

Բուժման 2—5 շաբաթվա ընթացքում T-վարդակազոյացնող լիմֆոցիտների քանակը ստույգ իջնում է, իսկ IgE-հակամարմինը ավելանում է: Բուժման այս նույն տևողության ընթացքում նկատվում է B-վարդակազոյացնող լիմֆոցիտների քանակի իջեցում:

Բուժման վերջում բոլոր ցուցանիշները վերադառնում են ելքային միճակի:

M. M. PRALYA

CONTENT OF ALLERGENOSPECIFIC IgE AND T—AND B—LYMPHOCYTES IN PATIENTS WITH ATOPIC BRONCHIAL ASTHMA IN SPECIFIC HYPOSENSIBILIZATION

In patients with bronchial asthma in the process of hyposensibilization it has been revealed inverse interaction between the content of allergen-specific IgE and the level of T—and B-rosella-forming lymphocytes. With the end of sensibilization the indices change and acquire their previous quantities.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бережная Н. М., Бейко В. А., Евсеева Г. А. и др. ЖМЭИ, 1979, 3, с. 84.
2. Бобкова Л. П., Петровская И. А., Якут Р. И. ДАН УССР, 1978, т. 5, 9, с. 830.
3. Шустова В. И. Клин. мед., 1978, 12, с. 64.
4. Alnti F. et al. Clinical Immunology, 1974, 3, 584.
5. Bianco C. et al. J. Exper. Medicine, 1970, 132, 702.
6. Brum J., Molina C. Vie Medicine, 1978, 59, 23, 1863.
7. Farreron-Co J. et al. Clinical Allergy, 1978, 8, 5, 463.
8. Kishimoto T., Ishizaka J. J. Immunology, 1972, 109, 612.
9. Kishimoto T., Ishizaka J. J. Immunology, 1972, 109, 1163.
10. Kishimoto T., Ishizaka J. J. Immunology, 1973, 111, 720.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.33/342—002.44—85.

Г. А. МИНАСЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Проведено сравнение результатов противоязвенного лечения в двух группах больных. Первая группа (30 мужчин, 7 женщин; с язвой желудка—4, двенадцатиперстной кишки—33) получала общепринятое противоязвенное лечение (антациды, холинолитики, транквилизаторы, репаранты в обычных дозах) в специализированном гастроэнтерологическом стационаре, а другая (32 мужчины, 7 женщин; с язвой желудка—5, двенадцатиперстной кишки—34)—аналогичное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оценка динамики клинической симптоматики не выявила существенных различий в скорости купирования боли, изжоги, тошноты, рвоты,

вздутия и других проявлений язвенной болезни у стационарных и амбулаторных больных ($p > 0,05$). Эндоскопия, проведенная у больных после месячного курса лечения, также не выявила достоверных различий в группах по скорости рубцевания язвенного дефекта ($p > 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о допустимости амбулаторного лечения больных с неосложненной гастродуоденальной язвой. Подчеркивается, что амбулаторное лечение, не уступая по результатам стационарной терапии, обходится значительно дешевле и может дать большой экономический эффект.

5 с., табл. 2, библиогр. 9 назв.

Клиническая больница № 8

Полный текст статьи депонирован
в ВНИИМИ за № Д 11331

от 4/V 1986 г.

Поступила 11. IX. 1985 г.

УДК 616.33/342—002.44—85

Г. А. МИНАСЯН

ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОГО НЕПРЕРЫВНОГО И СЕЗОННОГО ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Проведено трехлетнее наблюдение за четырьмя группами больных язвенной болезнью, подобранных по принципу релевантности переменных. Больные I группы (20 человек) после полного рубцевания язвы в условиях стационара получали длительное непрерывное медикаментозное лечение согласно имеющимся в литературе рекомендациям. У больных II группы (25 человек) после рубцевания язвы и выписки из стационара проводилось лишь сезонное противорецидивное лечение. Больные III группы (30 человек) после выписки из стационара не получали каких-либо медикаментозных средств до наступления очередного рецидива язвы. Больные IV группы (амбулаторные больные, 20 человек) после рубцевания язвы, как и лица III группы, не получали лечения.

Согласно полученным результатам, как непрерывное пролонгированное, так и сезонное противорецидивное лечение существенно не влияют на естественное течение язвенной болезни—они лишь оттягивают на первых порах наступление рецидивов и трансформируют их течение, изменяя клинику, податливость к терапии, затягивая сроки выздоровления. Делается вывод о нецелесообразности проведения профилактического лечения, поскольку оно не дает долгосрочных положительных результатов и приводит к неоправданным затратам средств.

7 с., табл. 1, библиогр. 7 назв.

Клиническая больница № 8

Полный текст статьи депонирован

во ВНИИМИ за № Д-11335 от 4/V 1986 г.

Поступила 11. IX. 1985 г.