

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 сальник. 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 «гиалурионовая 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. Шилинской (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, вращая 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.

Мальчик был один, девочек — 5. В возрасте 1 мес. — 1 ребенок, от 7 мес. до 2 лет — 4, 12 лет — 1.

Опухоли у всех детей были громадных размеров и определялись с момента рождения. Несмотря на это, дети развивались нормально, и состояние их было удовлетворительным.

Четверо детей хорошо перенесли операцию, выписаны домой здоровыми, и в настоящее время самочувствие их хорошее.

Двое погибли на второй день после операции в результате двусторонней бронхопневмонии. У одного умершего было саркоматозное перерождение тератомы (без метастазов), у другого тератома комбинировалась со *spina bifida*.

Канд. мед. наук **М. Г. Мамиш** (Казань). **Изменения в иннервационном аппарате почечной лоханки и мочеточника при раковой болезни**

В. Ф. Лашков, исследуя нервные волокна и их окончания в надгортаннике у погибших от туберкулеза легких, пневмонии, рака желудка и рака легких, обнаружил отчетливо выраженные поражения нервных элементов. Л. Г. Сватко при раковой болезни нашла изменения иннервационного аппарата мышц гортани человека.

Нами предпринято исследование нервных элементов лоханки и мочеточника у лиц различных возрастов, умерших от злокачественных новообразований.

В качестве контроля мы производили исследование мочевыводящих путей у погибших от нарушения кровообращения III степени. Весь материал брался не позже 16 часов после смерти. Органы фиксировались в 12—13% растворе нейтрального формалина. Замороженные среды импрегнировались по способу Бильшовского в модификации Грос. После окраски кармалюном среды заключались в пихтовый бальзам. Толщина срезов колебалась в пределах от 30 до 90 микрон.

У погибших от нарушения кровообращения III степени мочеточник на всем своем протяжении содержит значительное количество нервных волокон, которые проходят во всех слоях его стенки, преимущественно в продольном направлении и местами образуют сложные сплетения. В краниальных отделах мочеточника встречаются залегающие в его адвентициальном слое нервные узлы, содержащие по 5—10 нервных мультиполярных клеток. Пучки нервных волокон соединяют эти узлы с нервным сплетением соединительнотканного слоя мочеточника.

При раке желудка, пищевода и легких обнаруживаются резкие изменения нервных волокон в виде зернистого распада осевых цилиндров, фрагментация миелина в виде отдельных вакуолизированных глыбок, иногда полного распада даже толстых стволов. Наряду с распавшимися волокнами, можно видеть проходящие в одних с ними пучках интактные волокна. Количественные соотношения дегенерировавших и интактных волокон по протяжению мочеточника одинаковы.

У контрольных лиц ветвящиеся пучки мякотных и безмякотных нервных волокон, образующих типичные сплетения, располагаются в толще всех слоев стенки лоханки. Наиболее богат нервными элементами адвентициальный слой. Пучки нервных волокон здесь толще, а самое сплетение гуще, чем в других слоях. Кроме того, здесь встречаются нервные узлы из 10—15 мультиполярных клеток. В мышечном слое нервные пучки состоят из 8—13 волокон, причем обычно мякотные и безмякотные волокна проходят рядом в составе одного и того же пучка. Отдельные нервные волокна, ответвляясь от этих пучков, отходят в сторону и могут быть иногда прослежены в мышечной ткани на значительном протяжении, теряясь в конце концов среди гладкомышечных волокон мускулярного слоя. В подслизистом слое чаще встречаются отдельные нервные волокна, количество которых здесь довольно значительно. Отдельные волокна можно проследить вплоть до эпителиального слоя слизистой.

При раке желудка, пищевода и легких во всех слоях почечной лоханки обнаруживаются изменения нервных волокон в виде зернистого распада осевых цилиндров и светлых вакуоль, иногда явления дегенерации становятся более резкими и имеют характер полного распада даже толстых нервных стволов.

Среди множества распавшихся волокон в одних с ними пучках пробегают немногочисленные интактные волокна.

Интенсивность поражения нервных элементов мочеточника и лоханки при указанных выше заболеваниях варьировала. Так, при раке желудка, пищевода и почек наиболее интенсивны поражения нервных элементов мочеточника и лоханки. При раке молочной железы и яичников мы находили сравнительно незначительные поражения нервных приборов мочеточника и лоханки.

Эта вариабильность в поражении нервных приборов мочеточника и лоханки заставляет отвергнуть предположение о том, что мы имеем дело с так называемыми агональными явлениями. Против этого предположения свидетельствует и тот факт, что мы не могли обнаружить никаких существенных изменений в нервных элементах лоханки и мочеточника у погибших от декомпенсации сердца.

На основании проделанных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Рак желудка, пищевода, почки, рак легких сопровождаются отчетливо выраженным поражением нервных элементов лоханки и мочеточника.