правой подвздошной кости, и разделенный этой линией на 2 равные части: (1/2 разреза находится выше линии и 1/2 — ниже линии) — не является параллельным относительно «пупартовой» связки. При этом все ткани передней брюшной стенки пересекают и разъединяют в косом направлении.

Разрез Волковича-Дьяконова [В-Д] (Н.М. Волкович, 1898 — П.И. Дьяконов, 1896) длиной 8–10 см косо-переменный

(более анатомичен, в сравнении с доступом Мак-Бурнея). Проходит через точку Мак-Бурнея, строго перпендикулярно линии, идущей от пупка к правой передне-верхней ости правой подвздошной кости, и разделенный этой линией на 2 части: (1/3 разреза находится выше линии, а 2/3 — ниже линии). Является классическим (наиболее распространенным). Данный доступ также не является параллельным относительно «пупартовой» связки. Его применение рекомендуют при многих формах аппендицита.

В периодической печати зачастую хирурги не совсем правильно отождествляют разрезы Мак-Бурнея и Волковича-Дьяконова. В топографо-анатомическом плане разрез Волковича-Дьяконова более смещен в сторону таза (в сравнении с доступом Мак-Бурнея).

Один из усовершенствованных доступов при «открытой» аппендэктомии был разработан д.мед.н. Л.И.Василенко (2003). Усовершенствованный косо-переменный разрез Л.И. Василенко [В] (Л.И. Василенко, 2003) длиной 4–5 см (рис. 1) имеет четкие топографо-анатомические ориентиры: соединяет точку Мак-Бурнея и точку Л.И.Василенко (граница пересечения перпендикуляра, проведенного от пупка на правую паховую связку, с наружным правым краем прямой мышцы живота).

Усовершенствованный аппендикулярный доступ был успешно апробирован на секционном материале (5 трупах людей), где были отработаны детали оперативной техники. Успешная апробация усовершенствованного аппендикулярного доступа на секционном материале позволила внедрить данный доступ в клиническую практику (успешно выполнен в клинике у 19 больных), подтвердив свою эффективность.

Исследуемую группу составили 19 больных с ОА, контрольную 118 пациентов.

Из 19 оперированных 8 (42,1%) — мужчин и 11 (57,9%) женщин в возрасте от 21 до 58 лет. У 7 (36,8%) выявлен острый катаральный аппендицит, у 12 (63,2%) — острый флегмонозный. У 11 (57,9%) больных выявлено нисходящее косо-медиальное расположение ч/отростка, у 5 (26,3%) — внутритазовое (вблизи правого яичника — у 3 (15,8%) женщин и у 3 (15,8%) — нисходящее косо-латеральное положение ч/отростка.

**Результаты и обсуждение.** В наших исследованиях доступ Волковича-Дьяконова

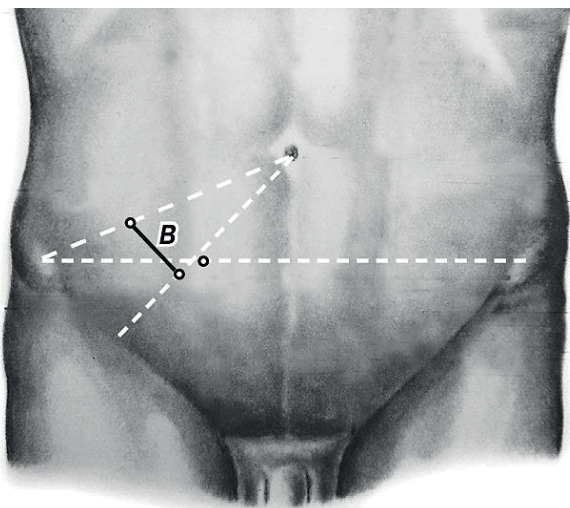


Рис. 1. Косой переменный аппендикулярный доступ Л.И. Василенко (2003)

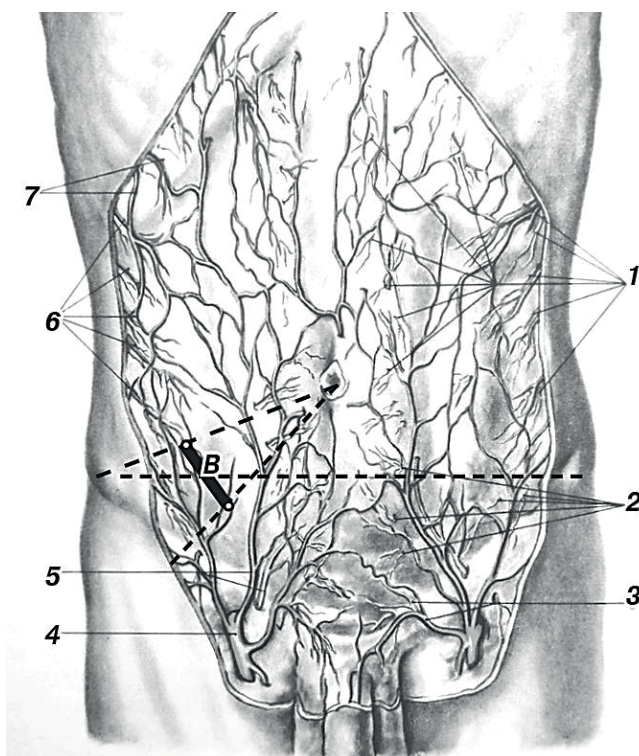


Рис. 2. Васкуляризация и иннервация аппендикулярного доступа Л.И. Василенко (2003): 1 – rr. cutanei anteriores et laterales nn. intercostales; 2 – rr. cutanei anteriores et laterales nn. iliohypogastricus; 3 – a. et v. pudenda externa; 4 – v. femoralis; 5 – a. et v. epigastrica superficialis; 6 – rr. laterales cutanei aa. intercostales posteriores; 7 – v. thoracoepigastrica

(контрольная группа) был эффективен у 87 (73,73%) пациентов из 118 оперированных. Чаще других приходилось расширять доступ в направлении малого таза (при «местном» перитоните). Из 118 оперированных — у 12 (11,1%) выявлены следующие осложнения в раннем послеоперационном периоде: у 8

(6,8%) — нагноения в ране; 4 (3,4%) — инфильтрация послеоперационной раны, обусловленная диффузным кровотечением из мелких сосудов вследствие недостаточного интраоперационного гемостаза и перифокальным отеком тканей. У этих больных сняты кожные швы с раны, выполнена санация раны; после очищения раны спустя 4 суток наложены «вторичные» швы на ее края. Усовершенствованный оперативный доступ обеспечил кратчайший путь к ч/отростку с минимальной травматизацией (пересечением сосудистых ветвей и нервных проводников) (рис. 2–3).

Осложнений (перечисленных выше) в раннем послеоперационном периоде, обусловленных техникой выполнения оперативного доступа со стороны операционной раны у 19 больных, не выявлено. Больные выписаны в сроки 5–7 дней после операции в удовлетворительном состоянии с заживлением раны «первичным натяжением» и выздоровлением для дальнейшего наблюдения и амбулаторного лечения у хирурга по месту жительства. Пациенты были довольны выполненной операцией.

**Выводы.** Как показала практика, разработанный нами оперативный доступ к ч/отростку более анатомичен (см. рис. 2–3) и, менее травматичен (в сравнении с разрезами

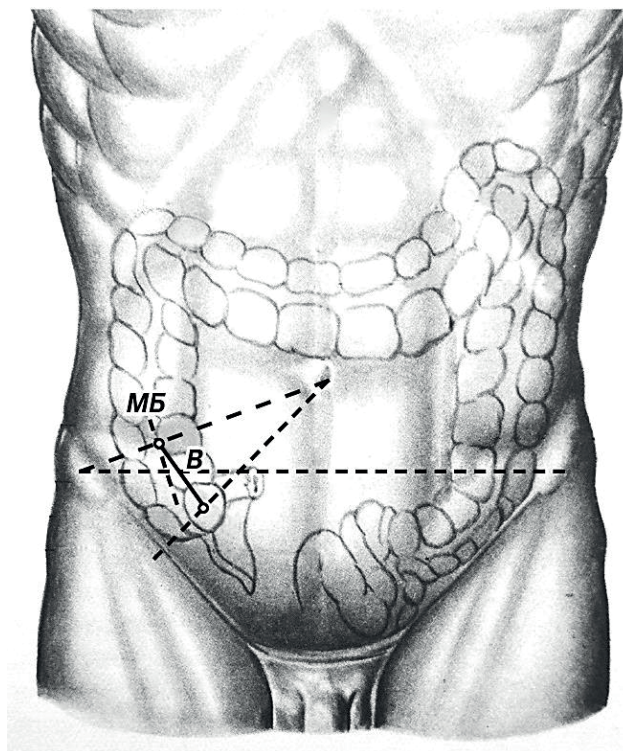


Рис. 3. Синтопия аппендикулярного доступа Л.И. Василенко (2003)



Мак-Бурнея и Волковича-Дьяконова). Кожный разрез смещен более в сторону малого таза, предпочтителен в косметическом плане у женщин, а также у лиц с нисходяще-косо- медиальным и внутритазовым расположением ч/отростка.

Усовершенствованный оперативный доступ к ч/отростку расширяет арсенал эффективных методов оперативного вмешательства у больных с острым аппендицитом.

Использование усовершенствованного нами оперативного доступа к ч/отростку позволит до минимума снизить количество послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде и обеспечило, в некотором роде их профилактику.

Выбор наиболее показанного в каждом конкретном случае оперативного доступа в ч/отростку хирурги должны решать индивидуально в зависимости от данных конкретного объективного исследования пациента (локализации боли); особенностей клинического проявления острого аппендицита и дополнительных методов исследования.

Индивидуальный выбор наиболее показанного в каждом конкретном случае оперативного доступа позволит повысить эффективность вмешательства.

L.I. Vasilenko, N.V. Antipov, Yu.G. Lutsenko, S.V. Voitenko  
**PROFILACTIC EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH THE USE OF THE IMPROVED APPENDICULAR APPROACH**

**Summary.** An improved appendicular approach was developed on 5 human corpses, which was successfully tested in clinical practice in 19 patients with acute appendicitis. The improved oblique-variable incision by L.I. Vasilenko [B] (L.I. Vasilenko, 2003) 4–5 cm long has clear topographic and anatomical landmarks: it connects the McBurney point and the Vasilenko point (the border of intersection perpendicular, lowered from the navel to the right inguinal ligament, with the outer right edge of the rectus abdominis muscle). The effectiveness of the developed surgical approach was confirmed: it is more anatomical, less traumatic in comparison with the McBurney and Volkovich-Dyakonov incisions; more preferable in cosmetic terms for women; preferably with descending oblique medial and intrapelvic appendicular

process. The operative access to the appendicular / process developed by us expands the arsenal of effective methods of surgical intervention for acute appendicitis. The individual choice of the most shown in each specific case of the operative access will improve the efficiency of the intervention. The patients underwent surgery successfully. There were no complications associated with the use of the improved appendicular approach in the early postoperative period. An improved appendicular approach is recommended for clinical use.

**Key words:** appendicular approach, appendectomy

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко В.А. Острый аппендицит / В.А. Бондаренко, В.И. Лупальцов. – К. : Здоров'я, 1993. – 200 с.
2. Буценко В.М., Василенко Л.И. Целкова В.В. Патент Україна (UA) № 53521; 2003.
3. Буценко В.Н., Василенко Л.И. Виноградов Ю.Н. и др. Усовершенствованный оперативный доступ при аппендэктомии. // Актуальные вопросы торакальной и абдоминальной хирургии: Международная научно-практическая конференция: Алушта (27-29 мая 2004 г.). Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2004; 5 (2): 222-225.
4. Буценко В.Н., Василенко Л.И., Куницкий Ю.Л., Греджев Ф.А. Аппендэктомия из усовершенствованного оперативного доступа // Скорая медицинская помощь. Российский научно-практический журнал. 2004; 5, (3): 17-18.
5. Буценко В.Н., Василенко Л.И., Куницкий Ю.Л. и др. Аппендэктомия из усовершенствованного оперативного доступа // Хірургія України.– 2005. Т-3 (15).–С. 91-92.
6. Буценко В.М., Семенов В.П., Василенко Л.И. та інш. Гострый аппендицит. В кн: Лысенко Б.П., Шейка В.Д., Хімича С.Д., ред. Хірургія. Київ: ВСВ Медицина; 2010 : 403-419.
7. Основы общей хирургии: Учебное пособие // под ред. проф. Василенко Л.И. –Донецк: Каштан; 2014. –388с.
8. Оперативна хірургія та топографічна анатомія: підручник // под ред. Ковальський М.П.. –Київ.: ВСВ: Медицина; 2010.– 504с.
9. Клиника и лечение острого аппендицита // Колесов В.И..Л.: Медицина;1972.–290с.
10. Неотложная хирургия органов брюшной полости: Клиническое руководство // Кондратенко П.Г, Русин В.И. и др. –Донецк: издатель Заславский А.Ю; 2013.–720с.
11. Ороховський В.Й., Василенко Л.І., Алтин І.В. Патент Україна (UA) № 11216 U; 2005.
12. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия: учебник // Пронин В.А., Бойко В.В.. Харьков: СИМ; 2007. –271с.
13. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците: учебник // Ротков И.Л.. М.: Медицина; 1988.– 208с.
14. Острый аппендицит: учебник // Утешев Н.С, Малюгина Т.А., Богницкая Т.Н., Пахомова Г.В.. М.: Медицина; 1975.– 160 с.