

ISSN 2072-0297



МОЛОДОЙ[®] УЧЁНЫЙ

международный научный журнал



12
2017
Часть II

16+

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНА

- Аббасов А. К., Аббасова Д. Б., Арипходжаева Ф. З.**
Эффективность комплексной терапии Милдроната у больных с острым коронарным синдромом 111
- Акылбаева М. Б.**
Немедикаментозная коррекция церебрального инсульта у детей 114
- Аубакиров А. С.**
Современные проблемы терапии при эпилепсии беременных 117
- Белякова Р. А.**
Риноцитограмма как метод диагностики аллергического ринита 120
- Гулямова М. А., Тухтаева У. Д., Ерназарова Б. Ж., Ходжиметов Х. А.**
Нарушение микрофлоры кишечника новорожденных детей, извлеченных путем кесарева сечения 123
- Заженова Н. Н.**
Эффективность кинезиотейпирования в реабилитации пациентов с детским церебральным параличом 126
- Зверькова В. А., Тараканов В. Н.**
Результаты лечения меланомы кожи на первой стадии заболевания 128
- Зияходжаева Л. У., Маматкурбонов Ш. Б.**
Неврологические расстройства при ювенильном ревматоидном артрите и системной красной волчанке 132
- Зияходжаева Л. У., Маматкурбонов Ш. Б.**
Неврологические осложнения при ювенильном ревматоидном артрите и системной красной волчанке 135
- Карабаев Х. Э., Бобоханов Г. К., Расулов Б. Р.**
Эффективность гирудотерапии при комплексном лечении фурункула носа у детей 139
- Кожегулова А. Б.**
Современные аспекты лечения рассеянного склероза во время беременности 143
- Кошербеков Е. Т., Байгоджаева А. К., Абдумасарова М. А., Сидоренко Т. Е., Ни Н. Б.**
Галактоземия у детей (краткий обзор литературы и анализ клинического случая) 145
- Разыщикова Н. М.**
Генетические аспекты болезни Паркинсона... 148
- Садикова Г. К., Таджиев М. М., Бобожанов У. А.**
Анализ факторов риска спинальных аномалий у детей 151
- Сайитханов Ж. С.**
Генетические аспекты рассеянного склероза 153
- Стрельцов Е. А.**
Некоторые аспекты терапии ингибиторами ацетилхолинэстеразы при болезни Альцгеймера 155
- Турлуев Я. Х.**
Кинезиотейпирование при спинальной боли . 158

ПСИХОЛОГИЯ

- Зацепин Э. Э.**
История зарождения и развития классической и неклассической науки и психологии 160
- Караханян К. Г.**
Успешность обучения студента с точки зрения его эмоционального состояния 168

Караханян К. Г. Психолого-педагогические условия вуза, оказывающие влияние на успешность обучения студентов 170	Котухов А. Н., Моисеев А. А. Профессиональная направленность: сущность и структура 182
Катышева К. В. Влияние психофизиологических особенностей водителей на безопасность дорожного движения..... 172	Кузнецова Л. Э., Косинова Д. С. Влияние способности к эмоциональной саморегуляции на формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников 190
Комилова М. О., Халикова О. Психологическое просвещение в системе психопрофилактической работы специального психолога 175	Меженцева Г. Н., Бокач У. И. Обследование познавательного развития детей раннего возраста с задержкой речевого развития 192
Коноплёв Н. Н., Коноплёва Л. С. Сравнение взаимовлияния компонентов психологического здоровья у пенсионеров до 65 лет..... 176	Пшеничная В. В. Норма и патология организационной среды: клинико-психологический подход 195
Коноплёва Л. С., Коноплёв Н. Н. Регрессионная модель силы взаимовлияния компонентов толерантного сознания у супругов 179	Тарасенко А. В. Агрессия и пути ее предупреждения 196

цитоз, эндотелиальная пролиферация, тромбоз мелких сосудов.

Поражение периферической нервной системы отмечается у 10% больных системной красной волчанкой. В основе невропатии может быть как демиелинизация, так и аксональная дегенерация; у многих больных обнаруживается выраженными васкулит с тромбозом мелких сосудов. Наиболее часто возникает острая или подострая симметричная демиелинизирующая полиневропатия, проявляющаяся нарушением чувствительности по типу «носков» и «перчаток» и/или периферическими парезами в дистальных отделах конечностей. Также возможно развитие синдрома Гийена — Барре по типу восходящей моторной полирадикулоневропатии в сочетании с вегетативными нарушениями. В цереброспинальной жидкости выявляется повышение белка без плеоцитоза; ЭМГ обнаружива-

ет значительное замедление скорости проведения возбуждения по периферическим нервам.

В более редких случаях возникает мононевропатия локтевого, лучевого, седалищного или малоберцового нервов. Также возможны множественный мононеврит, сочетание мононевропатии и дистальной полиневропатии, одно- или двусторонняя невропатия зрительного нерва. [4,10]

Выводы

1. Всем коллагенозам характерно поражения центральные и периферические нервные системы, по больше наблюдается неврологические осложнения при ЮРА и СКВ.

2. Наиболее часто встречается инвалидности при ЮРА и СКВ.

3. Если своевременно определится неврологические осложнения, инвалидность будет ограничено.

Литература:

1. А. С. Петрухин. Детская неврология. Учебник. Москва 2012 том 2, стр 396–397
2. Н. П. Шабалов. Детские болезни. Издательский дом «Питер», 2006 том 2. стр 92–93.
3. Н. П. Шабалов. Детские болезни. Издательский дом «Питер», 2006 том 2. стр 83.
4. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Том II 2003 г стр 378–379.
5. А. С. Петрухин. Детская неврология. Учебник. Москва 2012 том 2, стр 498–500.
6. Тоиров Э., С. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ЮРА. Журнал клиническая медицина № 8, 2002 г стр 33–35.
7. Грошев, С. А. Клинические проявления поражения нервной системы при ЮРА. Журнал здравоохранение Кыргызстана № 2 стр 123–126.
8. Ш. Б. Бадокина. Ревматология. Клинические лекции. Москва 2014 г стр 268–283.
9. В. А. Насонова. Ревматология. Учеб 2009 г стр 86–89.
10. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. Болезни нервной системы. Том II. Руководство для врачей. 2003 г стр 377–378.

Эффективность гирудотерапии при комплексном лечении фурункула носа у детей

Карабаев Хуррам Эсанкулович, доктор медицинских наук, профессор;
 Бобоханов Гулимбой Кутлибоевич, кандидат медицинских наук, доцент;
 Расулов Бобур Рустамович, магистр
 Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)

Цель исследования: оценка применения гирудотерапии в комплексном лечении фурункулов носа у детей.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано и пролечено 26 детей с фурункулами носа в возрасте от 7 до 15 лет. Группа исследования — больные, которые получали комплексное лечение: антибиотикотерапию, с включением гирудотерапии.

Результаты и их обсуждение. При традиционном методе лечения срок пребывания больных в стационаре составлял в среднем 7–9 дней. Общее состояние больных, получавших лечение с гирудотерапией, нормализовалось на 4–5-й день. Сравнение результатов лечения больных с фурункулом носа традиционным способом и в сочетании с гирудотерапией наглядно демонстрирует положительное влияние включения гирудотерапии на лечение пациентов.

Ключевые слова: гирудотерапия, фурункул носа, детский возраст

Среди гнойно — воспитательных заболеваний лица фурункулы носа составляют 11,3%. Фурункулы носа относятся к острым гнойно-некротическим воспалительным

заболеваниям, возникающим в результате проникновения и размножения болезнетворных микробов в тканях. При фурункуле воспалительный процесс ограничива-

ется в пределах волосяного фолликула и окружающих его тканей, напоминает вид конуса, на вершине которого имеется небольшая гнойная корочка или дефект кожи с гнойными «делениями при абсцедировании» [1,3,7].

Фурункулы чаще встречаются в юношеском возрасте, к нему предрасполагают, чаще различные сопутствующие заболевания. Любая форма клинического течения фурункула носа требует экстренной госпитализации в лор отделения [2, 4, 5]

Фурункулы носа вызываются, как правило, стафилококками, чаще золотистым, реже — белым иногда стафилококками в ассоциации с другими микробами. Условно сапрофитные формы стафилококков, находящиеся на поверхности кожи, особенно в волосяных фолликулах, при ослаблении иммунорезистентных сил организма или под влиянием отдельных факторов окружающей среды могут превращаться в болезнетворные [5,7]. В настоящее время считается, что в патогенезе фурункулов носа значительную роль играют хронические очаги инфекции или носительство стафилококков, являющиеся источником инфицирования кожи. Однако, не всегда возникновение фурункулов может быть связано с микробами, имеющимися на коже или в других частях тела. В подобных случаях приходится их рассматривать как контактное заболевание.

Развитие фурункула сопровождается нарушением нормального состояния микробной флоры, населяющей кожу. Оно выражается вытеснением, обычной микрофлоры болезнетворными формами стафилококков [3,7]

Цель исследования: оценка применения гирудотерапии в комплексном лечении фурункулов носа у детей.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано и пролечено 26 детей с фурункулами носа в возрасте от 7 до 15 лет. Группа исследования — I группа (16 больных), это больные, которые получали комплексное лечение: антибиотикотерапию, местное лечение (элиминация гнойного очага), в качестве антиагрегантной терапии больным проведена гирудотерапия. Для сравнения была

взята II группа (24 больных), сравнения получавшие стандартное лечение с включением в качестве антиагрегантной терапии аспирин в соответствующей возрастной дозе.

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты исследований выраженность клинических симптомов варьировала в широком диапазоне от ограниченного процесса в области наружного носа до инфильтрации и отека спинки носа. Сроки поступления больных в стационар от начала заболевания находились в различных пределах от 1 до 10 суток (таб. 1).

Как видно из таблицы 4–10 (25%) больных в ЛОР клинику поступили в 1–2 сутки от начала заболевания, 9 (22,5%) больных — на 3–4 сутки, 21 (52,5%) больных — на 4–5 сутки (в связи с резким усилением местной и головной болей).

Локализация воспалительного процесса у обследованных больных выявила следующее (табл. 2):

Из 40 больных у 14 (35%) воспалительный процесс проявлялся плотным инфильтратом в области кончика наружного носа, у 5 (12,5%) — в области крыла носа, у 4 (10%) — в области спинки носа, у 17 (42,5%) — в преддверии носа.

При объективном осмотре неосложненные формы фурункулов носа зависели от давности начала заболевания. В течение 2 суток с момента начала заболевания, у 9 (22,5%) больных в области устья волосяного фолликула формировался ограниченный узелок, инфильтрация и гиперемия кожи. В области инфильтрата отмечалась резкая болезненность. У 8 (20%) больных через 3–4 дня от начала заболевания происходило гнойное расплавление ткани, клинически проявляющееся флюктуацией. У 21 (52,5%) больных, поступивших в стационар на 4–5 сутки от начала заболевания, отмечалось явление перифлебита вен лица.

У 31 (77,5%) больных констатировалось наличие повышения температуры тела, из них у 13 (42%) — 37, у 10 (32,3%) до 38,5°C, у 8 (25,8%) — до 41°C.

Таблица 1. Сроки поступления больных в стационар.

Дни поступления в стационар (сутки)	Обследованные больные	Всего, %
1–2	10	25
3–4	9	22,5
4–5	21	52,5
Итого	26	100

Таблица 2. Локализация воспалительного процесса у обследованных больных

Локализация процесса	Обследованные больные	Всего
Кончик носа	14	35%
Крыло носа	5	12,5%
Спинка носа	4	10%
Преддверие носа	17	42,5%
Итого	40	100%

Таблица 3. Показатели периферической крови больных при поступлении в стационар

Показатели крови	Здоровые (контрольная группа)	Фурункул носа N=40	P
Гемоглобин	134±0,5	127±3,0	P<0,05
Эритроциты	4,75±0,5	4,5±0,18	P<0,05
Лейкоциты	7,25±0,4	8,5±0,6	P<0,05
Тромбоциты	200 ±7,45 Д	210±6,0	P<0,05
СОЭ	8,0±0,2	14±1,0	P<0,05

Примечание: Критерии достоверности рассчитаны на показателях больных при поступлении в сравнении с показателями у здоровых, n — количество больных.

При исследовании периферической крови у 15 (3,75%) отмечено снижение гемоглобина до 90 г/л, у 38 (95%) в день поступления выявлен уровень гемоглобина в пределах 91–130 г/л (табл. 6). Эритроциты 3,0–4,510¹²/л. Тромбоциты 176–230 • 10⁹/л.

При наличии гнойно-воспалительного процесса наблюдались лейкоцитоз и ускорение СОЭ. В частности, у 40 (100%) больных количество лейкоцитов колебалось в пределах 6–11 тысяч. У 10 (25%) больных при ограниченных фурункулах носа СОЭ была в пределах 14±1,0 мм/ч; у 26 (65%) больных при фурункулах носа, осложненных перифлебритом вен лица, СОЭ оказалась несколько ускоренной (26 ± 4,1 мм/час).

Содержание гемоглобина, эритроцитов и тромбоцитов в изучаемых группах имело тенденцию к снижению. Наиболее выраженный дефицит отмечался у больных с осложненными формами фурункулов носа.

В II группе улучшение общего состояния больных, исчезновение повышенной температуры тела, головной боли у больных наступают в среднем на 2–4 сутки, устранение местного воспалительного процесса наружного носа — на 7–8 сутки, нормализация гемограммы — на 6–7, коагулограммы — на 6–7 сутки. При традиционном методе лечения срок пребывания больных в стационаре составлял в среднем 7–9 дней (табл. 12)

Из общего числа больных, получавших лечение традиционным методом, у 19 констатировано повышение температуры тела — 37,0° (36±1,0), у 5 пациентов температура тела была в пределах нормы. Головные боли и боль в области наружного носа отмечались у 16 больных, причем,

у 7 из них — были более сильными боли в области очага воспаления. Из 24 больных у 2 больных фурункул располагался на кончике носа, у 2 — на спинке носа, у 14 — в преддверии носа, у 6 на крыле носа.

При проведении вышеуказанной терапии головная боль исчезала на 2-й день у 7, на 3-й у 12 больных. У 21 больных температура тела держалась на уровне субфебрилитета в течение 3–4 дней с момента начала лечения и лишь затем нормализовалась.

Боли в области инфильтрата наружного носа у 14 больных прекратилась на 4–6-й день лечения, у 10 — на 6-й день. У 22 больных образовавшийся гнойный стержень фурункула начал отторгаться на 6–8-й день. У 2 больных возникло абсцедирование фурункула и возникший абсцесс был вскрыт хирургическим путем. У этих больных рассасывание и затем полное исчезновение инфильтрата наблюдались на 7–8-й день лечения.

Сдвиги в показателях периферической крови (в частности, лейкоцитоз и ускоренное СОЭ) в процессе лечения нормализовались. Так, при поступлении из 24 больных данной группы на гемограмме у 19 больных количество лейкоцитов доходило до 11 (9,0±0,7) тыс., у 5 больных лейкоциты были в пределах нормы. СОЭ у 12 больных увеличилась до 22 (15,0±1,7) мм/ч, у 7 — до 20 мм/ч, у 3 — до 17 мм/ч, у 2 больных — нормальные данные гемограммы. В процессе лечения из 24 больных у 20 больных показатели СОЭ и лейкоцитов нормализовались на 6–7-й день лечения, у 2 — на 8-й день, у 3 — на 9-й день (P<0,05) (табл. 4).

Таблица 4. Динамика показателей гемограммы больных II группы с фурункулом носа, лечившихся традиционным методом.

	Показатели гемограммы (n=24)		P
	до лечения	после лечения	
Гемоглобин	95–130 (125 ±3,0)	90–125 (110± 5,0)	P<0,05
Эритроциты	3,2–4,6 (4,6±0,6)	3,0–4,3 (3,1±0,3)	P<0,05
Лейкоциты	6,0–11 (9,0±0,7)	6,0–8,0 (7,3±0,3)	P<0,05
Тромбоциты	187–280 (250±6,0)	180–290 (240± 5,0)	P>0,05
СОЭ	17–22 (20± 1,0)	8–18 (15± 1,7)	P<0,05

Примечание: n — количество больных.

I группа больных, у которых лечение осуществлялось традиционным способом с включением одновременно гирудотерапии с помощью медицинских пиявок на область фурункула носа. При этом благодаря анальгизирующему действию слюны медицинских пиявок назначение больным обезболивающих средств становилось излишним. У 3 человек в день поступления констатировалось наличие повышения температуры тела — 37,8°C, у 13 человек в день поступления были жалобы на головные боли и боли в области наружного носа. Из общего числа обследованных у 4 больных фурункул локализовался на кончике носа, у 2 — на крыле носа, у 1 — на спинке носа, у 9 — в преддверии носа. У 14 больных фурункулов были осложнены отеком лица с одной стороны, у 2 — с обеих сторон. После начатого лечения у 15 больных головная боль исчезла в первый день терапии, у 1 — на 2-й день. Температура тела у всех больных нормализовалась в первые 1–2 дня лечения. Исчезновение головных болей, улучшение общего состояния больных происходило уже на 2-е сутки лечения.

При проведении гирудотерапии исчезновение местных болей в области инфильтрата наружного носа наступало в первые же минуты проведения процедуры, лишь у 1 больного местная боль держалась еще 2–3 дня. У 2 больных на 2–3-й день с момента начала лечения гнойные стержни фурункула начинали отторгаться. У остальных 14 больных на фоне проводимого лечения развитие воспалительного процесса приостанавливалось, не доходя до абсцедирования. У 13 больных явления отека стали уменьшаться

на 2-й день лечения, у 1 пациента — на 3-й день. Полное рассасывание инфильтрата, развившегося при фурункуле носа, произошло у 13 больных на 5-й день сочетанного способа лечения, у 1 — на 4-й день.

Имевшиеся умеренные сдвиги со стороны гемограммы в процессе лечения нормализовались (табл. 5). Так, при поступлении из 16 обследованных больных данной группы у 7 в периферической крови количество лейкоцитов доходило до $11 \cdot 10^9$ ($10,1 \pm 1,8$), у 4 — до $10 \cdot 10^9$ /л ($9,0 \pm 1,8$), у 5 — до $9 \cdot 10^9$ /л; СОЭ у 6 больных была ускорена до 35 мм/ч, у 6 — до 26 мм/ч, у 4 — до 20 мм/ч. В процессе лечения у 10 больных гемограмма нормализовалась на 3-й день лечения, у 3 — на 4-й день, у 3 — на 5-й день.

На основании наблюдений за больными с фурункулом носа, получавших лечение с гирудотерапией, нами констатировано, что общее состояние больных нормализовалось на 4–5-й день, температура тела, головные боли исчезали у больных в первые 1–2 дня, местные проявления воспалительного процесса наружного носа ликвидировались также в эти дни, явления отека лица — на 3–4-й день с момента начала сочетанной терапии. У обследованных больных этой группы гемограмма нормализовалась на 4–5-й день, коагулограмма — на 5-й день. Больные при вышеописанном сочетанном способе лечения проводили в стационаре от 4 до 5 дней (табл. 6).

Сравнение результатов лечения больных с фурункулом носа традиционным способом и в сочетании с гирудотерапией наглядно демонстрирует положительное влияние

Таблица 5. Показатели гемограммы больных с фурункулом наружного носа I группы.

	Показатели гемограммы (n=16)		P
	до лечения	после лечения	
Гемоглобин	90–130 ($105 \pm 6,0$)	90–120 ($100 \pm 5,0$)	P>0,05
Эритроциты	3,0–4,5 ($4,0 \pm 0,6$)	3,0–4,2 ($3,4 \pm 0,4$)	P<0,05
Лейкоциты	8,0–13 ($11,1 \pm 1,8$)	7,0–9,0 ($8,0 \pm 0,8$)	P<0,05
Тромбоциты	176–230 ($183 \pm 6,0$)	185–225 ($189 \pm 6,20$)	P>0,05
СОЭ	18–32 ($26 \pm 4,1$)	13–20 ($15 \pm 2,0$)	P<0,05

Примечание: n — количество больных.

Таблица 6. Сравнение результатов лечения больных с фурункулами носа различными методами

Показатели клинических и лабораторных данных	Сроки исчезновения симптомов заболевания и нормализации показателей лабораторных	
	I группа	II группа
Головная боль	1–2	2–3
Температура тела	1–2	2–4
Боль в области инфильтрата	1	4–6
Отек мягких тканей лица	2–3	4–8
Гемограмма	4–5	6–9
Анализ мочи	4–5	6–8
Сроки пребывания в стационаре (койко-дни)	4–5	7–9

включения гирудотерапии на лечение пациентов [4]. Это проявляется в незамедлительном устранении местного воспалительного процесса наружного носа и предупреждении его осложнений, нормализации общего состояния и показателей гемограммы.

Таким образом, гирудотерапия при фурункулах наружного носа показала высокую эффективность этого способа.

Выводы:

Распространенность тяжести воспалительного процесса зависит не только от общего состояния больного,

его иммунного статуса, микрофлоры, но и от срока поступления его в стационар.

Сравнение результатов лечения больных с фурункулом носа традиционным способом и в сочетании с гирудотерапией наглядно демонстрирует положительное влияние включения гирудотерапии на лечение пациентов, что проявляется в незамедлительном устранении местного воспалительного процесса наружного носа и предупреждении его осложнений, нормализации общего состояния и показателей гемограммы.

Литература:

1. Климова, И. С. Закономерности возникновения и развития фурункула челюстно-лицевой области, патогенетическое обоснование путей коррекции: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.21. Иркутск, 2009.
2. Гомоляко, А. В., Новикова И. А., Прокопович А. С. Иммунный статус у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом. // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. 2010. — № 1 (3). — с. 7076.
3. Малимон, Т. В. Фурункулы лица у детей и подростков. Методы профилактики и лечения. / Т. В. Малимон // Автореф. дисс канд. мед. наук. Пермь, 2006. — с. 18
4. Никонов, Т. И Медицинская пиявка. Основы гирудотерапии. Санкт-Петербург, 1998. с. 13–21.
5. Станченко, А. А. Лечение рецидивирующих фурункулов носа.: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.19 / А. А. Станченко. Киев, 2004. — 21 с.
6. Файзуллина, Г. А. Особенности микрофлоры раневого отделяемого при фурункулезе челюстно-лицевой области / Г. А. Файзуллина, А. Р. Мавзютов // Инфекционные болезни. 2010. — № 1. — с. 335–336.
7. Щербакова, О. А. Комплексная терапия больных хроническим рецидивирующим фурункулезом с нарушением аффинности иммуноглобулинов: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.36 / О. А. Щербакова. М., 2004. — 26 с.

Современные аспекты лечения рассеянного склероза во время беременности

Кожегулова Асель Бисембаевна, студент
 Карагандинский государственный медицинский университет

Актуальность:

Рассеянный склероз преимущественно затрагивает женщин репродуктивного возраста. Возможность неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов является вероятным источником беспокойства для беременных женщин с рассеянным склерозом и их клиницистов. [6]

Две трети пациентов с рассеянным склерозом являются молодые женщины детородного возраста и поэтому существует много опасений по поводу беременности, родов, грудного вскармливания и здоровья новорожденных в этой группе пациентов. Хорошо известно, что у женщин с рассеянным склерозом меньше рецидивов во время беременности и возникновения риска рецидива в послеродовом периоде. Послеродовой период является одним из наиболее опасных моментов риска возникновения повышенной активности заболевания, а также 20 и 40% женщин испытывают рецидив в течение этого периода. [4]

Наас J, Номмес О. в ходе проспективного рандомизированного исследования, оценили эффективность сни-

жения частоты рецидивов в течение трех месяцев после родов, с использованием двух доз схем внутривенного иммуноглобулина без контроля плацебо. Одна группа получила дозу 150 мг / кг в первый день с двумя последующими инфузиями плацебо. Вторая группа получила суммарную дозу 900 мг / кг в день, в течение трех дней, затем последовала открытая фаза лечения, в которой обе группы получили пять последующих доз-150 мг/кг с интервалами в четыре недели. Процент пациентов без рецидива, в течение послеродового периода первых трех месяцев существенно не отличался между этими двумя группами. Средняя годовая частота рецидивов после беременности не показала повышенного риска обострения, исходя из вышеперечисленного вытекает вывод, что лечение переносится хорошо. [8]

Исследование показало, что введение внутривенного иммуноглобулина после родов значительно снижает рецидивы в этот период. [11]

Feasby T, Banwell B, Benstead T, Bril V, et al. считают, что иммуноглобулин представляет собой фракционированный продукт крови, состоящий из концентрирован-