

удержания синусового ритма составила 3 (1; 5) и 10 (8, 14) месяцев в группах 1 и 2, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Пациенты с ФП и ТИКМП, имеющие отягощенную наследственность по сердечно-сосудистой патологии, неоднократные пароксизмы ФП, высокий функциональный класс СН и рецидив аритмии в короткие сроки после восстановления ритма имеют более высокую вероятность наступления негативного сердечно-сосудистого исхода.

Литература:

1. Atrial fibrillation and the risk for myocardial infarction, all-cause mortality and heart failure: A systematic review and meta-analysis / V. Ruddox [et al.] // Review Eur. J. Prev. Cardiol. – 2017. – Vol. 24. – P.1555-1566. doi: 10.1177/2047487317715769.

2. Бубешко, Д. А. К вопросу о механизмах развития тахииндуцированной кардиомиопатия и у пациентов с фибрилляцией предсердий / Д. А. Бубешко, В. А. Снежицкий // Журн. ГрГМУ. – 2015. – № 2 (50). – С. 24-29.

**CLINICAL AND ANAMNESTIC MARKERS OF ADVERSE
CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH ATRIAL
FIBRILLATION AND TACHY-INDUCED CARDIOMYOPATHY**

Bubeshka D.A.

Grodno State Medical University, Grodno

bubeshkodarya@gmail.com

The aim of the study was to investigate the relationship of clinical and anamnestic factors with development of cardiovascular events in patients with atrial fibrillation (AF) and tachy-induced cardiomyopathy. Family history of cardiovascular pathology, repeated paroxysms of AF, high heart failure functional class and recurrence arrhythmia in a short period after cardioversion were identified as factors associated with increasing risk of negative cardiovascular events.

**ВТОРИЧНЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ МЕККЕЛЯ
НА ФОНЕ ГАНГРЕНОЗНОГО ПРОБОДНОГО АППЕНДИЦИТА.
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Ведник Г. А., Макеева Е. В.

УЗ «Могилевская областная детская больница», Могилев, Беларусь

GriG86@mail.ru

Введение. Дивертикул Меккеля является не полностью редуцированным остатком желточного протока, соединяющим просвет средней кишки зародыша с желточным мешком. Желточный мешок формируется в первые недели развития эмбриона и выполняет трофическую и кроветворную функции. В ходе развития желточный мешок отделяется от зародыша туловищной складкой,

которая окружает зародыш и постепенно сужается, отделяя его от желточного мешка. На 6-8-й неделе беременности желточный проток опустошается, а к 3-му месяцу происходит полная атрофия его остатков. Неполная облитерация и редукция протока приводит к формированию дивертикула Меккеля. В данной статье описывается нестандартный случай выявления дивертикулита Меккеля на фоне гангренозного прободного аппендицита.

Цель – расширение кругозора знаний и опыта детских хирургов о возможных осложнениях гангренозного прободного аппендицита и возможных проявлениях дивертикулита Меккеля, а также о подходах к лечению.

Описание клинического случая. В приемное отделение в сопровождении родителей доставлен пациент Д., возрастом 2 года 11 месяцев, с жалобами на двукратную рвоту, боли в животе более 2 суток. Обследован. В гемограмме лейкоцитоз $23.46 \times 10^9/\text{л}$, по данным УЗИ свободная жидкость в брюшной полости. В правой половине живота положительные перитонеальные симптомы. Пациент госпитализирован с диагнозом «острый аппендицит», выставлены показания к экстренной операции, диагностической лапароскопии. На операции: большое количество мутного гнойного выпота. В правом боковом канале спаянно с печенью располагается инфильтрат, сформированный печенью, желчным пузырем, петлями тонкой кишки, илеоцекальным углом. В центре инфильтрата гангренозно измененный аппендикс с перфорацией до 5×6 мм, грязно-серого цвета. Аппендикс удален. При дальнейшем разделении инфильтрата выявлена петля тонкой кишки с дивертикулом Меккеля, плотно вовлеченным в инфильтрат. При его выделении: стенка гиперемирована, отечна, покрыта фибрином. От средней трети до верхушки флегмонозные изменения (рис. 1, 2).



Рисунок 1



Рисунок 2

После аппендэктомии и тщательной санации брюшной полости, учитывая вторичные изменения дивертикула Меккеля, принято решение о проведении поперечной лапаротомии с резекцией дивертикула в косопоперечном

направлении, без резекции кишки и без выведения стомы. Брюшная полость дренирована. Дренажи удалены на третьи сутки. В послеоперационном периоде получал инфузионную терапию, антибиотики (цефотаксим, ванкомицин, метронидазол). Швы сняты на седьмые сутки. Пациент выписан из стационара на 12-е сутки после операции с выздоровлением. Контрольное УЗИ брюшной полости – без патологии. Дисфагических нарушений нет.

Выводы:

1. Несмотря на используемую в детской хирургии точную классификацию вариантов существования дивертикула Меккеля и вариантов его осложнений, а также общепринятых методик хирургического лечения, существуют нестандартные ситуации, требующие индивидуального подхода.

2. Лапароскопия – лучший метод диагностики при патологии органов брюшной полости у детей, а в данном случае помогла объективно оценить ситуацию и принять решение о дальнейшем варианте дивертикулэктомии.

Литература:

1. Подкаменев В.В. Патология дивертикула Меккеля у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – Т. II, № 4. – С.28-33.

2. Тимербулатов В.М. Диагностика и лечение осложненных форм дивертикула Меккеля. // Клиническая медицина. – 2017. – Т. 95(11).

SECONDARY PHLEGMONOUS DIVERTICULITIS OF MECKEL ON THE BACKGROUND OF GANGRENOUS PERFORATED APPENDICITIS. DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE.

Vednik G.A., Makeeva E.V.

*Mogilev Regional Children's Hospital, Mogilev
GriG86@mail.ru*

Expanding the horizons of knowledge and experience of pediatric surgeons about possible complications of gangrenous perforated appendicitis and possible manifestations of Meckel's diverticulitis, as well as treatment approaches.

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА: ВАРИАНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Глуткин А. В., Шелудько С. М., Шелудько (Сёмуха) А. Р.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
sergun1999@yandex.ru*

Введение. Восстановление целостности кожного покрова является одной из основных задач при лечении детей с ожогами кожи. Учитывая местные патогенетические механизмы и современные методы лечения, актуальным вопросом остается прогнозирование течения репаративных процессов при лечении термической травмы, в особенности мозаичных ожогов.