

рациях по поводу нагноительных заболеваний с сопутствующим воспалением бронхиальной стенки, а также в неотложной хирургии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акинфиев А. В., Волкова Н. В., Хабидулина Д. А. // Грудная хир.—1976.— № 6.— С. 68—70.
2. Бартусевичене А. С. Оперированное легкое.— М., 1989.
3. Биргин С. Х., Рудин В. П. Способы закрытия культи бронха при резекциях легких.— М., 1990.
4. Вагнер Е. А., Ильчишин В. И. и др. Актуальные проблемы пластики в профилактике и лечении осложнений после операции на грудной клетке, органов средостения и легких: Тез. докл.— М., 1990.— С. 17—18.
5. Иванов В. А. // Вестн. хир.—1967.— № 11.— С. 50—57.
6. Колесников И. С. Резекции легких.— Л., 1960.
7. Лукомский Г. И., Шулутко А. М., Виннер М. Г. Бронхология.— М., 1977.
8. Лукомский Г. И., Муромский Ю. А. Бронхиальное дерево после резекции легких.— М., 1972.
9. Муромский Ю. А. Бронхиальные свищи после резекции легких.— М., 1963.
10. Муромский Ю. А., Бинецкий З. С., Прищепо М. И. // Хирургия.— 1986.— № 11. С.— 85—89.
11. Филиппов В. П. Клиническое значение бронхологических исследований под нарко-

зом: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1970.

12. Яковенко А. И., Гладышев С. П. // Грудная хир.—1982.— № 6.— С. 80—83.

13. Bereland J., Kalmbach Th. et al. // J. Sur. Res.—1986.— Vol. 40.— P. 340—345.

14. Icenogle T. B. et al. // Ann. thorac. Surg.—1986.— Vol. 42.— P. 216—217.

Поступила 30.09.94.

#### LIGATION OF THE BRONCHUS IN THE BASE IN PNEUMONECTOMY

I. A. Salikhov, R. M. Khasanov,  
A. Ya. Vaisenberg, A. V. Bondarev,  
A. I. Kurbangaleev

#### Summary

The circular ligation of the bronchus stump in the base without lumen suture retaining the nourishing graft along the back semicircle is proposed. The bronchus stump formed by the method proposed endures the endobronchial pressure more than 1 atm. In aseptic conditions the adhesion follows the pattern seen in first intention retaining the blood supply of the terminal part for all terms after the operation. The rate decrease of postoperative complications in the stump is determined by the exception of sputum congestion and infection penetration along the suture channel, the provision of the optimal contact of the mucosal edges and its primary adhesion in short terms and prolonged reliable hermeticity, conservation.

УДК 616.992.28—056.3—07

## ТЕСТ ТОРМОЖЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ ЭМИГРАЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГРИБКОВОЙ АЛЛЕРГИИ

А. М. Потемкина, Т. А. Артемьева

Кафедра детской аллергологии (зав.— проф. А. М. Потемкина)  
Казанской государственной медицинской академии, детская больница № 7  
(главрач — Н. Г. Дружинина), г. Казань

Специфическая диагностика аллергических заболеваний, то есть выявление причинно значимых аллергенов, является основой эффективного лечения и нередко определяет прогноз заболевания. В связи с этим актуальна проблема совершенствования и разработки новых диагностических тестов при различных видах аллергии. Наименее изучены на современном этапе вопросы специфической диагностики грибковой аллергии. Немногочисленные данные литературы по данному разделу довольно противоречивы. Возможно, это обусловлено применением неоднозначных диагностических тестов и использованием разного спектра грибковых аллергенов. Так, некоторые авторы [3] использо-

вали реакцию специфического розеткообразования с антигеном гриба *Candida guilliermodu*, другие [8] — внутрикожные пробы и РАСТ с грибами *Rhisopus* и *Cladosporium*.

Отмечен неоднозначный подход к оценке внутрикожных проб с грибковыми антигенами: по мнению одних [7], следует учитывать кожные реакции любой интенсивности, с точки зрения других — внутрикожные пробы с грибковыми антигенами слабой (+) и умеренной (++) интенсивности являются неспецифическими, обусловленными освобождением гистамина. Все это свидетельствует о необходимости изыскания новых методов диагностики грибковой аллергии.

Целью нашей работы являлось, во-

первых, изучение информативности теста торможения естественной эмиграции лейкоцитов (ТТЕЭЛ) в диагностике грибковой сенсибилизации, во-вторых, обработка оптимальной концентрации грибковых аллергенов для проведения данного теста. В литературе нам встретилась одна работа с использованием ТТЕЭЛ в диагностике грибковой аллергии, в которой он применялся в сочетании с внутрикожными пробами и реакцией лейкоцитоза без провокационных проб, что, как известно, дает возможность судить о наличии сенсибилизации, но не всегда об этиологической значимости аллергена.

ТТЕЭЛ проводили по А. Д. Адо [2] в нашей модификации, которая заключается в использовании не лекарственных, а грибковых аллергенов. Исследование выполняют натощак или не менее чем через час после еды. В течение 2 минут больной прополаскивает рот кипяченой водой для механического очищения, а затем через 30 минут — 10 мл физиологического раствора (рН 7,3—7,4). Промывную жидкость собирают в пробирку № 1 через воронку (контроль). Через 15 минут больной полоскает передний отдел полости рта раствором испытуемого аллергена (порцию выливают) и после этого дважды с интервалом в 20 минут — физиологическим раствором. Промывную жидкость собирают соответственно в пробирки № 2 и № 3. Затем во все три пробирки к промывной жидкости в количестве по 0,02 мл добавляют по 0,04 мл жидкости Тюрка, заряжают ею камеру Горяева и подсчитывают количество лейкоцитов в 25 больших квадратах. Индекс торможения эмиграции лейкоцитов рассчитывают по формуле:

$$\text{ИТЭЛ} = \frac{N_k - N_0}{N_k} \cdot 100\%, \text{ где ИТЭЛ —}$$

индекс торможения эмиграции лейкоцитов;  $N_k$  — количество нейтрофильных лейкоцитов в контроле;  $N_0$  — количество нейтрофильных лейкоцитов в опытных пробирках. Тест считается положительным при уменьшении числа клеток в опытных пробирках по сравнению с контрольной более чем на 30%.

С целью подбора оптимальной концентрации грибковых аллергенов данный тест проводили на первом этапе с тремя разведениями с физиологи-

ческим раствором ( $10^{-1}$ ,  $10^{-2}$ ,  $10^{-3}$ ) от исходной концентрации (1-я кожная доза в 0,1 мл). Сопоставление этих результатов с данными других аллергологических тестов показало, что наибольшая частота их совпадений наблюдалась при разведении  $10^{-1}$  для всех грибковых аллергенов. Эта концентрация была расценена как оптимальная для постановки ТТЕЭЛ, и в дальнейшем исследования проводили с данным разведением.

ТТЕЭЛ был выполнен у 55 детей в возрасте от 5 до 14 лет: у 31 из них был респираторный аллергоз (бронхиальная астма, преастма, поллиноз), у 14 — атопический дерматит (экзема, нейродермит); у 10 детей, вошедших в контрольную группу, ни в анамнезе, ни при клиническом обследовании аллергических заболеваний не выявлено. Тест проводили в стадии ремиссии заболевания с 4 грибковыми аллергенами (*Rhizopus nigricans*, *Aspergillus flavus*, *Alternaria tenuis*, *Candida albicans*), изготовленными Казанским НИИЭМ. Всего осуществлено 84 исследования, из них у 48 детей с одним, у 17 — с двумя и у одного — с тремя аллергенами.

Положительные результаты ТТЕЭЛ получены у 34 (63%) из 54 детей преимущественно с одним аллергеном и только у 4 — с двумя, чаще всего с грибом *Candida albicans* (табл. 1). В контрольной группе отрицательные результаты получены в 28 из 30 случаев. Это свидетельствует о специфичности ТТЕЭЛ в диагностике грибковой сенсибилизации. Вместе с тем по полученным данным трудно судить о его диагностической значимости, поскольку, как известно, положительные результаты кожного теста и любого другого лабораторного теста могут отражать различную степень чувствительности больного к аллергену — этиологическую значимость, субклиническую стадию, псевдоаллергическую реакцию [1].

В связи с этим для уточнения диагностической ценности ТТЕЭЛ при грибковой сенсибилизации мы провели на втором этапе работы сопоставление положительных и отрицательных результатов ТТЕЭЛ с соответствующими данными внутрикожных проб (ВКП), реакции деструкции тучных клеток (РДТК), провокационных тестов (ПТ), анамнеза и клиники. Ана-

Результаты ТТЕЭЛ с грибковыми аллергенами у детей с аллергическими заболеваниями и контрольной группы

Аллергены	Результаты ТТЕЭЛ									
	у больных						у здоровых			
	n <sub>1</sub>	из них				n <sub>2</sub>	из них			
		положительные		отрицательные			положительные		отрицательные	
абс.		%	абс.	%	абс.		%	абс.	%	
<i>Aspergillus flavus</i>	9	5	55,6	4	44,4	10	2	20,0	8	80,0
<i>Rhizopus nigricans</i>	23	14	60,9	9	39,1	10	—	—	10	100
<i>Alternaria tenuis</i>	9	4	44,4	5	55,6	—	—	—	—	—
<i>Candida albicans</i>	13	11	84,6	2	15,4	10	—	—	10	100
Всего	54	34	63,0	20	37,0	30	2	6,7	28	93,3

Примечание. n<sub>1</sub> — общее число исследований у больных детей. n<sub>2</sub> — из контрольной группы.

Таблица 2

Сопоставление результатов ТТЕЭЛ и других аллерготестов с грибковыми аллергенами

Результаты ТТЕЭЛ	Результаты других тестов														
	ВКП				РДТК				ПТ						
	n <sub>1</sub>	положительный		отрицательный		n <sub>2</sub>	положительный		отрицательный		n <sub>3</sub>	положительный		отрицательный	
		абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%
Положительные	34	34	100	0	0	25	2	8,0	23	92,0	34	6	17,7	28	82,4
Отрицательные	20	20	100	0	0	19	1	5,3	18	94,7	20	—	—	20	100,0
Всего	54	54	100	0	0	44	3	6,8	41	93,8	54	6	11,1	48	88,9

Примечание. n<sub>1</sub>, n<sub>2</sub>, n<sub>3</sub> — количество исследований по используемым в сравнении тестам (ВКП, РДТК, ПТ).

лиз полученных результатов показал, что частота совпадения положительных результатов ТТЕЭЛ и других тестов неодинакова: с ВКП — в 100%, с РДТК — в 80%, с ПТ — в 17,7% случаев. Согласно нашим наблюдениям [5, 6], совпадение положительных результатов двух тестов при отрицательной провокации означает при любых видах аллергии наличие субклинической сенсибилизации к аллергену, а положительный результат одного теста является, как правило, псевдоаллергическим. На этиологическую значимость аллергена указывает, как известно, положительная провокационная проба. Согласно нашему заключению, положительный результат ТТЕЭЛ подтверждает наличие грибковой сенсибилизации в 100% случаев, как этиологически значимой (17,7%), так и субклинической (82,4%). Диагностическая ценность ТТЕЭЛ в выявлении грибковой сенсибилизации является достаточно высокой при любой

степени гиперчувствительности больного к аллергену.

Из табл. 2 также видно, что во всех 20 случаях отрицательных результатов ТТЕЭЛ получены положительные кожные реакции, в одном — дополнительно положительная РДТК и не отмечено положительной провокационной пробы. Иными словами, при отрицательном результате ТТЕЭЛ в 1 из 20 (5%) случаев выявлена субклиническая грибковая сенсибилизация и ни в одном не установлена этиологическая значимость аллергена. Полученные данные свидетельствуют, по-видимому, с одной стороны, о неспецифичности ВКП с грибковыми аллергенами, а с другой — еще раз подтверждают диагностическую ценность ТТЕЭЛ при данной патологии.

Простота, быстрота выполнения и атравматичность позволяют рекомендовать этот тест для диагностики грибковой сенсибилизации в аллергологических отделениях и кабинетах. Одна-

ко при его положительном результате необходимо дополнительное проведение провокационного назального теста для уточнения этиологической значимости аллергена.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Общая аллергология.— М., 1979.
2. Адо А. Д., Бондарева Г. П., Читаева В. Г.//Клин. мед.—1980.— № 5.— С. 37—41.
3. Литовская А. В., Моксева Н. В.//ЖМЭИ.— 1990.— № 9.— С. 89—92.
4. Лоди А. А. Сенсibilизация к аллергенам плесневых грибов у больных респираторными аллергиями: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— Казань, 1988.
5. Потемкина А. М.//Педиатрия.—1983.— № 3.— С. 6—11.
6. Потемкина А. М. Диагностика и лечение аллергических заболеваний у детей.— Казань, 1990.

УДК 616.155.302—08

### НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Е. П. Сведенцов, Н. А. Федоровская, В. В. Черепанова,  
И. А. Докшина, Н. В. Рябов

НИИ гематологии и переливания крови (директор — доктор мед. наук С. Л. Шарыгин), г. Киров

Современная тактика лечения острых лейкозов (ОЛ) у взрослых направлена на интенсификацию терапии на всех этапах противоопухолевого лечения. Изучение патогенеза этого заболевания, поиск новых цитостатических препаратов, разработка оптимальных режимов их введения, преодоление лекарственной резистентности — все это позволило значительно улучшить долгосрочную выживаемость пациентов [1]. Однако до сих пор неясно, какой путь достижения ремиссии и проведения постремиссионной терапии является оптимальным. Несомненным представляется тот факт, что только программная терапия, действительно, не имеет альтернативы [2].

Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови (КНИИГиПК) в числе 7 медицинских центров Российской Федерации занимается рандомизированными исследованиями эффективности лечения больных ОЛ. Такие исследования стали возможными благодаря открытию в клинике института отделения интенсивной терапии с блоком асептических палат. За период

7. Соколова Т. С., Яблокова Ф. М. и др.// Педиатрия.—1982.— № 2.— С. 32—33.

8. Фрадкин В. А., Рошаль Н. И. и др.// Педиатрия.—1986.— № 1.— С. 21—23.

Поступила 15.04.94.

#### TEST OF NATURAL EMIGRATION INHIBITION OF LEUKOCYTES IN COMBINED DIAGNOSIS OF FUNGUS ALLERGY

A. M. Potemkina, T. A. Artemyeva

#### Summary

The results of the modified test approbation of natural emigration inhibition of leukocytes in revealing of fungous sensibilization are presented. Its high diagnostic value in the allergy form involved is established. The ease and quickness of the realization, atraumatism of the test allow to recommend it for the diagnosis of fungous sensibilization in allergologic departments and rooms.

наблюдений (с декабря 1992 по январь 1994 г.) в КНИИГиПК рандомизировано 23 пациента (мужчин — 8, женщин — 15) в возрасте от 18 до 63 лет, у которых впервые был выявлен ОЛ. Медиана составила 40 лет. У 17 больных диагностирован острый миелоидный лейкоз (ОМЛ), у 6 — острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). Диагноз устанавливался на основании международных критериев. Идентификацию ОЛ производили одновременно с исследованием первого диагностического пункта костного мозга с помощью цитохимических маркерных реакций и иммунологического фенотипирования. Цитогенетические исследования, выполненные у 9 пациентов, позволили обнаружить различные варианты повреждения хромосом.

Для лечения больных ОМЛ предложены две программы выбора на основе принципа рандомизации. Первая схема «7+3» включает применение цитозара в дозе 100 мг/м<sup>2</sup> при двукратном болюсном введении в течение 7 дней и рубомицина в дозе 45 мг/м<sup>2</sup> в течение 3 дней. Вторая схема «7+3+вепезид», рекомендованная ГНЦ РАМН, основана на принципе