

В санатории «Урал» проходят курс реабилитации лица, принимавшие участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Среди общего числа ликвидаторов за последние три года наблюдается снижение уровня соматических больных с 82,9% до 56,4% и соответственно рост неврологических больных с 17,1% до 43,6%. По классам заболеваний неврологические больные-ликвидаторы распределились следующим образом: заболевания костно-мышечной системы с преимущественным поражением межпозвонковых дисков (88,2%), психические больные с невротическими расстройствами различных видов (11,8%). Среди невротиков преобладали астено-депрессивный и астено-ипохондрический синдромы, вегето-сосудистые нарушения и гипер- и гипотензивному типу. Наличие нервных заболеваний и пограничных состояний объясняется не столько прямым воздействием радиации, сколько наличием хронического стресса.

Экспериментальное изучение особенностей репаративной регенерации костей таза при моделировании повреждений ацетабулярной области с применением аппарата внешней конструкции

Т.А. Силантьева, И.В. Борисов, К.П. Кирсанов

ГУН Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А. Илизарова, г. Курган, Россия

На модели поперечного внутрисуставного перелома вертлужной впадины с центральным смещением ее фрагментов изучены морфологические особенности формирования регенерата, состояния тазовой кости и хряща суставной поверхности при заживлении переломов без фиксации костных отломков, а также в условиях фиксации аппаратом спице-стержневого типа. Моделирование перелома тазовой кости в ацетабулярной области произведено на 22 взрослых беспородных собаках. Во всех случаях получена стандартная картина с повреждением вертлужной впадины после выполнения поперечной остеотомии. Животных выводили из опыта через 14, 28, 42, 72, 132 и 222 дня после операции. Использованы экспериментальный, рентгенологический и гистологический методы исследования.

При заживлении переломов тазовых костей с повреждением вертлужной впадины без фиксации отломков на всем протяжении эксперимента отмечали смещение фрагментов тазовой кости относительно друг друга. Через 28 дней после оперативного вмешательства наблюдали фиброзно-хрящевое сращение перелома; полное костное сращение формировалось спустя 7,5 месяцев после операции, при этом были отмечены значительные

изменения формы и размеров тазовой кости. В серии с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации для стабилизации костей таза через 28 дней после операции отмечали фиброзно-хрящевое либо костно-фиброзное сращение перелома, сроки формирования костного сращения составляли около 2,5 месяцев. Отдаленные результаты не выявляли каких-либо рентгенологических изменений анатомических структур таза. При изучении гистологического строения хрящевой ткани суставной поверхности вертлужной впадины в обеих сериях выявлены дистрофические изменения, прогрессирующие с увеличением срока наблюдения. Это позволило сделать вывод об отсутствии оптимальных условий для регенерации гиалинового хряща при заживлении внутрисуставных переломов тазовой кости в данном эксперименте.

Проблемы адаптации и критерии здоровья

Ю.В.Высочин, Ю.В.Гордеев, Ю.П.Денисенко

Санкт-Петербургская государственная академия физической культуры
им.П.Ф.Лесгафта, г. Санкт-Петербург
Камский государственный институт физической культуры,
г.Набережные Челны

В едином, непрерывном процессе адаптации выделяются две основные стадии или фазы. Первая из них - это срочные адаптационные реакции или первичные реакции, возникающие непосредственно в ответ на воздействие того или иного раздражителя и сопровождающиеся более или менее выраженными метаболическими и функциональными сдвигами, которые после прекращения действия раздражителя в течение нескольких минут или часов, проходя ряд фаз, возвращаются к исходному или близкому к исходному уровню. Быстро возникающие срочные адаптационные реакции -это реакции, для осуществления которых в организме имеются готовые вполне сформировавшиеся в процессе онтогенеза механизмы.

Долговременная адаптация, представляющая собой вторую стадию адаптационного процесса отличается существенными морфологическими перестройками различных тканей, органов и систем, которые обеспечивают расширение функциональных возможностей организма и повышение его устойчивости к неблагоприятным воздействиям окружающей среды.

Исходя из этого, нам представляется вполне обоснованным выделение адаптируемости (приспособляемости, или способности к адаптации), определяемой, в свою очередь, мощностью физиологических механизмов сроч-