

О ЗНАЧЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ УРОГРАФИИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Асс. А. Ф. Бурмистрова

Кафедра урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Для решения вопроса о сроках и способах оперативного вмешательства при аденоме простаты важно функциональное состояние почек, на что указывал еще В. И. Добротворский.

Вопросу функциональной диагностики почек при аденоме простаты посвящен ряд работ отечественных и зарубежных авторов (Л. С. Ерухимов, Н. В. Дунашев, А. А. Мидоян, В. М. Близнюк, А. А. Авдеев, Экман, Э. Губичка и др.).

Одним из методов функциональной диагностики почек при аденоме простаты является внутривенная урография, применяемая в урологической практике с начала 30-х годов и до настоящего времени.

Мнения авторов о диагностической ценности внутривенной урографии при аденоме простаты весьма разноречивы. Одни (Н. В. Дунашев, Л. И. Дунаевский, М. И. Лоскутов и др.) считают внутривенную урографию незаменимым дополнительным методом исследования функции почек, другие сводят ее роль к незначительному подсобному методу (А. П. Фрумкин, А. В. Айвазян, В. М. Близнюк, Т. М. Лазарев и др.).

Н. В. Дунашев считает, что внутривенная урография — наиболее ценный документальный метод, помогающий дать оценку другим почечным пробам в клинике и открывающий широкую возможность изучения функционального и анатомического состояния мочевых путей простатика. В большинстве случаев, по его данным, внутривенная урография идет параллельно с обычными функциональными пробами.

В. М. Близнюк отрицательно относится к рентгенологическим методам исследования функции почек при аденоме простаты, считая их потерей драгоценного времени, а Т. М. Лазарев отрицательно относится к внутривенной урографии, считая ее небезопасной.

М. И. Лоскутов отмечает необходимость производить внутривенную урографию между первым и вторым этапами аденомэктомии.

Экман применял внутривенную урографию с целью выявить расширение мочевых путей. Автор отметил расширение верхних мочевых путей при резко выраженных изменениях со стороны мочевого пузыря у 16 из 25, тогда как с менее выраженными изменениями в нижних отделах расширение верхних мочевых путей было только у 14 из 127 больных.

А. В. Айвазян считает внутривенную урографию не обязательной.

По мнению некоторых авторов (А. М. Гаспарян, У. Х. Ахмеджаев и др.), функция почек при аденоме простаты нарушается уже в первой стадии заболевания: понижается концентрационная способность, нарушается водовыделительная функция, развивается полиурия. Но внутривенная урография, произведенная в первой стадии, в большинстве случаев не выявляет изменений функции и тонуса верхних мочевых путей.

Нами предпринято исследование функции почек внутривенной урографией у 37 больных аденомой предстательной железы; из них в первой стадии заболевания — у 19, во второй — у 18.

В возрасте от 50 до 60 лет было 13 больных, от 61 до 70 — 17 и старше — 7.

Со сроком до одного года от появления первых симптомов аденомы простаты до поступления в клинику было 11 больных, до 2 лет — 5, до 3 — 7, до 5 — 7, до 10 — 7.

Количество остаточной мочи у больных во второй стадии заболевания колебалось от 200 до 500 мл у 17 больных и у одного остаточной мочи было 2500 мл.

Из 37 случаев только в 17 получено отчетливое изображение лоханок через 10 мин, в 10 — изображение только одной лоханки с выраженной цистогаммой, в 3 — неясное изображение лоханок и в 6 — отсутствие сергозина при выраженной цистогамме. В одном случае выявлено расширение мочеточников в юкставезикальной части при умеренной атонии лоханок.

Следовательно, судить о функции почек только на основании внутривенной урографии не всегда возможно. Отсюда — необходимость комплекса функциональных почечных проб для выявления степени нарушения почечной функции.

На основании полученных нами данных мы не можем согласиться с указанием Н. В. Дунашева о том, что внутривенная урография контролирует другие функциональные пробы.

Наши наблюдения показывают, что не всегда по данным внутривенной урографии возможно составить ясное представление о функции почек. При нормальных мочевых путях на внутривенной урограмме другие функциональные пробы свидетельствуют о нарушении их функции. Больше чем в половине случаев нами не получено совпадения внутривенной урографии с данными других функциональных почечных проб.

Таким образом, внутривенная урография при аденоме предстательной железы в большинстве случаев при ранних стадиях не выявляет изменений тонуса мочевой системы и, следовательно, не может служить основной пробой при решении вопроса об оперативном вмешательстве. Поэтому внутривенная урография может применяться лишь как дополнительный метод исследования функции почек у простатиков и притом лишь при отсутствии противопоказаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев А. А. Значение индиканемии и азотемии при урологических заболеваниях. Канд. дисс., М., 1954.
2. Ахмеджаев У. Х. К вопросу о гипертрофии предстательной железы. Канд. дисс., Фрунзе, 1956.
3. Айвазян А. В. Аденома предстательной железы. Смоленск, 1957.
4. Барсель В. А. Тез. докл. III Всесоюз. конф. урологов, Тбилиси, 1958.
5. Близнюк В. М. Хирургическое лечение аденомы предстательной железы у больных, леченных и не леченных синестролом. Канд. дисс., Свердловск, 1955.
6. Гаспарян А. М. и Портной А. С. Урология, 1955, 4.
7. Дунаевский Л. И. Аденома предстательной железы. М., 1959.
8. Дунашев Н. В. Внутривенная урография при гипертрофии простаты. Канд. дисс., М., 1941.
9. Ерухимов Л. С. Урология, 1959, 5.
10. Он же. Сб. тр. врачей Балашовской обл., посвящ. 40-летию Великой Окт. соц. революции. Балашов, 1957.
11. Лазарев Т. М. К вопросу о так называемой гипертрофии предстательной железы. Канд. дисс., Баку, 1946.
12. Лоскутов М. И. Тр. Смоленск. мед. ин-та, 1958, 9.
13. Мидоян А. А. Тез. докл. 5 конф. хир. Закавказья, 1957.
14. Голчан А. Б., Воробцов В. И. и Файнштейн Д. А. Урология, 1934, 1.
15. Турманидзе Н. П. К вопросу о гипертрофии предстательной железы. Канд. дисс., Тбилиси, 1952.
16. Анастасов А. Н., Тодоров И., Колев Н. и Аструг А. *Соврем. мед.*, 1953, 10, София.
17. Dr E. Hubička. *Rozhl. chir.*, 1957, 36, 5, Прага.
18. Екман. *Реф. мед. журнал*, раздел 2, 10, 1958.

Поступила 31 декабря 1959 г.

ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ВЫШЕ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЕЕ ЧАСТИ

Канд. мед. наук Ф. Ш. Шарафисламов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. — проф. Н. И. Комаров), 1-я кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин), кафедра патологической анатомии (зав. — доцент Н. А. Ибрагимова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Резекцию части среднего отдела нижней полой вены, находящейся между почечными и печеночными венами, приходится производить при врастании в нее опухолей из близлежащих органов и тканей. Так, например, опухоли почек в 13—15% случаев прорастают в стенку нижней полой вены (С. П. Федоров, Израэль и др.).