

но с данным видом спорта. У группы обследуемых людей, которые профессионально занимаются фигурным катанием, также наблюдались незначительные отклонения в объеме движений в коленном (75%) и локтевом суставе (25%). А вот в голеностопном суставе наблюдались как незначительные отклонения (8%), так и гипермобильность (15%), что связано с наличием травм в анамнезе. Сравнив все данные, можно сделать вывод, что влияние того или иного вида спорта проявляется прежде всего в различном уровне развития подвижности в отдельных суставах. Это обусловлено характером спортивной деятельности и особенностью участия определенного сустава в вовлеченность того или иного вида спорта.

Заключение: По результатам проведенной исследовательской работы можно сделать вывод, что спорт влияет на функциональные возможности суставов. Следует отметить, что подвижность в суставах не одинакова у представителей различных видов спорта. Так например, подвижность локтевого сустава ухудшается при занятиях каратэ в сравнении с контрольной группой людей, не занимающихся спортом. А подвижность голеностопного сустава ухудшается при занятиях каратэ и фигурным катанием.

Сопоставление полученных в исследованиях данных показывает, что влияние того или иного вида спорта проявляется прежде всего в различном уровне развития подвижности в отдельных суставах. Это обусловлено характером спортивной деятельности и специфики участия определенного сустава в основных двигательных актах каждого вида спорта. Следует особо подчеркнуть необходимость правильного сочетания в тренировочном цикле упражнений на растягивание и силу. Важно не только максимально полно развивать отдельно силу и подвижность, но и постоянно проводить их соответствие между собой.

Но также следует сказать о подвижности коленного и лучезапястного сустава в сравнении с контрольной группой – она одинакова и соразмерна, что можно связать с неопределенностью измерений.

В заключении можно добавить, что стаж занятий спортом на подвижность в суставах не влияет. Статистическая обработка данных подтверждает данный вывод. Коэффициенты корреляции низкие, менее 1.

Список литературы

1. Физкультура для всей семьи / Сост. Т.В. Козлова; Т.А. Рябухина. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 463 с.
2. https://aupam.ru/pages/medizina/reab_ruk_rbsdn_t1/page_05.htm.
3. <http://easymedicine.ru/opredelenie-obema-dvizhenie-v-sustavax.html>.
4. <http://www.rusmedserv.com/orthopaedics/book/main6.htm>.
5. https://studbooks.net/71498/meditsina/opredelenie_obema_dvizheniy_sustavah.

БОРЬБА С ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛЬЮ В ЗУБОТЕХНИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Заводчиков Т.Н.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Колледж, Волгоград,
e-mail: elenadanik@yandex.ru*

В каждом производственном помещении зуботехнической лаборатории имеются определенные вредности. Они связаны с загрязнением воздуха разнообразными химическими веществами в виде пыли, паров и газов, среди которых имеются токсические (ртуть, кадмий, свинец, окись углерода, кислоты и щелочи, двуокись кремния, акрилаты и т.д.) и другие вещества, влияние которых на организм работающих до сих пор остается невыясненным.

В условиях зуботехнического производства выделение пыли связано с процессом обработки металлических, пластмассовых и керамических зубных протезов, а так же при работе с гипсом.

Производственная пыль остается серьезной проблемой в зуботехническом производстве. Поэтому необходимо уделять значительное внимание мерам борьбы с этим фактором производственной среды зубных техников.

Большое значение в борьбе с промышленной пылью имеет вентиляция, различные виды воздухообмена в помещениях, в результате которого загрязненный воздух удаляется и заменяется чистым. В основных рабочих помещениях преимущественно применяется вытяжная вентиляция с естественным притоком воздуха, а так же может быть использована приточная вентиляция. В специальных комнатах устанавливается только вытяжная вентиляция, чтобы исключить возможность проникновения воздуха из этих помещений в основные комнаты. Вентиляционная система должна быть спроектирована специально для конкретной лаборатории.

В зуботехнической лаборатории невозможно избежать образования пыли. Однако содержание ее в воздухе можно значительно сократить. Во-первых, при работе на быстровращающихся машинах необходимо пользоваться местными вытяжными устройствами, которыми оборудован стол зубного техника, а так же использовать защитные кофты. Во-вторых, защищать органы дыхания специальными масками, а органы зрения маской – щитком или очками с небьющими стеклами.

Понимание степени воздействия опасности и стратегии для сведения к минимуму последствий профессиональных опасностей и рисков необходимо учитывать для безопасной работы.

Список литературы

1. Ким И.Д., Лаптева Е.А., Чеканин И.М. Химические факторы производственной среды зуботехнической лаборатории // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 4-1. С. 102-102а.

2. Лаптева Е.А. Физиолого-гигиенические особенности трудовой деятельности зубных техников в стоматологических поликлиниках г. Волгограда // Материалы 62-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых ВолГМУ. – Волгоград, 19–23 апреля 2004. – С. 52.

3. Пыль в зуботехнической лаборатории – угроза здоровью персонала / Перев. с нем. О.Е. Друбская // Dental Lab. – 2004.

4. Чеканин И.М., Доника А.Д., Калинин Е.И., Лаптева Е.А. Личностные профессиональные компетенции специалиста со средним медицинским образованием // Наука, образование, общество. 2017. № 1 (11). С. 132-139.

ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРИТОНИТА

Зязева И.П., Ощепкова С.Ю., Ганеева Е.Р.

*ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А. Вагнера, Пермь,
e-mail: ir.z99@mail.ru*

Несмотря на то, что проблема перитонита существует уже несколько веков, она до сих пор остается наиболее острой в современной абдоминальной хирургии. Главную роль в патогенезе данного осложнения играют микробный фактор и интоксикация. Тяжесть течения перитонита во многом зависит от общего числа микроорганизмов, их вирулентности и состояния реактивности макроорганизма. Актуальность темы патогенеза воспаления брюшины обусловлена тяжестью лечения, высокой частотой этого осложнения и летальностью. В данном исследовании основной целью было провести литературный обзор зарубежных и отечественных источников, освещающих взгляды учёных и хирургов на проблему перитонита в современной медицине, в частности его этиопатогенетических основ. Была выполнена статистическая работа с базой пациентов ГКБ № 4 г. Перми для изучения важных аспектов течения данного заболевания.

Несмотря на то, что проблема перитонита существует уже несколько веков, она до сих пор остается наиболее острой в современной абдоминальной хирургии. Бакулев А.Н. в свое время назвал перитонит «нестареющей проблемой хирургии». Актуальность темы патогенеза перитонита обусловлена высокой частотой этого осложнения и летальностью. При распространенных формах перитонита (60%) средняя летальность составляет 25-30%. Она резко возрастает в терминальную стадию заболевания, достигая 50-70%.

Цель: Провести литературный обзор зарубежных и отечественных источников, освещающих взгляды учёных и хирургов на проблему перитонита в современной медицине, в частности его патогенетических основ, и статистическая работа с базой пациентов ГКБ № 4 г. Перми для изучения важных аспектов течения данного заболевания.

Задачи:

1. Теоретический анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме патофизиологических основ перитонита;

2. Статистическая обработка данных историй болезни пациентов с различными заболеваниями и травмами, осложненными вторичным перитонитом;

3. Получение и обобщение результатов статистической обработки;

4. Формулирование выводов.

Перитонит – воспаление париетальной и висцеральной брюшины, наиболее частое и опасное осложнение острых хирургических, гинекологических заболеваний и повреждений органов брюшной полости и оперативных вмешательств на них. Воспаление брюшины нередко сопровождается выраженной интоксикацией и значительными нарушениями гомеостаза. В течение короткого времени перитонит приводит к серьезному, часто необратимому поражению жизненно важных органов и систем [3]. Наиболее часто перитонит является следствием или этапом развития многих хирургических заболеваний органов брюшной полости и травм органов живота [1]. Различные патологические процессы: воспаление аппендикса или желчного пузыря, деструктивные процессы в поджелудочной железе, перфоративная язва желудка и ДПК, распадающиеся опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), кишечная непроходимость, а также гнойно-воспалительные гинекологические заболевания могут явиться причинами перитонита [2].

В патогенезе перитонита важную роль играют гомеостатические расстройства организма. Нарушения аутолитического и метаболического характера могут взаимно усугублять друг друга, что, в конце концов, приводит к различным патологиям сердечно-сосудистой системы, печени, почек и других жизненно важных органов [5].

Начальная стадия перитонита характеризуется гиперемией брюшины и формированием на ней фибриновых скоплений, которые являются излюбленным местом накопления микробной флоры. Самое опасное в патогенезе перитонита – интоксикация, которая обусловлена воздействием токсинов бактерий, тканевых протеаз, биогенных аминов. Увеличивая проницаемость капилляров, токсические вещества приводят к формированию воспалительного экссудата. В некоторых случаях потери жидкости достигают 7 – 8 литров, что составляет почти половину от всей внеклеточной жидкости организма. Это происходит за счет перемещения жидкости в органы, а также депонирования и секвестрации в сосудах брюшной полости [3].

Большую роль в патогенезе перитонита играет гиповолемия, развитию которой способствует нарушение микроциркуляции. Последующее нарастание интоксикации при перитоните и увеличение белковых потерь приводят к углублению микроциркуляторных нарушений. Этому также способствуют агрегация клеток крови, тромбообразование в кровеносных сосудах и