

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 кармалуном 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 краинальных 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 протяжении 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 вариабельность 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 сделанных исследований можно сделать следующие выводы:

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

2. Поражение нервных приборов мочеоточника и лоханки при всех указанных заболеваниях носит стандартный характер и представляет собой ряд явлений дегенеративного порядка.

Канд. мед. наук **Г. М. Николаев** (Казань). **Фагоцитарная активность лейкоцитов при язвенной болезни и раке желудка**

Н. В. Пучков и **Г. Г. Голодец** установили, что перфузионная жидкость, собранная во время раздражения симпатических нервов лягушки (симпатин), повышала фагоцитарную деятельность лейкоцитов крови, а собранная во время раздражения блуждающего нерва (ацетилхолин) — снижала. Эти данные позднее подтверждены другими исследователями (**С. М. Титова**, **Р. У. Липшиц**, **А. Д. Адо** с сотр. и др.).

Исследования по методике **Е. А. Кост** и **И. В. Стенко** фагоцитарной активности лейкоцитов крови проводились у 118 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и у 21 практически здорового человека. У большинства больных отмечались перигастриты, перидуодениты, стенозы привратника и двенадцатиперстной кишки, а также пенетрации в печень и поджелудочную железу. О степени фагоцитоза судили по фагоцитарному показателю. Материалом служила живая культура белого стафилококка. В мазке подсчитывалось количество микробов, захваченных 100 лейкоцитами. Среднее арифметическое чисел фагоцитарных показателей у здоровых лиц равно $9,34 \pm 0,35$, а у больных язвенной болезнью — $3,22 \pm 0,19$, то есть резкое падение.

У 17 больных раком желудка (подтвержденным гистологически после операции) среднее арифметическое чисел фагоцитарных показателей оказалось равным $5,8 \pm 0,68$, причем у 6 был в пределах 1,4—4,6, то есть как и у больных язвенной болезнью. У всех этих 6 больных раком желудка был типичный длительный (5—10 лет и более) язвенный анамнез, гипертрофический гастрит, обширный спаечный процесс.

Студ. **Г. К. Казьмина** (Казань). **Диагностическое значение уровня сиаловой кислоты при некоторых инфекционных заболеваниях и злокачественных новообразованиях желудочно-кишечного тракта**

Уровень сиаловой кислоты в сыворотке крови у 50 исследованных здоровых людей колебался от 0,100 до 0,185 ед. опт. пл., средняя величина — 0,130 ед., колебания от средней $\pm 0,020$. По нашим данным, у лиц в возрасте до 30 лет уровень сиаловой кислоты в большинстве случаев колеблется от 0,100 до 0,130 ед., а после 30 лет — от 0,130 до 0,185 ед.

У 5 больных сыпным тифом в разгар болезни (7—11 день) отмечено от 0,190 до 0,220 ед. со снижением до нормы к концу заболевания (к 17—21 дню болезни).

Значительно повышен уровень сиаловой кислоты при рожистом воспалении (15 чел.), особенно на высоте болезни (от 0,220 до 0,427).

При болезни Боткина (15 чел.) выраженных сдвигов мы не наблюдали.

В практической деятельности представляет затруднение дифференциальная диагностика болезни Боткина с механической желтухой, вызванной сдавлением желчевыводящих путей при раке головки поджелудочной железы или фатерова сосочка. Нами исследован уровень сиаловой кислоты у страдавших раком органов пищеварительного тракта, у которых мы констатировали высокий уровень сиаловой кислоты (от 0,250 до 0,360 ед.). Сравнивая уровень сиаловой кислоты у больных раком пищевода и желудка с уровнем сиаловой кислоты у больных раком головки поджелудочной железы или фатерова сосочка со сдавлением желчевыводящих путей и, соответственно, с развитием желтушного синдрома, разницы мы не наблюдали.

У 3 больных раком желудка, получавших лучевую терапию, количество сиаловой кислоты было в пределах нормы, что соответствует наблюдениям **Андерсона** и **Маклагана**.

Обработав наши данные методом дисперсионного анализа, мы отметили, что при болезни Боткина количество сиаловой кислоты остается в пределах нормы, при раке же головки поджелудочной железы или фатерова сосочка увеличивается в 2 раза. Этот факт дает возможность использовать его для дифференциальной диагностики болезни Боткина с механической желтухой опухолевого происхождения.

М. С. Тодорцева (Саратов). **Некоторые экспериментальные данные об этиологии фибромиом матки**

Учитывая большой интерес к выявлению роли нервной системы в процессах опухолевого роста и недостаточную изученность морфологических изменений в нервном аппарате новообразований, в нашей клинике (зав.— проф. **А. М. Фой**) с 1955 г. проводится работа по изучению влияния длительной гиперэстрогении на нервный аппарат матки в процессе развития в ней экспериментальных фибромиом. Опыты с длительным введением эстрогенных гормонов проведены на 120 некастрированных самках морских свинок весом от 150,0 до 250,0, которые были разделены на 4 группы.