

дящие в состав сложных однокомпонентных терминов (гид-РНК и др.). В русскоязычной терминологии МКД выявлены термины-фразеологизмы (естественные киллеры, метод «висящей капли», частица-убийца и др.)

Выводы. Таким образом, структурно русскоязычные термины МКД представлены как одно- и многокомпонентные, при доминировании последних. Среди однокомпонентных терминов преобладают термины с производной основой, при этом наиболее частотным терминообразующим элементом простых терминов является суффикс. Многокомпонентные термины представлены, главным образом двухкомпонентными терминами при использовании частотных моделей Adj←N, N←N и N→N. Аббревиация в терминологии МКД представлена, в основном, в форме инициальных аббревиатур. Отмечены случаи фразеологической номинации, на основе метафорического переосмысления общеупотребительных слов.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

Полягошко А.Ю., Шейбак Л.В., Бондарева П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Шейбак В.М.

Актуальность. В последние годы наблюдается увеличение деструктивных форм панкреатита, в том числе у детей. Считают, что эта тенденция связана с ухудшением экологической ситуации, изменением питания. Однако относительная редкость патологии ведёт к поздней диагностике и выбору неверной тактики лечения.

Цель исследования: анализ клинической картины, особенностей диагностики и лечения детей с острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Был проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов Гродненской областной детской больницы с острым деструктивным панкреатитом, в период с 2009 по 2014 гг.

Результаты. За это время на лечении находились 3 пациента с деструктивными формами острого панкреатита. В 2009 г. - один мальчик: 2 года 5 месяцев и две девочки: 15 лет, 9 лет. Из них двое пациентов жители села, один – житель города. Были выставлены следующие диагнозы: острый геморрагический панкреатит; острый тотальный панкреонекроз; острый панкреатит, субтотальный панкреонекроз, соответственно. Двое имели осложнения: острый геморрагический перитонит, ССВО, синдром полиорганной недостаточности, парапанкреатит, ОРДС, токсический гепатит, парез кишечника 2 степени. Кроме того, имелись сопутствующие заболевания: анемия, ОРВИ, ЖКБ, пневмония, олигофрения и пневмоторакс. Срок лечения в стационаре составил 15, 100 и 75 дней. Жалобы: вялость, боль в эпигастральной области и рвота – отмечались у всех пациентов, в одном случае многократная рвота, с примесью крови; жидкий стул – у двух пациентов; кроме этого, в одном случае наблюдалось повышение температуры тела. Двое пациентов имели повышенные показатели амилазы крови: 367 и 783 Ед/л; у третьего данный показатель был в норме – 35-60 Ед/л. У всех пациентов наблюдалось повышение диастазы в моче: от 1665 до 3232 Ед/л; также всем было определено содержание диаста-

зы в брюшной полости: у двоих пациентов данный показателя был повышен – 1041 и 4036 Ед/л. Снижение гемоглобина наблюдалось у двух пациентов: 73 и 103 Г/л. Кроме того у всех пациентов наблюдалось повышение СРБ, АсАТ, АлАТ. Всем пациентам было проведено УЗИ органов брюшной полости: визуализировались изменения поджелудочной железы. МРТ и КТ-исследования были выполнены двум пациентам, с помощью которых четко визуализируется распространенность патологического процесса. При лечении панкреонекроза все пациенты получали инфузионную и антибактериальную терапию. Все пациенты получали антиферментную терапию. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение: лапароскопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки; кроме этого, одному пациенту были выполнены следующие оперативные вмешательства: релапаротомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства; другому – релапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинного пространства. Средний койко-день составил 63 дня. Все дети были выписаны с улучшением.

Выводы. Наблюдается рост заболеваемости деструктивными формами панкреатита. Современный метод визуализации (КТ, МРТ) даёт больше информации, чем ультразвуковое исследование, тем самым дополняя его. Целесообразен перевод детей с панкреонекрозом из районных больниц в специализированные детские хирургические отделения. Течение панкреонекроза требует этапных оперативных вмешательств.

Литература:

1. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. – 2009. – 736 с.
2. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. – 2009. – 1168с.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В СТРУКТУРЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ

Поплавская Е.И., Красько Ю.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель — асс. Кашевник Т.И.

Введение. Острые кишечные инфекции до настоящего времени остаются наиболее частой патологией детского возраста, уступая место лишь острым респираторным заболеваниям.

Цель исследования – изучить возрастную и этиологическую структуру острых кишечных инфекций, а также их место в структуре инфекционной патологии детского возраста.

Материалы и методы. Проанализирована инфекционная заболеваемость и этиологическая структура кишечных инфекций у детей Гродненской области по итогам работы инфекционного стационара за 2010 -2014 гг.

Результаты и обсуждение. Ежегодно в инфекционную больницу с диагнозом острый гастроэнтерит госпитализируется от 1,0 до 1,5 тысяч детей, что составило в 2010г. – 32%, в 2011г. – 30%, в 2012 г. – 29%, 2013 г. – 34%, в 2014 г. – 44 % от общего числа детей, поступивших в стационар с инфекцион-