

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.

Известен способ определения прогностических факторов исхода лечения ожоговых ран путем определения клинического типа и гистологической структуры кожных рубцов [1]. Недостаток способа – приблизительная и неточная оценка. Другим недостатком этого способа является определение клинического типа и гистологической структуры уже формирующихся или сформировавшихся кожных рубцов, в связи с чем не представляется возможным воздействовать на ожоговую рану и создать условия для ранних профилактических мероприятий и специализированного лечения ожоговых дефектов с целью предотвращения и снижения вероятности развития патологических рубцов.

Используется метод прогнозирования исходов лечения ожоговых ран, основанный на определении гистологической структуры и клинического типа кожного рубца, отличающийся тем, что с помощью лазерной доплеровской флоуметрии определяют показатели перфузии (М) нескольких зон ожоговых дефектов и симметричных неповрежденных участков (N) на этапе лечения ожоговых ран и при значении перфузии каждой зоны ожоговых дефектов менее N, где N – значение перфузии симметричного неповрежденного участка, прогнозируют высокую вероятность развития патологических рубцов из тканей дермального происхождения; при значении перфузии каждой зоны ожоговых дефектов более $N+5$ прогнозируют высокую вероятность развития патологических рубцовых тканей, возникших из грануляционной ткани; при значении перфузии каждой зоны ожоговых дефектов между этими двумя показателями прогнозируют минимальную вероятность развития патологической рубцовой ткани [2]. Метод сложен в использовании, требуется специальный дорогостоящий прибор для измерения микроциркуляции. Недостаток: оценка раны проводится во время лечения, а исход оценивается по рубцу, отсутствует дифференцированный подход в зависимости от получения местных параметров в ожоговой ране.

Известен способ прогнозирования течения репаративного процесса в ожоговой ране путем исследования раневого отделяемого, отличающийся тем, что собирают раневое отделяемое с поверхности ожоговой раны, определяют уровень Т-лимфоцитов из раны и в капиллярной крови, рассчитывают коэффициент прогноза течения раневого процесса путем определения отношения первого показателя ко второму, и при значении его меньше единицы прогнозируют неблагоприятное течение раневого процесса [3]. Недостатком данного способа является правильность забора промывной жидкости раны, необходим специалист для выполнения биохимических исследований.

Цель исследования – разработать вариант прогнозирования течения репаративного процесса у детей при лечении термической травмы, который позволит дифференцированно подходить к местному лечению.

Материал и методы исследования. Обследованы 43 ребенка с термической травмой в возрасте до 3 лет. Всем детям осуществлялся забор венозной крови на первые и седьмые сутки от начала заболевания; с помощью

микрогазоанализатора определяли сродство гемоглобина к кислороду по показателю $p50$ (pO_2 , соответствующее 50% насыщению гемоглобина кислородом). Также пациенты в зависимости от местного лечения были разделены на группы: 1-я – 21 пациент с термическими ожогами кожи, которым проводилось стандартное лечение; 2-я – 22 пациента с термическими ожогами кожи, которым проводилось стандартное лечение + аппликации нативного коллагена I-го типа. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием статистического программного обеспечения.

Результаты. На основании полученных результатов разработан метод прогнозирования течения репаративного процесса. Рассчитывали индекс вероятности аутодермопластики (ИВАДП) по формуле $ИВАДП = (p50_{1сут.} - p50_{7сут.})/p50_{1сут.} * 100\%$, обосновывающей выделение пациентов с высоким риском выполнения операции. При значении данного показателя до 10% прогнозируется высокий риск возникновения аутодермопластики, при величине 10 и более процентов – низкий риск возникновения аутодермопластики при термических ожогах кожи у исследуемых пациентов, соответственно.

Оценка риска проведения аутодермопластики при термической травме, определяемого по расчетному ИВАДП. Приводим клинические примеры:

1. Термический ожог кожи IIIA-IIIБ степени (по МКБ 10 1-2-3 степени) у детей в возрасте до 3 лет при стандартном лечении ($n=21$): $p50$, мм рт.т. на первые сутки от начала заболевания – 30,1 (26,0; 32,0); на седьмые сутки от начала заболевания – 28,5 (27,9; 29,5); расчетный ИВАДП – 5,3%; проведение аутодермопластики – 33,3%; риск проведения операции – высокий.

2. Термический ожог кожи IIIA-IIIБ степени (по МКБ 10 1-2-3 степени) у детей в возрасте до 3 лет при стандартном лечении + коллаген и серебросодержащие повязки ($n=22$): $p50$, мм рт. ст. на первые сутки от начала заболевания – 29,3 (28,8; 29,7); на седьмые сутки от начала заболевания – 25,5*(24,7; 26,2); расчетный ИВАДП – 12,96%; проведение аутодермопластики – 5%; риск проведения операции – низкий.

Из представленных данных следует, что при ИВАДП 5,3% частота операций в 6,66 раза выше, чем при значении данного индекса 12,96%.

Выводы. Данный метод относительно прост, информативен, не требует использования дорогостоящей аппаратуры, дорогостоящего оборудования, позволяет обосновать выделение группы пациентов с термическими мозаичными ожогами IIIA и IIIБ степени, что позволяет дифференцировать тактику ведения пациента в зависимости от выявленного низкого или высокого риска выполнения аутодермопластики.

Литература:

1. Гуллер, А.Е. Клинический тип и гистологическая структура кожных рубцов как прогностические факторы исхода лечения / А.Е. Гуллер, А.Б. Шехтер // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2007. – №4. – С. 19-31.

2. Юрова Ю.В., Крылов К.М. Способ прогнозирования исходов лечения ожоговых ран: пат. 2691077 РФ: С1; заявитель государственное бюджетное

учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». – № 2018126074; заявл. 13.07.2018; опубл. 10.06.2019.

3. Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации Способ прогнозирования течения репаративного процесса в ожоговой ране пат. 2148827 РФ: С1; заявитель Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации. – № 96113398/14; заявл. 01.07.1996; опубл. 27.10.1998.

AUTODERMOPLASTICS: PREDICTION OPTIONS
Hlutkin A.V., Shaludzko S.M., Shaludzko (Siomukha) A.R.
Grodno State Medical University, Grodno
sergun1999@yandex.ru

In the course of the study, 2 groups of patients under the age of 3 years were examined: 1st – 21 patients with thermal burns of the skin - standard treatment was carried out; 2nd – 22 patients with thermal skin burns - underwent standard treatment + applications of native type I collagen. When treating patients, a method was developed for predicting the course of the reparative process, the essence of which is to assess the risk of autodermoplasty in thermal injury, determined by the calculated ILADP (index of the likelihood of autodermoplasty). To calculate the indices, blood was taken from the cubital vein on the 1st and 7th days from the onset of the disease, to determine the affinity of hemoglobin for oxygen by the p50 index using a microgas analyzer. With a value of (ILADP) of this indicator up to 10%, a high risk of autodermoplasty is predicted, with a value of 10% or more, a low risk of autodermoplasty in thermal burns of the skin in the studied patients, respectively.

ГИГАНТСКОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Глуткин А. В.¹, Софронюк М. Д.², Грико М. П.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно, Беларусь
glutkinalex@mail.ru

Введение. Инородные тела (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – частое явление в практике детского хирурга. Как правило, в стационар с таким диагнозом поступают дети в возрасте до 5 лет, тактика лечения зависит от размеров, формы, локализации, химического или физического воздействия на оболочки ЖКТ, а также от длительности пребывания ИТ в пищеварительном тракте. При локализации ИТ в пищеводе или желудке оно зачастую удаляется эндоскопически, а при прохождении ИТ в кишечник показано динамическое наблюдение за его продвижением по пищеварительному тракту. Однако