

трубы исходит опухоль величиной  $6 \times 6$  см, плотной консистенции с участками распада. Опухоль расположена в маточно-пузырном углублении слева от средней линии, сращена с брюшинным покровом стенки мочевого пузыря, к этому же месту подходит салъник. Тазовая брюшина обсеменена метастатическими очажками величиной от горошины до фасоли.

Послеоперационный период протекал гладко.

Гистологически установлен сосочковый рак фаллопиевой трубы.

Выписана 26/V для амбулаторного курса глубокой рентгенотерапии.

В настоящее время состояние хорошее, получила 12000 р. Находится под наблюдением.

Поступила 8 мая 1961 г.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Асс. В. А. Сабурова, студенты С. П. Цветкова и И. А. Эрлянд (Казань)  
**Реакция связывания агара как метод диагностики рака**

В 1959 г. появилось сообщение венгерских исследователей Ксаба, Торо, Кисса и Яниковского (Мед. реф. ж., II, 1959, 1) о новом способе диагностики рака, основанном на том, что в крови раковых больных появляются мукополисахариды с высоким молекулярным весом, последние образуются в ходе разрушения барьера «гиалуроновая кислота — гепарин», что и удается выявить при помощи агара.

**Методика.** 2% раствор агара удельного веса 0,96—0,98 готовится при температуре 100°, после чего производится его фильтрование (фильтр предварительно смачивается теплым физ. раствором). Реакция производится в чашке Петри, в которую наливают слой жидкого агара толщиной 1,5—2 мм. После затвердения в нем делают углубления диаметром 6—7 мм. Кровь, взятую у больного, центрифугируют в течение 5 минут со скоростью 2500—3000 оборотов в минуту. Сыворотка должна быть прозрачной, без следов гемолиза. В пробирку наливают по 0,2 мл сыворотки и физиологического раствора и помещают на 30 мин в водяную баню при 56—57°. Через 30 мин в пробирку добавляют 0,2 мл агара, расплавленного при температуре 100°. После взбалтывания пробирки из нее пипеткой берут полученную смесь и вносят в заранее приготовленные углубления в агаре, находящемся в чашке Петри, помещают на 30 мин в холодильник при 2—4°, после чего и определяют результат реакции. Реакция считается положительной, если имеется выраженное помутнение агара вокруг отверстий, при слабом помутнении реакция считается сомнительной. При отрицательном результате агар остается прозрачным.

Нами произведена такая реакция у 142 больных, из них 61 страдал злокачественными новообразованиями (рак желудка — 28, пищевода — 8, кишок — 3, лимфатических желез шеи — 2, щитовидной железы — 2, грудной железы — 8, губы — 4, кожи лица — 4, поджелудочной железы — 2). Рак подтвержден на операции, с последующим гистологическим исследованием. В I стадии болезни было 6 человек, во II — 51, в III — 4.

Других хирургических больных было 56 (с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки — 16, хроническим аппендицитом — 29, облитерирующим энтеритом — 6, грыжей — 3, туберкулезным перитонитом — 1, парапроктитом — 1).

Для контроля обследовано 25 молодых здоровых лиц.

Реакция оказалась положительной у 86,8% раковых больных, у 12,5% хирургических больных и у 4% здоровых, что совпадает с материалом авторов реакции (2122 наблюдения).

Вопреки мнению С. Шилинские (Онкология, 1961, 1), отрицающего ценность данной реакции, мы считаем, что она может быть все же использована для диагностики рака.

**К. И. Яковлева (Казань). Тератома крестцово-копчиковой области у детей**

Среди целого ряда врожденных аномалий и уродств пресакральной области смешанная доброкачественная опухоль — тератома — занимает одно из первых мест.

Размер их — от куриного яйца до головы взрослого; располагаются обычно асимметрично, врастая в толщу ягодицы, смещая вниз и кпереди прямую кишку и заднепроходное отверстие. Тератома нередко комбинируется со *spina bifida*.

В детском отделении клиники им. А. В. Вишневского за 1950—1960 гг. находились на стационарном лечении по поводу тератомы крестцово-копчиковой области 6 детей и двое (4 и 7 лет) с тератомой яичка.