

способности у мальчиков составил 5 единиц, у девочек — 6,5. У мальчиков отмечено равномерное и плавное снижение показателя для обеих конечностей, у 10-летних мальчиков он составил 0,5 единиц для правой и 1,5 единиц для левой руки. Для девочек отмечено некоторое замедление данного процесса. Так, с 6 до 8 лет уровень снижения работоспособности уменьшился на 3 единицы: составил 3,5 и 4,5 единиц для правой и левой конечностей соответственно. С 8 до 10 лет уменьшился на 1 единицу, что говорит о достаточно слабой динамике у девочек такого качества, как работоспособность мышц.

### **Выводы**

При измерении мышечной силы рук у детей было выявлено, что мышечная сила отчетливо нарастает у детей с возрастом. Правая рука сильнее левой, а мышечная сила у мальчиков больше, чем у девочек. Уровень работоспособности мышц так же увеличивается у детей с возрастом. Показатель снижения работоспособности с возрастом уменьшается, что говорит о том, что с возрастом дети становятся более выносливыми.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Прищепа, И. М. Возрастная анатомия и физиология: учеб. пособие / И. М. Прищепа. — Минск: Новое знание, 2006. — 416 с.
2. Усов, И. Н. Справочник участкового педиатра / И. Н. Усов. — Минск: Беларусь, 1991. — 639 с.
3. Нормальная физиология: руководство к проведению лабораторных работ / Н. А. Барбараш [и др.]. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 185 с.

**УДК 618.2/.3:616.346.2-002**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

*Грицкова А. С., Кардаш В. А.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш;  
ассистент кафедры Б. Б. Осипов**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Острый аппендицит (ОА) у беременных является одним из самых распространенных хирургических заболеваний [1]. Своевременная диагностика данного заболевания во время беременности крайне затруднительна, что связано с изменением топографии органов брюшной полости, гормонального и иммунологического баланса во время беременности, реакцией самого организма на течение острого воспалительного процесса [2, 3].

### **Цель**

Изучить особенности течения и диагностики ОА у беременных.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни беременных пациенток с диагнозом ОА в хирургических отделениях ГУЗ «ГТКБ № 3», ГУЗ «БСМП», ГУЗ «ГОКБ» за 2010–2015 гг. Изучали следующие показатели: возраст, срок беременности при выявлении ОА, сроки поступления беременных в хирургический стационар, клинические признаки (локальная боль, тошнота, рвота, температура), лечебно-диагностические мероприятия, а также течение послеоперационного периода и исход беременности после проведенной аппендэктомии.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ) для количественных признаков имеющих нормальное распределение, качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ( $p \pm s_p$  %). Статистические различия вычислялись с помощью критерия  $\chi^2$ . Статистически значимыми считали результаты при уровне  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Возраст беременных женщин при выявлении ОА составил от 18 до 42 лет ( $26,7 \pm 6,4$ ). У 11 (50 %) беременных ОА диагностирован во втором триместре, 6 ( $27,3 \pm 9,5$  %) случаев

в первом и 5 (22,7 ± 8,9 %) в третьем ( $\chi^2 = 3,5$ ,  $p = 0,05$  для третьего триместра). С начала появления первых признаков аппендицита 8 (36,4 ± 10,3 %) женщин поступило до 6 ч; в 14 (63,6 ± 10,3 %) случаях пациентки обратились спустя 6 ч ( $\chi^2 = 3,3$ ,  $p = 0,07$ ).

Клинические признаки ОА у беременных представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клиническая картина острого аппендицита у беременных женщин

Клинический признак	n (p ± s <sub>p</sub> %)
Боли внизу живота	7 (31,8 ± 9,9 %)
Боли в правой подвздошной области	15 (68,2 ± 9,9 %)*
Рвота	7 (31,8 ± 9,9 %)
Тошнота	8 (36,4 ± 10,3 %)
Повышение температуры	2 (9,1 ± 6,1 %)

\* Значимо чаще по сравнению с рвотой и болью внизу живота ( $\chi^2 = 4,5$ ,  $p = 0,035$ ).

Диагностические симптомы ОА у беременных представлены на рисунке 1.

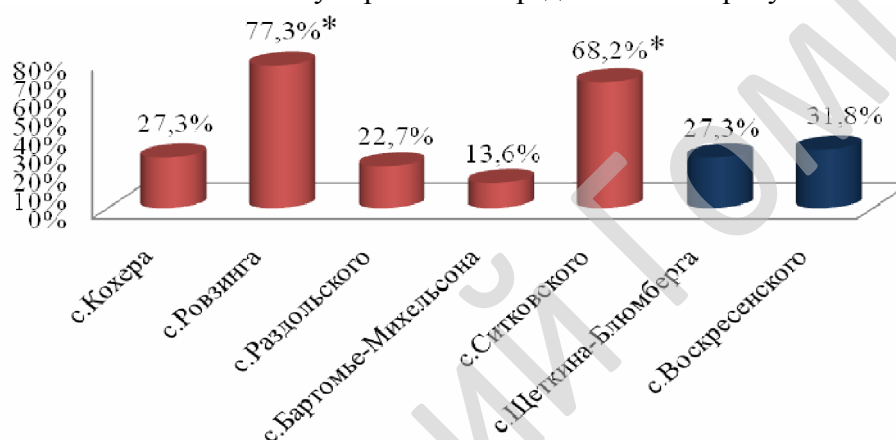


Рисунок 1 — Диагностические симптомы острого аппендицита

Примечание: \* Наиболее часто встречающиеся признаки (симптом Ровзинга  $\chi^2 = 16,9$ ,  $p < 0,0001$ , симптом Ситковского  $\chi^2 = 13,4$ ,  $p = 0,0002$ ).

У 13 (59,1 %) беременных единственным симптомом была боль внизу живота либо в правой подвздошной области, у 7 (31,8 %) женщин боль сочеталась с рвотой и тошнотой, в 2 (9,1 %) случаях сочетание тошноты и температуры. Лейкоцитоз наблюдался у 12 (54,5 ± 10,6 %) беременных, показатель в среднем составил  $19,6 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$ .

Для уточнения диагноза 9 (40,9 ± 10,5 %) беременным была выполнена диагностическая лапароскопия, 2 (9,1 ± 6,1 %) из которых завершили лапароскопической аппендэктомией. Типичная аппендэктомия выполнена 19 (86,7 % ± 7,3) беременным ( $\chi^2 = 20,5$ ,  $p < 0,0001$ ). У 1 (4,5 ± 4,4 %) пациентки в родах было произведено через нижнесрединный доступ, сначала кесарево сечение, затем аппендэктомия. Длительность аппендэктомии в среднем составила  $54,3 \pm 24,9$  мин. У 17 (77,3 %) женщин диагностирована флегмонозная форма аппендицита ( $\chi^2 = 11$ ,  $p = 0,0009$ ), у 4 (18,2 ± 8,2 %) — гангренозная форма и у 1 (4,5 ± 4,4 %) — катаральная форма.

Послеоперационные осложнения развились у 4 (18,2 ± 8,2 %) пациенток: ранняя спаечная кишечная непроходимость (1), диффузный перитонит (1), тифлит (1); у 1 одной пациентки через 5 дней после проведенной аппендэктомии произошло самопроизвольное прерывание беременности.

ОА и его оперативное лечение повлияли на течение беременности: у большинства женщин (81,8 %) беременность завершилась срочными родами ( $\chi^2 = 14,1$ ,  $p = 0,0002$ ).

### Выводы

1. У 50 % женщин ОА развился во II триместре беременности ( $p = 0,05$ ). Наиболее часто встречаемые симптомы: боль в правой подвздошной области ( $p = 0,03$ ), положительные симптомы Ровзинга (77,3 %;  $p < 0,0001$ ) и Ситковского (68,2 %;  $p = 0,0002$ ).

2. В 86,7 % случаев была произведена типичная аппендэктомия ( $p < 0,0001$ ), при гистологическом исследовании удаленного аппендикса у большинства женщин (77,3 %) диагностирована флегмонозная форма ОА ( $p = 0,0009$ ).

3. После проведенной аппендэктомии у 81,8 % женщин беременность завершилась срочными родами ( $p = 0,0002$ ).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беременность и острый аппендицит / А. Н. Стрижаков [и др.]. — М.: Династия, 2010. — С. 47–53.
2. Савельев, В. С. Острый аппендицит: руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев, Б. Д. Савчук. — М., 1986. — С. 110–170.
3. Национальное руководство «Акушерство» / под ред. Э. К. Айламазяна [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 678–679.

УДК 376.016:796-053.4 + 616.89

## ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

*Гришина Е. В.*

Научный руководитель: к.м.н. *В. Г. Калюжин*

Учреждение образования

«Белорусский государственный университет физической культуры»

г. Минск, Республика Беларусь

### *Введение*

По данным мировой и отечественной статистики число детей, имеющих различные речевые нарушения, с каждым годом увеличивается. В связи с этим особую актуальность приобретает коррекционно-воспитательная работа с дошкольниками, страдающими речевыми расстройствами [1, 2].

Физическое развитие человека тесно связано с функциональным состоянием организма — другой составной частью здоровья. В оценке функционального состояния детского организма, в определении его резервных возможностей, а также степени адаптации к различным факторам внешней среды особое внимание уделяется исследованию сердечно-сосудистой и дыхательной систем [3].

Обзор литературных источников показал, что практически отсутствуют специальные педагогические программы, направленные на совершенствование функционального состояния детей с тяжелыми нарушениями речи средствами адаптивной физической культуры, которые могли бы параллельно с логопедами воздействовать на основную патологию ребенка.

Таким образом, проблема является актуальной и не до конца методологически разработанной, что послужило основой для проведения данного исследования.

### *Цель*

Изучить функциональное состояние дошкольников с тяжелыми нарушениями речи и их здоровых сверстников без данной патологии.

### *Материал и методы исследования*

Исследование проводилось на базе ГУО «Специальный ясли-сад № 25 г. Витебска «Родничок» компенсирующего типа для детей с тяжелыми нарушениями речи и нарушениями опорно-двигательного аппарата» и на базе ГУО «Ясли-сад РУП «Витебскэнерго».

Всего в исследовании приняло участие 40 детей.

- 1-я группа: 20 детей (16 мальчиков и 4 девочки) 6–7 лет с диагнозами общее недоразвитие речи различных уровней, дизартрия, моторная алалия, закрытая ринолалия, задержка речевого развития;

- 2-я группа: 20 дошкольников 6–7 лет (12 мальчиков и 8 девочек).

С целью определения динамики развития функции дыхательной системы нами был разработан комплекс контрольно-педагогических испытаний для детей, который включил в себя пробы с задержкой дыхания, пробы с ротовым выдохом и пробы на развитие речевого дыхания.