

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 уrogramме 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. Ахмеджайев 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 Все-союзн. 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 Г. 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. Топчан 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. Дг Е. Нубіцка. Rozhl. chir., 1957, 36, 5, Прага.—18. Екман п. 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.).

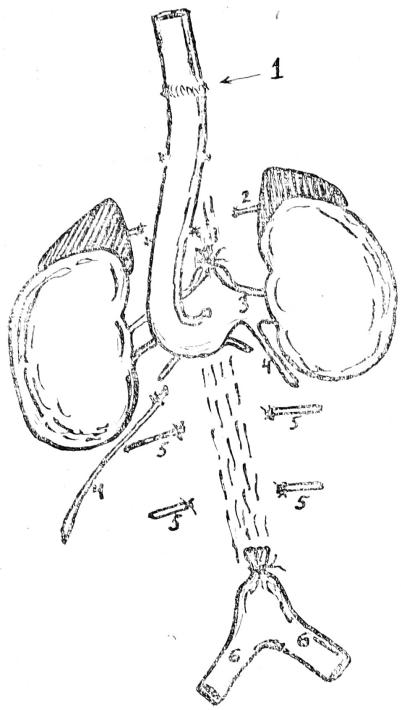


Рис. 1. 1 — место сосудистого шва; 2 — надпочечная вена; 3 — почечная вена; 4 — внутренняя семенниковая вена; 5 — поясничные вены; 6 — общая подвздошная вена.

При травмах или резекциях ствола нижней полой вены выше почечных вен и невозможности наложения кругового сосудистого шва стягиванием концов дефекта нами предлагается его аутопластика методом перемещения (рис. 1).

Дистальный конец дефекта нижней полой вены перевязывается, а на проксимальный накладывается сосудистый зажим. Далее, после предварительного лigationа над бифуркацией, нижняя полая вена рассекается, переворачивается вперед и сшивается с проксимальным концом дефекта вены. При этом все вены, впадающие в нижнюю полую вену ниже почечных вен (поясничные, правая внутренняя семенниковая), перевязываются и пересекаются. Отток крови из нижней конечности и органов малого таза теперь будет осуществляться по анастомозам, что, как правило, не ведет к резким нарушениям.

По этой методике проведены опыты на собаках. Со стороны мочи изменений, наблюдаемых после лigationа вены, не обнаружено.

Данную методику аутопластики нижней полой вены выше почечных вен мы и предлагаем клиницистам.

Поступила 7 октября 1961 г.

## К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛИТОВ

*И. Т. Мальцев, А. В. Плешакова, Ф. И. Шалагинова и Н. А. Гайдамак*

Омская железнодорожная клиническая больница  
(начальник — С. Ф. Мельник, научный консультант — действительный член АМН СССР проф. А. Ф. Билибин)

Среди заболеваний органов пищеварения хронические колиты различной этиологии встречаются наиболее часто.

Мы считаем, что каждый больной дизентерией потенциально болен колитом, а каждый больной колитом — потенциально болен дизентерией. Колит является не только прекрасным фоном для хронического дизентерийного процесса, но и условием рецидивов, супер- и реинфекции. Е. Б. Выгоднер, З. М. Андреева, М. Г. Каштанова показали, что даже в тех случаях, когда ни клиника, ни анамнез и вся медицинская документация не давали основания предполагать хроническую дизентерию, тем не менее она оказывалась этиологическим фактором у 92% больных, присланных к ним на лечение по поводу хронических колитов.

Не ставя знака равенства между всеми колитами и дизентерией, мы все же пришли к убеждению, что полное излечение хронической дизентерии без излечения хронического колита практически невозможно. Отсюда вытекает вся значимость диагностики и лечения хронических колитов как одного из обязательных условий для излечения и профилактики дизентерии.