

**Самаль Е.О., Комина А.В.**

## **ОПАСНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА**

### **ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

**Научный руководитель: д-р. мед. наук, проф. Аверин В.И.**

*Кафедра детской хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,*

*ГУ «РНПЦ Детской хирургии», г. Минск*

**Актуальность.** За последние годы значительно возросло количество пациентов с инородными телами желудочно-кишечного тракта, которые требуют госпитального лечения. При этом в ряде случаев возникают осложнения, приводящие к летальным исходам или требующие сложных реконструктивных операций.

**Цель:** проанализировать эпидемиологию, клиническое течение, выбранные методы диагностики, а также обосновать лечебную тактику у пациентов с магнитными инородными телами в желудочно-кишечном тракте в Республике Беларусь.

**Материалы и методы.** Проанализированы и статистически обработаны 97 карт стационарного пациента с магнитными инородными телами находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ Детской хирургии» с ноября 2012 по апрель 2024 года.

**Результаты и их обсуждение.** С ноября 2012 года по январь 2024 года в РНПЦ детской хирургии находилось на лечении с магнитными инородными телами 97 детей, из которых 62% -- мальчики, 38% -- девочки. Возраст пациентов варьировался от 1 года 10 месяцев до 14 лет (средний возраст 6 лет 8 месяцев; мода—7 лет). В первые 6 часов поступило 56 пациентов (58%), до 12 часов—4 ребенка (4%), до суток—9 (9%), позже суток—28 детей (29%). С клиникой кишечной непроходимости поступило—6 пациентов (6%), жалобы на боль в животе—10 (11%), у 72 детей (83%) с магнитными инородными телами поводом для обращения в клинику явилось беспокойство родителей, заметивших факт глотания инородных тел, хотя жалобы и клинические проявления отсутствовали. Так как не всегда удается точно установить факт проглатывания, при подозрении на наличие ИТ в ЖКТ всем пациентам выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости в двух проекциях, при которой выявлялись одиночные или множественные (от 1 до 83) ИТ, однако не всегда удавалось точно определить их количество. Это определялось на операции. У 95(97.6%) пациентов наличие МИТ установлено на основании данных обзорной рентгенографии, а у 2 это была интраоперационная находка. При ФГДС МИТ удалены из пищевода и желудка у 24 детей (28%), при колоноскопии из купола слепой кишки у 4 пациентов (5%), у 43 пострадавших (49%) МИТ вышли самостоятельно, из них у 11 детей были плоские МИТ, у 16 детей (18%) развились различные осложнения потребовавшие лапароскопии или лапаротомии. Перфорация пищевода наблюдалась у 2 детей, которым было выполнено ушивание пищевода и фундопликация по Ниссену. У 7 пациентов наблюдались множественные перфорации тонкой кишки и перфорация пищевода, им было выполнено ушивание пищевода с фундопликацией по Ниссену и ушивание перфораций тонкой кишки. Межкишечные свищи были обнаружены у 9 пациентов, из них у 4 произведено ушивание мест перфорации, у 4—выполнена резекция кишки с межкишечным анастомозом конец в конец, у 1—выведена илеостома.

**Выводы.** Пациенты с ИТ пищевода должны госпитализироваться в хирургический стационар. Пациенты с опасными ИТ должны госпитализироваться и наблюдаться в хирургическом стационаре. Опасные ИТ могут вызывать жизнеугрожающие осложнения: перфорации, межкишечные свищи, непроходимость ЖКТ.