

Հայտնի է, որ ներկայումս ռեզերպինի ալկալոիդները համարվում են ամենատարածված և ամենատարգյունավետ հիպոտենզիվ դեղամիջոցները, որոնց թերապևտիկ արդյունքն ստացվում է մի կողմից կենտրոնական ներվային սին-
տեմի վրա նրանց թողած հանգստացնող—սեդատիվ և մյուս կողմից ծայրա-
մասային դիմադրությունն իջեցնող ներգործության շնորհիվ [4, 9, 12, 15],
Սակայն ի նկատի ունենալով ռեզերպինի մեծ դեղաչափերից առաջացող կողմ-
նակի երևույթները, որոնք, իհարկե, բացասաբար էին անդրադառնում թերա-
պևտիկ արդյունքների վրա և հաճախ բժշկին դնում դժվարին կացության մեջ,
երկարատև որոնումներից հետո, որոշ հեղինակներ առաջարկեցին համակցված
բուսման միտքը, ձգտելով հիմնականում դեղամիջոցի դոզիրովկայի փոքրաց-
մանը, բայց այնքան, որքան հիպերտոնիկ հիվանդության էտիոպաթոգենեզում
կարևորություն է տրվում ներոգեն և հումորալ գործոններին, ուստի ցանկալի էր
ռեզերպինը համակցել այնպիսի դեղամիջոցների հետ, որոնք ներվային սին-
տեմի վրա ազդելուց բացի, թողնեին նաև հիպոտենզիվ ներգործություն՝ հու-
մորալ ճանապարհով [3, 21]: Կատարված ֆարմակալոգիական որոնումներն ու
կլինիկական փորձարկումները ցույց տվեցին, որ համակցման համար բավա-

կան հաջող է դիտարկել մեծ ակտիվություն ունեցող հիպոթիազիդը, որն օր-
դանիզմի էլեկտրոլիտներից ավելացնում է առավելապես նատրիումի, կալիումի
և քլորիդների արտահանումը [1, 2, 16, 23, 32]: Մյուս կողմից, այդպիսի մո-
տեցման համար հիմք հանդիսացավ որոշ հեղինակների կողմից հիշատակվող
հիպերտոնիայի և կերակրաղի միջև եղած կապը: Այնուհետև նաև պարզվեց,
որ որպես միզամուղ դեղամիջոց հիպոթիազիդն ազդում է ավելի երկար, չի
տալիս ընտելացում և գրեթե զուրկ է կողմնակի բարդություններ առաջացնելու
հատկությունից, իսկ այտուցների բացակայության դեպքում, դիտարկվեց ավե-
լացնում է աննշան չափով, չանդրադառնալով հիվանդի քաշի անկման վրա:
Այդ նույն ժամանակամիջոցում հունգարական որոշ կլինիցիստների դիտողու-
թյունները արդեն ցույց էին տվել, որ դիտարկել ազդեցությունից բացի, հի-
պոթիազիդն ունի նաև արդյունավետ հիպոտենզիվ ներգործություն, մանավանդ
հիպերտոնիկ հիվանդության շֆիքսված ձևերի դեպքում, այն բացատրելով
պլազմայի ծավալի փոքրացմամբ և նրա սալուրետիկ ազդեցությամբ: Հետա-
դալով, փորձագիտական և կլինիկական ուսումնասիրություններից հետո,
շատերը եկան այն հետևությունը, որ 26—80% դեպքերում հիպոթիազիդն
իջեցնում է զարկերակային մաքսիմալ և մինիմալ ճնշումները [18, 20, 26,
29, 30], ըստ որում հիպոթիազիդն ուժեղացնելով այլ հիպոտենզիվ դեղամի-
ջոցների ներգործությունը, արդյունավետ է անգամ եղած պատրաստուկների
հանդեպ հիպերտոնիկ հիվանդության ռեզիստենտ ձևերի դեպքում [5, 10, 17,
24, 25]: Հետագայում հաստատվեց, որ ռեզերպինի և հիպոթիազիդի միջև գո-
յություն ունի սիներգիզմ, որ նրանց փոքր, սակայն, համակցված դեղաչափե-
րը, առանց որևէ էական կողմնակի ազդեցության, ապահովում են այն ցան-
կալի թերապևտիկ արդյունքը, որը չի ստացվում մեծ դեղաչափերով այդ պրե-
պարատների առանձին-առանձին օգտագործումից [8, 10]:

Էրպոզիդը հանձնարարվում է երիկամային կամ անոթային սխտեմի
պաթոլոգիայով պայմանավորված հիպերտոնիայի, ինչպես նաև ներվային,
հումորալ և տոքսիկ բնույթի հիպերտոնիկ վիճակների ու էսենցիալ հիպերտո-
նիայի ժամանակ: Դոզիրովկան խորհուրդ է տրվում սահմանել ելնելով հի-
վանդի ընդհանուր վիճակից և զարկերակային ճնշման մակարդակից. օրվա
ընթացքում թույլատրվում է 2—6 դեղահատ. pro die-ն կազմում է ռեզերպինի
համար 0,2—0,6 մգ, իսկ հիպոթիազիդի համար 20—60 մգ. prodosi-ն համա-
պատասխանաբար հավասար է 0,1—0,2 և 10—20 մգ-ի: Մեր հսկողության
տակ եղած հիվանդներին, էրպոզիդից բացի, երբեմն նշանակել ենք նաև կեն-
տրոնական ներվային սխտեմի հանգստացնող (բելասպոն, անդաքսին), անո-
թալայնիչ, հակասպազմատիկ կամ քնաբեր դեղամիջոց (վալոկորդին, նիտրո-
պենտոն, ամիդալ նատրի, նոքսիրոն): Էրպոզիդը փորձարկելիս մենք նպատակ
ենք ունեցել պարզել ինչպես հիպոտենզիվ, այնպես էլ նրա վազոտորոպ և սե-
դատիվ հատկությունները, ստացված արդյունքի և բուժման կուրսի տևողու-
թյունը, հիվանդների ինքնազգացման փոփոխությունը, պրեպարատի կողմնա-
կի ազդեցությունը և դեղամիջոցի ամենից ավելի արդյունավետ դոզան:

Մեր հսկողության տակ եղել են 61 հիվանդներ, որոնցից 52-ը տարբեր
աստիճանի հիպերտոնիկ հիվանդությամբ, իսկ 9-ը հիպերտոնիկ ձևի խրոնի-
կական նեֆրիտով: Նրանցից 28-ը եղել են կանայք, իսկ 33-ը՝ տղամարդիկ:
Ըստ բնակավայրի և պրոֆեսիայի հիվանդների մեծամասնությունը եղել են
քաղաքի բնակիչներ, ծառայողներ, մտավոր աշխատողներ և թոշակառուներ:

[illegible]

մոտ եղել է առօրեայի աղեղի լայնացման և կարծրացման հետևանքով 52 հիվանդներից և ոչ մեկի ներվային սխտեմի օբյեկտիվ քննությունը 11 դեպքում եղել է առանց փոփոխության, իսկ մեկ հիվանդի մոտ՝ զգալի ախտահարման նշաններ։ 11 դեպքում եղել է ուղեղի անոթների սկզբնական փոփոխություններ, իսկ մեկ հիվանդի մոտ՝

նախաինսուլտային վիճակ: Առանձին դեպքերում նկատվել են զգացողության, շարժողության և կոորդինացիայի թեթև խանգարումներ:

Ուսումնասիրված հիվանդներից 18-ի մոտ, աչքի հատակի կողմից հայտնաբերվել են այս կամ այն փոփոխությունները (ցանցաթաղանթի զարկերակների նեղացում, երակների լայնացում, զարկերակա-երակային խաչաձևման ֆենոմեն և այլն): Մեզի ընդհանուր քննությունը 12 հիվանդների մոտ ցույց է տվել ցածր տեսակարար կշիռ, իսկ 14 դեպքում՝ ալբումինուրիա՝ հետքերից մինչև 2%:

26 հիվանդների մոտ ֆիբրինոգենը եղել էր նորմայից բարձր՝ տատանվելով 550—800 մգ%-ի սահմաններում, 22 դեպքում նկատվել է պրոթրոմբինային ժամանակի երկարում: Արյան մեջ մնացորդային ազոտի և շաքարի պարունակության կողմից նորմայից շեղումներ չեն նկատվել:

Ուսումնասիրված հիվանդների մոտ զարկերակային ճնշման ելակետային մակարդակը եղել է սիստոլիկ ճնշման համար 150-ից մինչև 250, իսկ դիաստոլիկ ճնշման համար՝ 90-ից մինչև 130 մմ սնդիկի սյան բարձրության:

Վերոհիշյալ 52 հիվանդներից 49-ի բուժումը էրպոզիդով կատարվել է ստացիոնար պայմաններում, իսկ 3 հիվանդներինը՝ ամբուլատոր ձևով:

էրպոզիդի դոզիրովկայի հարցում մենք ունեցել ենք հետևյալ մոտեցումը. խիստ բարձր ճնշումների դեպքում բուժումն սկսել ենք օրը 4 դեղահատից, ճնշումն ընկնելուց հետո այն իջեցնելով 2—3 դեղահատի, հաշվի առնելով հիվանդների ընդհանուր վիճակն ու այն հանգամանքը, թե հիվանդն ինչպես է տանում տվյալ դեղամիջոցը: Մնացած դեպքերում այն նշանակել ենք օրական 3 անգամ, մեկ շաբաթ հետո իջեցնելով 2-ի: Բուժման կուրսի տևողությունը կազմել է միջին թվով 3—4 շաբաթ:

էրպոզիդի հիպոտենզիվ արդյունքը պարզելու նպատակով առաջին շաբաթվա ընթացքում, օրական 3 անգամ չափել ենք հիվանդների զարկերակային ճնշումը (առավոտյան, ճաշին և երեկոյան): Դիտումները ցույց են տվել, որ զարկերակային ճնշման առավելագույն անկումը կատարվում է բուժումն սկսելուց 4—5 օր հետո և շարունակվում է նրա աստիճանական անկումը բուժման կուրսի ընթացքում: Միջին թվով սիստոլիկ ճնշման իջեցումը կազմում է 50, իսկ դիաստոլիկ ճնշմանը՝ 22 մմ Hg:

Հիպերտոնիկ հիվանդությամբ տառապող 52 հիվանդներից 50-ի մոտ ստացվել է լավացում, իսկ 2 դեպքում (երկուսն էլ III շրջանի), շնայած սկզբում նկատվել է զարկերակային ճնշման որոշ իջեցում, այնուամենայնիվ նրանց վիճակը չի բարելավվել և հիվանդանոցից դուրս են գրվել անփոփոխ վիճակում:

Ջարկերակային ճնշման անկմանը զուգահեռ նկատելի կերպով բարելավվել է ինչպես հիվանդների ինքնազգացումը, այնպես էլ նրանց օբյեկտիվ վիճակն ու լաբորատոր ցուցանիշները: Հատկապես պետք է նշել, որ նրանք դարձել են ավելի քիչ զգայուն և հավասարակշռված. նկատելի կերպով պակասել է կորոնար և ուղեղային անոթների սպազմի հակումը:

18 հիվանդի մոտ բուժման կուրսն ավարտելուց հետո, նորմալացել է ֆիբրինոգենն ու պրոթրոմբինային ժամանակը. 28 հիվանդների մոտ նկատվել է էլեկտրասրտագրային տվյալների որոշ բարելավում, հատկապես կորոնար անբավարարությանը վերաբերվող: 9 հիվանդների մոտ մեղմացել, իսկ 7 դեպ-

բուժման բուժորոշված վերացել են սրտի շրջանի ցավերը, երեք հիվանդի մոտ, թեթևացել են ստենոկարդիայի նոսրաները և դարձել հազվադեպ. պետք է նշել, որ էրպոզիդն օգտագործելու ընթացքում հիվանդներից և ոչ մեկի մոտ չի նկատվել ընդհանուր վիճակի վատացում, չեն առաջացել ցավեր սրտի շրջանում, չի փոխվել պուլսի հաճախականությունը կամ խանգարվել սրտի ռիթմը, ընդհանրապես, որոշ դեպքերում նկատվել է նույնիսկ տախիկարդիայի մեղմացում, 10—12 զարկի շափով: Բուժման կուրսն ավարտելուց հետո 8 հիվանդի մոտ նկատվել է աչքի հատակի պատկերի բարելավում, ըստ որում ներծծվել են եղած արյունազեղումները, վերացել է տեսողական ներվի պտկիկի այտուցը, պակասել են անգինոպաթիայի երևույթները, ցանցաթաղանթի զարկերակները դարձել են ավելի լայն, իսկ 5 դեպքում վերացել է զարկերակա-երակային խաչաձևման ֆենոմենը: Մնացած դեպքերում պատկերը մնացել է նույնը: Ինչ վերաբերում է խոլեսթերինի պարունակությանը, ապա պետք է ասել, որ հիվանդների մոտ բուժման կուրսն ավարտելուց հետո չի նկատվել որևէ օրինաչափ փոփոխություն:

Ստորև բերում ենք զարկերակային մաքսիմալ և մինիմալ ճնշումների դինամիկան էրպոզիդով բուժված 52 հիվանդների մոտ:

Աղյուսակ 1

Հիպերտոնիկ հիվանդության շրջանը	Զարկերակային ճնշումը	Զարկերակային ճնշման անկումը սնդիկի սյան մեջ						
		չի իջել	մինչև 10 մմ	10—20 մմ	20—30 մմ	30—40 մմ	40—50 մմ	50 մմ-ից ավելի
I (8 հիվանդ)	սիստոլիկ դիաստոլիկ	— —	— 2	— 5	1 1	3 —	2 —	2 —
II (35 հիվանդ)	սիստոլիկ դիաստոլիկ	— —	1 2	6 9	7 16	13 7	5 1	3 —
III (9 հիվանդ)	սիստոլիկ դիաստոլիկ	1 2	1 2	1 3	2 1	3 1	1 —	— —

Ինչպես երևում է աղյուսակից, զարկերակային թե մաքսիմալ և թե մինիմալ ճնշումներն առավելապես իջել են I—II, իսկ ավելի քիչ III շրջանում: Մեր դիտումները ցույց են տվել, որ էրպոզիդը ավելի արտահայտված ձևով ազդում է մաքսիմալ ճնշման վրա, ըստ որում, հիպոտենզիվ արդյունքն ստացազդում է մաքսիմալ ճնշման վրա, ըստ որում, հիպոտենզիվ արդյունքն ստացվում է աստիճանաբար: Ուշադրության արժանի է նաև այն փաստը, որ էրպոզիդով բուժումից հետո պակասում է կրիզների հանդեպ եղած հակումը:

Ցուցադրման նպատակով ստորև բերում ենք մեկ հիվանդի հիվանդության պատմության համառոտ նկարագրությունը:

Հիվանդ Գ. Ա. իգական, 56 տարեկան, տն. տնտեսուհի, հիվ. պատմություն № 1333/128: Կլինիկա է ընդունվել 27/3—63 թ. հիպերտոնիկ հիվանդություն II^A շրջան, դիագնոզով: Ընդունվելիս գանգատվել է ուժեղ գլխացավերից, գլխապտույտից, սրտխփոցից, հետքից, անքնությունից, սրտի շրջանի ճնշման զգացումից, հիշողության վատացումից և այլն:

Հիվանդության 3-րդ տարին է, սկսվել է աստիճանաբար, երեք տարի առաջ, զարկերակային ճնշումը եղել է 190/110 մմ, ընդհանուր վիճակի վատացման պատճառով երկու անգամ բուժվել է Աշխաբադի ռեսպուբլիկական հիվանդանոցում, ստանալով ծծմբաթթվական մազնեզիում, դիբազոլ, ռեզեր-

պին, սերպազիլ, պապավերին, վալիդոլ, վալոկորդին և այլն: Յուրաքանչյուր անգամ հիվանդանոցից դուրս է գրվել լավացումով, սակայն 2—3 ամիս անց վիճակը կրկին վատացել է: 1963 թ. գալիս է Երևան. այստեղ նորից գրու-
թյունը ծանրանում է և ստիպված ընդունվում է ֆակ. թեր. կլինիկա:

Օբյեկտիվ քննությունը. դիրքն անկողնում ակտիվ, ունի թույլ արտա-
հայտված հետք: Սրտի ձախ սահմանը լայնացած է 1 սմ, տոները խլացած են,
զագագթում լսվում է սկզբնական բնույթի սիստոլիկ աղմուկ, 2-րդ տոներ
շեշտված է աորտայի վրա: Պուլսը ութմիկ, 1 րոպեում 100 զարկ: Զարկ.
ճնշումը 200/110 մմ սնդիկի սյան բարձրության: Լյարդը մեծացած չէ, այ-
տուցներ չկան: Աչքի հատակում փոփոխություններ չկան: Էլեկտրակարդիո-
գրաման ցույց է տվել ձախագիր և կորոնար շրջանառության խրոնիկական
անբավարարություն: Արյան և մեզի ընդհանուր քննությունը եղել է նորմայի
սահմաններում. ֆիբրինոգենը 550 մգ%, պրոթրոմբինային ժամանակը 18''—
122%: Խուլեսթերինը արյան մեջ 280 մգ%, մնացորդային ազոտը՝ 37 մգ%:
Առաջին իսկ օրվանից ստացել է էրպոզիդ օրական 3 դեղահատ, շորրորդ օրը
հիվանդի զարկ. ճնշումը 200/110 մմ-ից իջել է 170/90 մմ-ի, միաժամանակ
հիվանդը նշել է ընդհանուր թուլության ուժեղացում. հինգերորդ օրվանից
տրվել է օրական երկու դեղահատ էրպոզիդ, միաժամանակ նշանակվել կա-
լիումի ադերով հարուստ դիետա (կարտոֆիլ, կաղամբ, տանձ, գազար, ապել-
սին). մի քանի օր հետո, վերացել է հիվանդի ընդհանուր թուլությունը, աստի-
ճանաբար մեղմացել են գլխացավերը, պուլսը դարձել է հազվական, կանոնա-
վորվել է քունը և 22-րդ օրը դուրս է գրվել հիվանդանոցից լավացումով: Դուրս
գրվելիս զարկ. ճնշումը եղել է 140/85 մմ: Համապատասխանաբար նորմալացել
են ֆիբրինոգենն ու պրոթրոմբինային ժամանակը, բարելավվել է էլեկտրա-
սրտագրային պատկերը. մեկ ամիս անց, երբ հիվանդը եկել է ստուգման,
ճնշումը եղել է 150/90 մմ, նշանակել ենք էրպոզիդով բուժման երկրորդ կուր-
սը՝ օրական մեկուկես դեղահատ: Հետագա հսկողությունը ցույց է տվել, որ
մինչև օրս էլ բավականին լավ է հիվանդի ինքնազգացումը, իսկ զարկ. ճնշ-
ումը չի անցնում 150/90 մմ-ից:

Էրպոզիդով բուժել ենք նաև հիպերտոնիկ ձևի խրոնիկական նեֆրիտով
տառապող 9 հիվանդների, որոնցից 5-ի մոտ այն ունեցել է մինչև 5, իսկ
4 դեպքում 5 տարուց ավելի վաղեմություն: Զարկ. ճնշման մակարդակը
հիշյալ 9 հիվանդների մոտ տատանվել է մաքսիմալը 160—220, իսկ մինի-
մալը 100—130 մմ սնդիկի սյան բարձրության սահմաններում. բուժման
նպատակով հիվանդներին տրվել է միջին թվով օրական 3 դեղահատ էրպո-
զիդ, մեկ ամիս շարունակ: Պետք է ասել, որ վերոհիշյալ հիվանդները, որոնք
կլինիկա են ընդունվել բավական ծանր վիճակում, անցյալում օգտագործել
են այլ հիպոտենզիվ դեղամիջոցներ (ծծմբաթթվական մագնեզիում, ռեզեր-
պին, պապավերին և այլն):

Հիպերտոնիկ ձևի խրոնիկական նեֆրիտով 9 հիվանդներից և ոչ մեկի
մոտ, էրպոզիդի բուժման կուրսն ընդունելուց հետո չի նկատվել զարկ. ճնշ-
ման նորմալացում: Ճիշտ է, հիշյալ 9 հիվանդներից 7-ի մոտ, էրպոզիդն օգ-
տագործելու առաջին շաբաթվա վերջում նկատվել է զարկերակային ճնշման
անկում, որը որոշ չափով շարունակվել է նաև հետագայում, սակայն ոչ մե-
կի մոտ չի հասել նորմալ թվերի, և բուժման կուրսի ընթացքում տվել է տա-
տանումներ: Անհրաժեշտ ենք համարում նաև նշել, որ հիշյալ 7 հիվանդների

կապես կալիումի մակարդակը արյան մեջ:
Դժբախտաբար չափազանց քիչ են մեր դիտողությունները էրպոզիդով
հիպերտոնիկ հիվանդների բուժման հեռավոր արդյունքների վերաբերյալ: Այ-
նուամենայնիվ մեր ձեռքի տակ եղած տվյալները 16 հիվանդների կապակցու-
թյամբ վկայում են այն մասին, որ էրպոզիդի պահպանիչ դեղաչափերի օգ-
տագործման դեպքում (օրական մեկ կամ երկու դեղահատ) հնարավոր է լի-
նում ստանալ բավական երկարատև հիպոտենզիվ արդյունք: Այսպես, օրինակ,
հիշյալ 16 հիվանդներից 4-ի մոտ, որոնք չէին ընդունել պահպանիչ դեղաչա-
փերով էրպոզիդ, երկու ամիս հետո կրկին նկատվել է զարկերակային ճնշման
որոշ բարձրացում, որը, սակայն, չի հասել երկարատև մակարդակին. մնացած
12 հիվանդների մոտ, որոնք կրկնել էին բուժման կուրսը, հնարավոր է եղել
ստանալ զարկ. ճնշման կայուն իջեցում և ընդհանուր վիճակի լավացում:
Զպետք է մոռանալ, որ ինչպես բուժման կուրսի կրկնման, այնպես էլ ընդ-
միջման տևողության հարցը բոլոր դեպքերում պետք է որոշել խիստ անհա-
տապես, հաշվի առնելով ինչպես հիվանդի ընդհանուր վիճակին ու ինքնազգա-

ցումը, այնպես էլ զարկերակային ճնշման մակարդակն ու էրպոզիդի հանդեպ օրգանիզմի զգայնությունը:

Երևանի բժշկական ինստիտուտի
ֆակուլտետային թերապիայի
ամբիոն

Ստացված է 11/X 1963 թ.

Г. Л. ДАРБИНЯН, Г. Г. ГЕВОРКЯН

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА ЭРПОЗИДОМ

Авторы в течение 1962 г. в клинике факультетской терапии Ереванского медицинского института провели клиническое испытание нового гипотензивного препарата — эрпозид, выпущенного Венгерским фармацевтическим обществом «Хиноин».

Наблюдения проводились над 61 больным, из коих 52 с гипертонической болезнью, а 9 — с хроническим нефритом гипертонического типа. В результате своих наблюдений авторы пришли к заключению, что эрпозид является активным гипотензивным средством при всех формах гипертонической болезни (особенно I—II стадии). При проведении повторных курсов лечения поддерживающими дозами можно получить весьма хороший и стойкий эффект. При хронических нефритах гипертонического типа эрпозид не имеет преимуществ перед остальными гипотензивными средствами.

Учитывая нетоксичность препарата, авторы предлагают длительное их применение как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Из побочных явлений отмечается общая слабость и сухость во рту, что обычно наблюдается при употреблении больших доз препарата, но они исчезают после временного прекращения или уменьшения дозы эрпозид.

Для борьбы с общей слабостью необходимо назначать бромистый или уксуснокислый калий, а также диету, богатую солями калия.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ардоматский Н. А., Милославский Я. М. и др. Терапевтический архив, 1962, 2, стр. 81.
2. Бабаджанов С. Н. Терапевтический архив, 1962, 11, стр. 96.
3. Воробьев Н. И. Врачебное дело, 1962, 3, стр. 33.
4. Гуменная Н. А. Врачебное дело, 1964, 2, стр. 53.
5. Гуревич Т. З., Кармазин И. Я. Клиническая медицина, 1962, 6, стр. 134.
6. Драчева З. Н. Клиническая медицина, 1964, 1, стр. 41.
7. Драчева З. Н., Кузнецов Г. М. Клиническая медицина, 1962, 9, стр. 100.
8. Драчева З. Н., Тяжкоб А. М. и др. Советская медицина, 1964, 6, стр. 21.
9. Зайкина Т. А. Советская медицина, 1962, 11, стр. 104.
10. Иванов Ю. М. Советская медицина, 1964, 1, стр. 105.

11. Кононяченко В. А., Чапидзе Г. Э. Клиническая медицина, 1962, 9, стр. 112.
12. Кушелевский Б. П., Розенблат Ф. Я. и др. Клиническая медицина, 1962, 3, стр. 95.
13. Кудрин Н. О. Клиническая медицина, 1964, 7, стр. 131.
14. Клебанов Ю. А. Советская медицина, 1964, 10, стр. 8.
15. Климкевич В. П., Вохратян М. П. Советская медицина, 1962, 3, стр. 92.
16. Комяков К. М. Кардиология, 1964, 3, стр. 27.
17. Ланцберг Л. А. Клиническая медицина, 1962, 1, стр. 48.
18. Лесничий А. В. Советская медицина, 1962, 2, стр. 151.
19. Левина Ц. А., Романовская А. И. Клиническая медицина, 1964, 3, стр. 75.
20. Лужанский С. С., Фрайг В. М., Панасюк Е. Н. Врачебное дело, 1965, 10, стр. 140.
21. Марков Х. М., Кардиология, 1964, 3, стр. 3.
22. Мерзон А. К., Касьянова Т. Н. Клиническая медицина, 1964, 1, стр. 74.
23. Патрушев В. И. Терапевтический архив, 1962, 12, стр. 8.
24. Полянцева Л. Р., Мозель А. И. Советская медицина, 1962, 2, стр. 23.
25. Перельмутер Д. Л., Митрошина Л. И. Врачебное дело, 1962, 6, стр. 150.
26. Рубановский Б. Р. Советская медицина, 1964, 9, стр. 26.
27. Султанов М. Н., Эрина Е. В. Клиническая медицина, 1964, 3, стр. 71.
28. Савченкова Н. Т., Кузнецова Е. М. Терапевтический архив, 1964, 7, стр. 26.
29. Феодосов С. М. Терапевтический архив, 1964, 11, стр. 48.
30. Фурсова М. М. Клиническая медицина, 1962, 6, стр. 134.
31. Шницер И. С. Клиническая медицина, 1964, 7, стр. 136.
32. Щеглов А. Ю. Терапевтический архив, 1962, 3, стр. 35.