

УДК 616.831.9—002.5

Վ. Վ. ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ

ՏՈՒԲԵՐԿԻՏԵՏՈՅԱՆ ՄԵՆԻՆԳԻՏԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՏԱՐԲԵՐ ՄԵԹՈԴՆԵՐՈՎ
(ըստ Լենինականի տուբերկոսպաների տվյալների)

Տուբերկոլյոզային մենինգիտը համարվում է տուբերկոլյոզի ամենածանրը ձևերից մեկը: Մինչև ստերատոմիցինի կիրառումը այդ հիվանդությունը համարվում էր բացարձակ մահացու հիվանդություն: Նրա բուժումը ստերատոմիցինով, իսկ այնուհետև պասկով և հիդրազիդ իզոնիկոտինյան թթվով, արմատապես փոխեց այդ հիվանդության պրոգնոզը և կլինիկական առողջացումը բարձրացրեց ու հասցրեց 80—90%-ի: Ժամանակակից կոմպլեքսային բուժման շնորհիվ փոխվել են մենինգիտի կլինիկական ձևերը, նրանց ընթացքը, որի շնորհիվ մենի հնարավորություն ունենք ծանոթանալու մենինգիտի նոր սխիստոմենների և սինդրոմների հետ:

Կառավարության կողմից ձեռնարկված կոմպլեքսային բուժարոժիլակտիկ միջոցառումների շնորհիվ զգալի իջել է մենինգիտի տեսակարար կշիռը, սակայն մերկա պայմաններում էլ դեռևս հանդիպում ենք մենինգիտի ուշացած և ձգձգվող ձևերի, երբ մենինգիտը ընթանում է սրացումներով, հիվանդների մոտ առաջացնելով լուրջ բարդություններ: Ձեռնարկված բուժական միջոցառումներից հետո նրանց մոտ մնում են ծանր հետևանքներ: Մենինգիտի նման չարորակ ընթացքը կապված է ոչ միայն վաղաժամ ախտորոշման ուշացման, հիվանդության ծանր ընթացքի և նրա ոչ ռացիոնալ բուժման մեթոդների հետ, այլև տուբերկոլյոզային պրոցեսի բուն էության հետ:

Տուբերկոլյոզային մենինգիտի բուժման առաջին փորձերը Լենինականի քաղաքում սկսվել են 1950 թվականի հունիսից: Այդ ժամանակվանից մինչև 1967 թվականը մեր հսկողության տակ ունեցել ենք տուբերկոլյոզային մենինգիտով 118 հիվանդ, որից 46-ը Լենինական քաղաքից, իսկ 72-ը մոտակա շրջաններից և գյուղերից: Նրանցից 62-ը տղամարդ են, 56-ը՝ կին: Հիվանդներից 66-ը երեխաներ են (0—14 տարեկան), իսկ 52-ը՝ մեծեր, որոնցից 37-ը ունեցել են կոնտակտ բացիլավոր հիվանդների հետ, ըստ որում 29-ը երեխաներ: Մեր դիտողությունները ցույց են տվել, որ տուբերկոլյոզային մենինգիտով ավելի հաճախ հիվանդանում են զարնանը (118-ից 46-ը), այնուհետև ամուսնը (36-ը), իսկ աշնան և ձմռան ամիսներին հիվանդացություն ավելի քիչ է (36-ը):

Բուժման արդյունքները գնահատելիս էական նշանակություն ունեն օրգանիզմի ռեզիսթենականությունը և հիմնական տուբերկոլյոզային պրոցեսի կլինիկական ձևերը: 118 հիվանդներից 114-ը ենթարկվել են ռենտգենոլոգիական քննության, իսկ 4-ը՝ ոչ: Հիվանդներից 111-ի մոտ հայտնաբերվել է այս կամ այն օրգանի տուբերկոլյոզ, մեծ մասամբ զեննրալիզացիայի ֆազայում, երեխաների մոտ՝ քաղաքականապես առաջնային տուբերկոլյոզային

լինֆեկցիայի գեներալիզացիայի ֆազայում, իսկ մեծերի մոտ մեծ մասամբ երկրորդային տուբերկուլյոզային պրոցեսի գեներալիզացիայի ֆազայում: Սակայն որոշ հիվանդների մոտ (17) տուբերկուլյոզը զարգացել է ընդհանուր տուբերկուլյոզի ցանկացած ֆազայում (ներծծման, պնդացման, կրակավման և այլն):

Դիաուդոլոթյունները ցույց են տվել, որ որոշ ինֆեկցիաներ, էմոցիոնալ և տրավմատիկ գործոններ խթանում են տուբերկուլյոզային պրոցեսի գեներալիզացիայի և մենինգիտի զարգացումը (կարմրուկ, կապույտ հազ, ջրծաղիկ, գրիպ և այլն): Մենինգիտը այդ հիվանդների մոտ ընթանում է շատ ծանր, մեծ մասամբ դեհենցիֆալ և մեզենցեֆալ սինդրոմներով, առաջացնելով մեծ մահացուլթյուն: Երբ այդ ինֆեկցիաները զուգակցվում են մենինգիտի հետ, բուժման ընթացքում սուր շրջանում նրանք բացասաբար են անդրադառնում մենինգիտի կլինիկական առողջացման վրա, իսկ խրոնիկական շրջանում բացասական ադդեյուլթյուն չեն ունենում մինինգիտի ընթացքի վրա, միայն որոշ դեպքերում հիվանդների մոտ ձգձգվում է ողնուղեղային հեղուկի առողջացումը:

Սովետական Միությունում տուբերկուլյոզային մինինգիտի բուժումը ստրեպտոմիցինով լայն կիրառում է ստացել 1947 թվականից: Առաջին տարիներին բուժումը հիմնականում տարվում էր միայն ստրեպտոմիցինի սուբօքցիպիտալ ներարկումներով, ավելի ուշ՝ էնդոլումբալ ներարկումներով: Բուժման մեթոդները գնալով կատարելագործվել են, լայն չափով կիրառվել է պասկ, այնուհետև Գ. Ի. Ն. Գ. - ի պրեպարատները, որով զգալիորեն բարձրացել է տուբերկուլյոզային մենինգիտի առողջացման տոկոսը՝ 19,6%-ից հասնելով 85,5%-ի, Լ. Ի. Գլոնտիի՝ 11,5%-ից—60%-ի, Վ. Պ. Մուդրախ՝ 20%-ից մինչև 90%: Ն. Օ. Վասիլևիչ, Վ. Ֆ. Ելուֆիմովա, Վ. Ա. Ֆիրսովա, Լ. Վ. Լեբեդևա՝ 33%-ից—90—96%-ի, Մ. Պ. Պախտոնովա՝ 12,4%-ից—76%-ի, Ի. Լ. Սորկինի և մեր տվյալներով՝ 12,5%-ից 95—100%-ի: Հիվանդները ըստ բուժման մեթոդի բաժանվում են 5 խմբի:

1-ին խումբ — Այս խմբի մեջ մտնում է ընդամենը 12 հիվանդ, 8-ը երեխա, 4-ը մեծ: Բուժման նպատակով նրանց տրվել է ստրեպտոմիցին քլոր կալզի կոմպլեքս միայն էնդոլումբալ ճանապարհով, չնայած քլորը հիվանդների թոքերում հայտնաբերված է եղել ակտիվ ձևի տուբերկուլյոզ: Հիվանդները ստացիոնար են ընդունվել շատ ծանր, անգիտակից վիճակում՝ հիվանդության 15—20-րդ օրերին: Երեխաներին ստրեպտոմիցին էնդոլումբալ տրված է 20—50 հազար միավոր, իսկ մեծերին՝ 100 հազար միավոր: Հիվանդներից ոչ մեկի մոտ առողջացում չի նկատվել. բոլորն էլ մահացել են հիվանդության սուր շրջանում:

2-րդ խումբ — Այս խմբի մեջ մտնում է 23 հիվանդ, որից 15-ը երեխա, 8-ը մեծ: Նրանց տրվել է ստրեպտոմիցին քլոր կալցի կոմպլեքս էնդոլումբալ ներարկում՝ կոմբինացված միջմկանային ստրեպտոմիցինի հետ: Երեխաներին ստրեպտոմիցին միջմկանային տրված է 0,2—0,3 գրամ, փակ մեծերին՝ 0,5 գրամ: Հիվանդներից 19-ը ստացիոնար են ընդունվել ծանր, անգիտակից վիճակում, հիվանդության 15-ից 20-րդ օրերին, իսկ 5-ի մոտ ախտորոշումը շուտ է տրվել, և բուժումը սկսվել է ժամանակին (մինչև 10-րդ օրը): Բոլոր հիվանդների մոտ հայտնաբերվել է թոքերի կամ ալվ օրգանների տուբերկուլյոզ: Այս մեթոդով բուժված հիվանդներից 6-ը առողջացել են (4 երեխա, 2 մեծ), իսկ մնացած 17-ը մահացել են հիվանդության սուր շրջանում: Բուժման այս մեթոդը չի կանխում մենինգիտի հերթական սրացումը և կրկնումը:

3-րդ խումբ. — Այս խմբի մեջ մտնում է 17 հիվանդ, որից 11-ը երեխա, 6-ը մեծ: Բուժման նպատակով նրանց տրվել է էնդոլումբալ ստերատոմիցինի քլոր կալցի կոմպլեքս ինեկցիաներ՝ կոմբինացված միջմկանային ստերատոմիցինի և պերոս պասկի հետ: Հիվանդներից 9-ը ստացիոնար են ընդունվել ծանր, անգիտակից վիճակում, հիվանդության 15—20-րդ օրերին, իսկ 3-ի մոտ ախտորոշումը տրվել է ժամանակին: Հիվանդներից 17-ի մոտ հայտնաբերվել է այլ օրգանների ակտիվ ձևի տուբերկուլյոզ, իսկ 6-ի մոտ չի հայտնաբերվել: Այս մեթոդով բուժվածներից առողջացել են 10-ը, իսկ 7-ը մահացել են խրոնիկական մենինգիտից: Որոշ հեղինակների տվյալներով բուժման այս մեթոդը հիվանդների մոտ առողջացման տոկոսը հասցնում է 70—80-ի [1, 3, 7]:

4-րդ խումբ. — Այս խմբի մեջ մտնում է 43 հիվանդ, որից 19-ը երեխա, 24-ը մեծ: Նրանք բուժվել են կոմպլեքս մեթոդով՝ ստերատոմիցին քլոր կալցի կոմպլեքս էնդոլումբալ, ստերատոմիցին միջմկանային, կոմբինացված ֆտիվազիտի և պասկի հետ: Ֆտիվազիտը երեխաներին տրվել է 50—60 մգ մեկ-կիլոգրամ քաշին, իսկ մեծերին՝ օրական 1,5—2 գրամ: Հիվանդներից 11-ը բաժանմունք են ընդունվել ծանր, անգիտակից վիճակում, 15—20-րդ օրերին, իսկ 13-ը ախտորոշվել են ժամանակին: 37 հիվանդի թոքերում կամ այլ օրգաններում հայտնաբերվել է ակտիվ տուբերկուլյոզ, իսկ 6-ի մոտ չի հայտնաբերվել: Սակայն 5-ի մոտ եղել են առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքսի կրակաված էլեմենտներ: Դիտողությունները ցույց են տվել, որ այս մեթոդով բուժվող հիվանդների մոտ ոչ միայն խիստ փչել է մահացությունը, այլև զգալիորեն արագացել է կլինիկական առողջացումը, և 3—4 անգամ պակասել կայուն բարդությունների թիվը: Ֆտիվազիտն ունի բարձր քիմիոթերապևտիկ ակտիվություն, յուրահատուկ բակտերիոստատիկ ազդեցություն տուբերկուլյոզի հարուցիչի և տուբերկուլյոզային հյուսվածքի վրա. այդ պրեպարատը պերոս ճանապարհով ընդունելիս լավ թափանցում է օրգանիզմի հյուսվածքների և հեղուկների մեջ. մասնավորապես ողնուղեղային հեղուկի մեջ, բավական ժամանակ պահպանելով իր թերապևտիկ կոնցենտրացիան այդ հեղուկներում: Նշելով խոշոր կլինիցիատների փորձից, 1957—1958 թվականներին մեզ մոտ փորձեցինք հիվանդներին այս մեթոդով բուժելիս սահմանափակել ստերատոմիցինի էնդոլումբալ ներարկումների թիվը՝ սկզբնական շրջանում 120-ից հասցնելով 50—60 ներարկումների, ավելի ուշ՝ 1960—1967 թվականներին հասցնելով 5—10 ներարկումների, հիմնականում նրանց բուժելով առանց ստերատոմիցինի լումբալ պունկցիաների: Կլինիկական դիտողություններն այդ հիվանդների մոտ ցույց տվեցին, որ մենինգիտի սուր շրջանը նրանց մոտ զգալիորեն կրճատվում է, արագանում են ռեպերատիվ պրոցեսները ողնուղեղային հեղուկի կողմից և կանխվում է տուբերկուլյոզային մենինգիտի անցումը խրոնիկական ձևի: Կլինիցիատները միշտ ձգտել են որքան հնարավոր է խուսափել ողնուղեղային պունկցիաներից, քանի որ 100—120 ողնուղեղային ներարկումները չեն կարող անհետևանք մնալ: օրգանիզմի համար: Պունկցիաների ազդեցության տակ ողնուղեղային թաղանթները գրգռվում են, որը խոչընդոտ է հանդիսանում բորբոքային պրոցեսների արագ ներթման համար: Այդ գրգռիչների պատճառով բորբոքային պրոցեսները երկար ժամանակ պահպանվում են ուղեղի թաղանթների վրա: Նրկարատև ողնուղեղային պունկցիաներով բուժվող հիվանդների մոտ առողջացման պրոցեսները ողնուղեղային հեղուկի կողմից տեղի են ունենում դանդաղ՝ 6—10 ամսվա ընթացքում, իսկ սահմանափակ ստերատոմիցինի լումբալ պունկցիաներով

բուժվող հիվանդների մոտ հեղուկի առողջացումը տեղի է ունենում ավելի արագ՝ 3—4 ամսվա ընթացքում: Հիվանդներից 12-ը բուժվել են սահմանափակ էներգետիկ պոնկցիաներով. նրանց մոտ կլինիկական առողջացումը տեղի է ունեցել մի քանի անգամ ավելի արագ, և բուժումից հետո մնացորդային երևույթները եղել են ավելի աննշան: Այս խմբի հիվանդներից 34-ը առողջացել են (14 հրեխա, 20 մեծ), իսկ 7-ը մահացել են բուժման ընթացքում, ըստ որում երկուսը մահացել են ստացիոնար ընդունվելու առաջին օրը:

5-րդ խումբ — Այս խմբի մեջ մտնում է ընդամենը 23 հիվանդ, որից 13-ը երեխա և 10-ը մեծ: Նրանք բուժվել են կոմպլեքս բուժման մեթոդով, միաժամանակ ստանալով հորմոնային պրեպարատներ՝ հիմնականում Ա. Կ. Տ. Հ. և պրեդնիզոն: Հորմոնային պրեպարատների օգտագործումը տուբերկուլոզային մենինգիտի բուժման ժամանակ մեզ մոտ սկսվել է 1959 թվականին: Այդ պրեպարատները տրվում են 4—6 շաբաթ տևողությամբ: Նշելով հիվանդի ընդհանուր վիճակից, բուժման կուրսը երբեմն կրկնել ենք: Ա. Կ. Տ. Հ. երեխաներին օրական տրվել է 10—15 միավոր, իսկ մեծերին՝ 20—40 միավոր, պրեդնիզոնը երեխաներին տրվել է օրական 10—15 մ/գ, իսկ մեծերին՝ 30—40 մ/գ, Հորմոնային պրեպարատները լավ արդյունք են տալիս, երբ տրվում են հիվանդության սուր շրջանում, քանի դեռ նրանց մոտ չկա ողնուղեղային հեղուկի շրջանառության խանգարում: Ժամանակին սկսված հորմոնային բուժումը արգելք է հանդիսանում բորբոքային պրոցեսները ողնուղեղային թաղանթներից թափանցելու ավելի խոր հյուսվածքները: Նրանք ուժեղ հակաբորբոքային, հակաալերգիկ միջոցներ են, որոնք բարձրացնում են հակաբակտերիալ պրեպարատների բուժական էֆեկտը և կանխում այդ պրեպարատներից առաջացած կողմնակի երևույթները: Հորմոնային պրեպարատները բացառիկ բարենպաստ ազդեցություն ունեն մենինգիտի բարձր թողարկած դեպքերի վրա: 23 հիվանդներից 12-ը ստացիոնար են ընդունվել ծանր, անգիտակից վիճակում, հիվանդության 15—20-րդ օրերին, իսկ 6-ի մոտ ակտորոշումը տրվել է ժամանակին: Հիվանդներից 13-ի մոտ մենինգիտը զարգացել է այլ օրգանների ակտիվ տուբերկուլոզի ֆոնի վրա, իսկ 10-ի մոտ՝ առաջնային տուբերկուլոզային կոմպլեքսի կրակաված էլեմենտների ֆոնի վրա: Հիվանդները հիմնականում բուժվել են առանց ստրեպտոմիցինի լումբալ պոնկցիաների: Նրանց մեծ մասը (15-ը) ստացել է 5—15 ստրեպտոմիցինի լումբալ ներարկումներ, որովհետև զրականությունից մեզ հայտնի է մի շարք հեղինակների այն կարծիքը, որ ողնուղեղային պոնկցիաների սահմանափակ քանակությունը (10—15) վական ազդեցություն չունի հիվանդներին՝ կլինիկո-լիվոլորոլոգիկ և պաթո-մորֆոլոգիկ ցուցանիշների վրա: Մենք խիստ սահմանափակ լումբալ պոնկցիաներով բուժված հիվանդներին ևս համարում ենք առանց ստրեպտոմիցինի լումբալ պոնկցիաներով բուժված հիվանդներ: Այս խմբի 23 հիվանդներից 22-ը առողջացել են (12 երեխա և 10 մեծ), իսկ մեկը (9 տարեկան) մահացել է ծնողների՝ բուժումից հրաժարվելու պատճառով:

Կլինիկական դիտողություններից ելնելով մենք հանգել ենք այն եզրակացության, որ տուբերկուլոզային մենինգիտի բուժման ամենաարդյունավետ մեթոդը՝ կոմպլեքսային բուժումն է՝ կոմբինացված հորմոնների, վիտամինների և օրգանիզմն ամրացնող պրեպարատների հետ, խիստ կրճատելով ստրեպտոմիցինի լումբալ ներարկումների թիվը կամ առանց լումբալ ներարկումների, յուրաքանչյուր դեպքի նկատմամբ ունենալով խիստ անհատական

մոտեցում (ոչ բոլոր դեպքերում կարելի է հրաժարվել ստրեպտոմիցինի սահմանափակ լումբալ ներարկումներից)։

Տուրքերկույողային մենինգիտով հիվանդներին, բացի սպեցիֆիկ բուժումից անհրաժեշտ է ստանալ օրգանիզմը խթանող այլ բուժական միջոցներ՝ հատկապես հիվանդության ենթասուր և խրոնիկական շրջանում։ Որպեսզի հիվանդներին մոտ կանոնավորվի նյութափոխանակությունը և բարձրանա օրգանիզմի դիմադրողականությունը, նրանց փոքր դոզաներով արվել է արյան փոխներարկում։ Ողնուղեղային հեղուկի ճնշումը կանոնավորելու նպատակով տարվել է դեհիտրատացիոն թերապիա (25 տոկոսանոց մազնեիզոլ սուլֆուրիկով, 40 տոկոսանոց գլյուկոզա, նովուրիտ և այլն)։ Նյութափոխանակությունը լավացնելու նպատակով տրվել է վիտամին Բ կոմպլեքս։ Նյարդային բջիջներում օքսիդացման պրոցեսները լավացնելու նպատակով հիվանդներին տրվել է գլուտամինալին թթու։ Տեսողական ներվի բորբոքման ժամանակ արվել է իոնտոֆորեզը և Բուրգինոնի։ Նրբ հիվանդների մոտ սուր երևույթներն անցել են և նրանց մոտ մնացել են միայն օջախային երևույթներ կամ կպումներ, լավ արդյունք է տվել հյուսվածքթերապիան՝ ձկան յուղի սրսկումներ, ալոէ, ապակենման մարմին, արյան ենթամաշկային սրսկումներ և այլն։ Շարժողական խանգարումների ժամանակ լայնորեն կիրառել են մասսաժ, տաք վաննաներ, բուժական մարմնամարզություն, դեղորայքից տրվել է դիբազոլ, պրոզերին և այլն։

Պարեզների և կաթվածների պրոֆիլակտիկայի հարցում մեծ նշանակություն է ունեցել հիվանդների ռեժիմը, որը զուգակցվել է կոմպլեքս բուժման հետ և կազմակերպված է եղել խիստ անհատական։ Մենինգիտի ելքը և նրանից առաջացած բարդությունները կախված են ոչ միայն ժամանակին սկսված ճիշտ բուժումից, այլև հիվանդի ռեժիմից, որը պետք է ճիշտ կազմակերպվի ինչպես հիվանդության ակտիվ, այնպես էլ ոչ ակտիվ շրջանում։ Հիվանդության բոլոր շրջաններում էլ չպետք է մոռանալ ոչ սպեցիֆիկ բուժման մասին՝ քլորալ հիդրատ, կամֆարա, կոֆեին, բրոմի պրեպարատներ, լումինալ, օնալգին, թթվածին և այլն։

Տուրքերկույողային մենինգիտի բուժման հարցում մեծ նշանակություն ունի հիվանդների սննդային ռեժիմը, որը պետք է վերանայվի այն կարգով, որպեսզի սահմանափակվի օրվա ընթացքում ընդունած ածխաջրատների, հեղուկների և կերակրի աղի քանակը։ Մնուկը պետք է հարուստ լինի սպիտերով, ճարպերով, վիտամիններով։ այն պետք է լինի դյուրամարս, սննդարար, ծավալով փոքր, որպեսզի չճանրաբևեռի աղեստամոքսային տրակտը, որի ֆունկցիան մենինգիտով հիվանդների մեծամասնության մոտ խիստ խանգարված է։ Այն հիվանդներին, որոնց մոտ կան անզուսպ փսխումներ և կլման ակտի խանգարում, կատարում ենք սննդային հոքնաներ։

Լենինականի հակառուբերկույողային

դիսպանսեր

Ստացված է 10/IX 1968 թ.

В. Г. ПЕТРОСЯН

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕНИНГИТОМ
ПО МАТЕРИАЛАМ ЛЕНИНАКАНСКОГО ПРОТИВО-
ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Резюме

Туберкулезный менингит является одним из наиболее тяжелых форм туберкулеза. Лечение стрептомицином, а затем ПАСК и фтивазидом в корне изменило прогноз этой болезни.

Под нашим наблюдением на протяжении последних 17 лет находилось 118 больных, страдающих туберкулезным менингитом.

Из 118 больных у 111 туберкулезный менингит развивался на фоне общего туберкулезного процесса при разных фазах развития, но чаще в период генерализации процесса.

Некоторые острые инфекции, эмоциональные и травматические факторы являются стимулом для генерализации туберкулезного процесса и возникновения туберкулезного менингита. Процент летальности и осложнений среди этих больных значительно высокий.

В зависимости от метода лечения больные были распределены на пять групп: I—лечившиеся только эндолюмбальным введением стрептомицина; II—одновременно эндолюмбальным и внутримышечным введением стрептомицина; III—комплексной терапией (стрептомицин эндолюмбально со стрептомицином внутримышечно и внутрь ПАСК); IV—комплексной терапией в комбинации с фтивазидом; V—комплексной терапией в комбинации с гормональными препаратами и витаминами с резким сокращением эндолюмбальных инъекций стрептомицина или без люмбальных введений стрептомицина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевич Н. О. Проблемы туберкулеза, 1954, 1, стр. 22.
2. Мудрах В. П. Проблемы туберкулеза, 1952, 1, стр. 56.
3. Лахоткин Н. Н. Тезисы докладов научных конференций Ярославского медицинского института. Ярославль, 1954, стр. 7.
4. Глonti Л. И. Сборник трудов научно-практической конференции врачей Закавказской железной дороги. Баку, 1958, стр. 84.
5. Лахоткин М. П. Проблемы туберкулеза, 1959, 5, стр. 22.
6. Василевич Н. О., Елуфимова В. Ф., Фирсова, В. А., Лебедева Л. В. Проблемы туберкулеза, 1957, 7, стр. 78.
7. Футер Д. С. Педиатрия, 1954, 1, стр. 52.
8. Сорокин И. Э. Проблемы туберкулеза, 1952, 5, стр. 110.