

ближайшие две недели) равна приблизительно 10%. Эффективная интенсивность обслуженных пациентов $\lambda_{\text{эф}}=18$ пациентов/день, что совпало с μ . Среднее число пациентов, ожидающих в очереди (записанных на будущие даты), достигло 171 человека, а среднее время ожидания приёма – 9,5 дней. Таким образом, система работает на пределе пропускной способности, а пациенты вынуждены ждать почти весь доступный период записи.

Выводы. Полученные количественные характеристики подтверждают несоответствие между спросом на кардиологическую помощь и пропускной способностью кабинета. Для снижения отказов и сокращения времени ожидания необходимо либо увеличить число приёмных часов (ввести второго врача), либо оптимизировать длительность приёма (при сохранении качества). Предложенная модель может быть использована для обоснования штатного расписания и планирования графика работы узких специалистов в поликлиниках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гнеденко, Б. В. Введение в теорию массового обслуживания / Б. В. Гнеденко, И. Н. Коваленко. – Москва : Наука, 1987. – 336 с.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ: АНАЛИЗ ПЯТИЛЕТНЕГО ОПЫТА ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Петрова Т. О.

Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Игнатович А. А.

Актуальность. Дивертикул Меккеля – наиболее распространенная врожденная аномалия желудочно-кишечного тракта, являющаяся следствием неполной облитерации проксимального отдела желточного протока. Частота в популяции составляет около 2%, при этом клинические проявления развиваются лишь у 4-6% носителей данной аномалии, преимущественно в детском возрасте, с преобладанием среди лиц мужского пола (соотношение 2-3:1) [1]. «Золотым стандартом» диагностики остается интраоперационная визуализация, так как большинство случаев выявляется при хирургических вмешательствах по поводу иной острой абдоминальной патологии [2].

Цель. На основании ретроспективного анализа собственного клинического опыта лечения дивертикула Меккеля, обосновать современные подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и хирургической тактике при осложненных формах дивертикула Меккеля у детей.

Методы исследования. Проведен сплошной ретроспективный анализ 36 историй болезни пациентов в возрасте от 0 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях с окончательным диагнозом дивертикул Меккеля, в период с января 2020 г. по апрель 2025 г. Оценивались

следующие параметры: пол, возраст на момент операции, клиническая форма дивертикула Меккеля, вид и объем выполненного оперативного вмешательства, продолжительность госпитализации, послеоперационные осложнения.

Результаты и их обсуждение. За 5-летний период среди 36 пациентов с дивертикулом Меккеля преобладали лица мужского пола – 28 (77,8%). Соотношение мужского и женского пола составило 3,5:1. Наибольшая частота клинической манифестации дивертикула Меккеля пришлась на возрастные периоды младшего школьного и подросткового возраста (по 27,8%), что соответствует литературным данным о двух пиках симптоматики: в раннем детстве и в возрасте 10-15 лет. При оценке структуры клинико-морфологических форм дивертикула Меккеля, осложненные формы с развитием некроза стенки кишки, составили почти 19,4%, подчеркивая актуальность проблемы. В 7 (19,4%) случаях из 36 неизмененный дивертикул Меккеля был интраоперационной находкой при вмешательствах по иному поводу (чаще – аппендэктомия), и дивертикулэктомия не производилась. Этим пациентам была рекомендована плановая резекция. У остальных 29 пациентов были выполнены следующие операции: клиновидная резекция дивертикула Меккеля с ушиванием стенки кишки – 21 пациент (72,41% от оперированных); резекция дивертикула с участком подвздошной кишки и наложение межкишечного анастомоза «конец в конец» – 4 пациента (13,8%); лапароскопическая дивертикулэктомия – 1 пациент (3,45%); резекция дивертикула с участком подвздошной кишки, илеостомия – 3 пациента (10,3%).

Выводы. Странгуляционная кишечная непроходимость на фоне дивертикула Меккеля – редкое, но крайне опасное осложнение, требующее экстренного хирургического вмешательства.

Диагностическая лапароскопия является высокоинформативным первым этапом при неясной картине «острого живота», позволяющим установить правильный диагноз и определить адекватную хирургическую тактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hansen, C. C. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century / C. C. Hansen, K. Søreide // *Medicine (Baltimore)*. – 2018. – Vol. 97, № 35. – P. e12154.
2. Дронов, А. Ф. Эндохирургия в лечении дивертикула Меккеля у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, С. Ю. Городков // *Детская хирургия*. – 2019. – Т. 23, № 2. – С. 68-72.