

надколенника книзу до бугристости большеберцовой кости. Выделяем и берем на держалку собственную связку надколенника. Шилом формируем поперечный канал в большеберцовой кости. Голень переразгибаем в коленном суставе до максимально возможной величины, через канал проводим прочную лавсановую нить, концы ее фиксируем к фиброзной капсуле коленного сустава для временного удержания голени в заданном положении. Ниже суставной щели и выше крепления собственной связки надколенника остеотомом рассекаем большеберцовую кость в поперечной плоскости. Лавсановую нить рассекаем и удаляем, дистальный фрагмент отклоняем кзади до положения конечности в коленном суставе под углом 180° и оттягиваем книзу. В образовавшуюся между фрагментами щель внедряем костный аллотрансплантат трапециевидной формы.

Второй разрез кожи производим по наружной поверхности коленного сустава, третий — по внутренней. Сверлом формируем два поперечных канала; на бедре через центр мышелков, на большеберцовой кости — ближе к задней

поверхности субкортикально. Через каналы проводим крупноячеистую лавсановую ленту шириной 20 мм. Концы ленты связываем между собой, дополнительно фиксируем швами. На мягкие ткани и кожу накладываем швы, а также гипсовый «сапожок» от кончиков пальцев до ягодичной складки на 10—12 недель.

По предложенному способу было прооперировано 4 человека: у 3 из них результат оказался положительным, у одного больного наступил рецидив деформации из-за осложнения — нагноения раны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцев Б., Конфорты Б., Чоканов К. // Оперативная ортопедия и травматология. — София, 1962.
2. Евстропов А. П. // Ортопед. травматол. — 1955. — № 3. — С. 12—15.
3. Краснов А. Ф. // Ортопед. травматол. — 1959. — № 8. — С. 56—59.
4. Краснов А. Ф., Чернов А. П. // Ортопед. травматол. — 1987. — № 12. — С. 12—16.
5. Мовшович И. А. // Оперативная ортопедия. — М., Медицина, 1983.
6. Чернов А. П. // Ортопед. травматол. — 1969. — № 5. — С. 55—60.

Поступила 28.08.90.

УДК 618.3—06:616.62—003.7

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ БЕРЕМЕННОСТЬ ФАКТОРОМ РИСКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ?

А. М. Погосян, Е. В. Шевцова

Кафедра поликлинической терапии (и. о. зав. — доц. А. М. Погосян)
Северо-Осетинского медицинского института, Владикавказ

Реферат. В моче беременных женщин обнаружено сравнительно высокое содержание кремния, которое повышает коллоидальные свойства мочи и препятствует выпадению в осадок ингредиентов мочевых камней (уратов, фосфатов, оксалатов). Вместе с тем известно, что во время беременности появляются и нарастают в своей интенсивности такие факторы, которые способствуют камнеобразованию в мочевых путях — стаз мочи, инфекция мочевых путей, сдвиги в электролитном обмене. Аналогичная ситуация наблюдается и у больных силикозом, у которых также отмечается высокое содержание кремния в моче, но оно не достигает таких величин, как у беременных. По той же причине больные силикозом редко заболевают мочекаменной болезнью. С увеличением числа беременностей риск заболевания уролитиазом не возрастает.

Ключевые слова: беременность, мочекаменная болезнь, кремний.

Библиография: 11 названий.

В последние годы вопрос о значении беременности в камнеобразовании в мо-

чевых путях принял дискуссионный характер. Несколько лет тому назад вполне определенно утверждалось, что беременность не предрасполагает к развитию мочекаменной болезни, а лишь способствует ее выявлению [4, 6]. В то же время известно, что в периоде беременности возникает и интенсифицируется ряд факторов, которые в обычных условиях почти неотвратимо приводят к камнеобразованию в мочевых путях. К их числу относится стаз мочи, вызванный гормональным дисбалансом и механическим воздействием со стороны растущей матки [1, 9]. Камнеобразованию в мочевых путях в равной мере должны бы способствовать и воспалительные поражения мочевых путей, свойственные беременности. В частности, в работе Ю. А. Пытеля и И. И. Золотарева

[5] было показано, что «благоприятные условия для пиелонефрита возникают уже в ранние сроки беременности». По данным М. М. Шехтман и соавт. [10], «самое частое заболевание почек во время беременности — пиелонефрит, его диагностируют у 3—10% беременных».

Принимая во внимание наличие у беременных сочетания двух факторов риска, предрасполагающих к образованию камней в мочевых путях, некоторые исследователи утверждают, что беременность приводит к учащению случаев уролитиаза у женщин. Сторонниками этой концепции являются А. Л. Шабад и соавт. [7, 8], которые вместе с тем замечают, что «лишь немногие авторы признают, что беременность способствует камнеобразованию в почках».

Если исходить из такой предпосылки, что беременность является фактором риска камнеобразования в мочевых путях, то следовало бы ожидать, что в связи с многократным повторением этого риска и повторными беременностями заболеваемость уролитиазом у многорожавших должна быть заметно выше, чем у женщин, имевших 1—2 беременности. Однако подобная закономерность не была до сих пор зафиксирована ни одним автором, интересующимся этой проблемой. По данным М. М. Шехтман [11], основанным на большом материале, уролитиаз встречается у 0,1—0,12% беременных, что не превышает заболеваемость мочекаменной болезнью в общей популяции.

С целью изучения данного вопроса нами были проанализированы истории родов 8701 беременной, из которых 4059 были жительницами Чечено-Ингушской АССР и 4642 — Северо-Осетинской АССР. Следует отметить, что обе республики относятся к регионам с высоким напряжением эндемии мочекаменной болезни. Из общего числа беременных 2591 имела 3 и более беременности, однако только у 2 из них была диагностирована мочекаменная болезнь, проявления которой были отмечены еще до первой беременности.

По данным Министерства социального обеспечения Северо-Осетинской АССР, на конец 1986 г. по всем районам республики на учете состояли 410 многодетных матерей, получавших пособия по многодетности. Из них у 235

матерей было 5 беременностей, у 85—6, у 45—7, у 25—8, у 9—9, у 11—10, однако ни у одной из женщин не было обнаружено уролитиаза. Кроме того, под нашим наблюдением находились 2 матери, одна из которых имела 15, а другая — 16 детей, но и у них не было выявлено признаков мочекаменной болезни.

Таким образом, наличие у беременных факторов, определенно предрасполагающих к мочекаменной болезни и низкая при этом частота заболеваемости уролитиазом требуют своего объяснения. В связи с этим представляет интерес работа В. Ф. Хоменко [6], который связывает появление в моче беременных защитных коллоидов, препятствующих выпадению кристаллоидов в осадок, с повышенной проницаемостью капилляров почечных клубочков. М. М. Шехтман и соавт. [10] также считают, что «беременность сопровождается повышением коллоидальной активности мочи».

При изучении микроэлементного спектра мочи у больных мочекаменной болезнью одним из нас [3] было обращено внимание на то, что тяжелое рецидивирующее течение данного заболевания наблюдалось у тех больных, в моче которых содержание кремния было очень низким. Эти лица были обозначены нами как хронические камнеобразователи. Содержание кремния в моче составляло у них от 0,01 до 0,06% на золу. Исследование кремния в моче беременных выявило значительное его повышение по сравнению с показателями, полученными при аналогичном обследовании здоровых людей контрольной группы (в среднем 0,14—0,16% на золу).

Следует отметить, что содержание кремния в моче беременных оказалось более высоким, чем у больных силикозом, которые также были обследованы с целью сравнения указанных величин.

Следующим этапом исследований было изучение в эксперименте влияния водорастворимых соединений кремния на выпадение в осадок ингредиентов мочевых камней. С этой целью были использованы этилсиликат натрия и метилсиликат натрия, имеющие следующие химические формулы: $\text{HO}[\text{C}_2\text{H}_5\text{Si}(\text{ONa})\text{O}]_n\text{H}$ и $\text{HO}[\text{CH}_3\text{Si}(\text{ONa})\text{O}]_n\text{H}$.

Данные соединения характеризуются

щелочной реакцией и плотностью от 1,7 до 1,21 г/см³. Две—три капли одного из них добавляли к 10 мл свежевыпущенной мочи и через 3—4 ч после центрифугирования исследовали ее осадок под микроскопом. Было проведено 200 таких опытов. В пробирках, в которых добавляли одно из соединений кремния, осадка мочевых солей, как правило, не было, в то время как в контрольных пробирках постоянно обнаруживались кристаллы уратов, фосфатов или оксалатов. На дне пробирки, куда добавляли соединения кремния, обычно оседало небольшое количество облаковидного коллоида.

В последующей серии опытов наряду с кремнием были использованы для сравнения и другие микроэлементы: 5% раствор сернокислого железа, 5% раствор сернокислого цинка, 5% раствор сернокислой меди, 5% раствор бромистого стронция и 5% раствор азотно-кислого алюминия. Как и в предыдущих опытах, к 10 мл мочи прибавляли по 2—3 капли указанных растворов. Всего было проведено 50 пробных исследований, которые совершенно определенно показали значительную активность перечисленных микроэлементов: в отличие от контроля они, как правило, способствовали выпадению в осадок компонентов мочевых камней.

Представлялось важным выяснение поведения кристаллоидов мочи беременных при добавлении к ней указанных выше микроэлементов. Данная серия опытов привела нас к выводу, что высокое содержание кремния в моче беременных препятствует выпадению в осадок кристаллоидов мочи и тем самым образованию камней в мочевых путях.

Интересно, что у больных силикозом

при сравнительно высоком содержании кремния в моче (несколько меньше, чем в моче беременных [2]), наблюдалась очень низкая заболеваемость уролитиазом.

ВЫВОДЫ

1. Беременность не является фактором риска мочекаменной болезни: с увеличением числа беременностей заболеваемость мочекаменной болезнью не возрастает.

2. В моче беременных женщин постоянно определяется высокое содержание кремния, что повышает ее коллоидальные свойства.

3. Больные силикозом крайне редко заболевают мочекаменной болезнью вследствие изменений у них коллоидальных свойств мочи, обусловленных высоким содержанием в ней кремния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алетин Р. Р. // В кн.: Труды Ленинградского института усовершенствования врачей.— 1966.
2. Погосян А. М. // В кн.: Вопросы гигиены труда и профессиональной патологии в цветной металлургии.— Краснодар, 1975.
3. Погосян А. М. // В кн.: Патология органов мочеполовой системы.— Нальчик, 1981.
4. Пытель А. Я., Лопаткин Н. А. // Урология.— 1962.— № 3.— С. 23—28.
5. Пытель Ю. А., Золотарев И. И. // Сов. мед.— 1974.— № 11.— С. 22—28.
6. Хоменко В. Ф. // В кн.: Избранные вопросы акушерства и гинекологии.— Новокузнецк, 1967.— Т. 1.
7. Шабад А. Л. // Урол. и нефрол.— 1974.— № 6.— С. 20—25.
8. Шабад А. Л., Ненашева П. П., Поковкин Н. Н., Гуцук К. В. // Урол. и нефрол.— 1983.— № 6.— С. 41—44.
9. Шебанова В. А. // Урология.— 1962.— № 3.— С. 20—22.
10. Шехтман М. М., Ахтманова З. Н., Коротько Т. Г. // Тер. арх.— 1983.— № 7.— С. 146—152.
11. Шехтман М. М. // Экстрагенитальная патология и беременность.— Л., Медицина, 1987.

Поступила 28.06.89.

УДК 618.14—089.844

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

Л. А. Суслопаров, В. А. Лукин, Л. П. Жибура, Т. Б. Андреева

Кафедра акушерства и гинекологии санитарно-гигиенического факультета
(зав.— проф. Л. А. Суслопаров)
Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института

Реферат. Проведено оперативное лечение 97 больных с миомой матки и аномалиями ее развития. Использованы консервативная миомэктомия, высокая надвлагалищная ампутация, ампутация матки с пластикой эндометрия, операция Штрасс-

манна. В послеоперационном периоде применялись физиотерапевтические методы реабилитации, что позволило уменьшить послеоперационный период и восстановить репродуктивную и менструальную функцию у женщин.