

2. Голиков А.П. и др. // Кардиология. 2005. №7. С. 21–26.
3. Роцин Г.Г. и др. // Украинский журнал экстремальной медицины им. Г.О. Можаява. 2002. Т.3, № 2. С. 67–73.
4. Biff W.L. et al. // Am. J. Surg. 2001. Vol.182. P. 645–648.
5. Ertel W. et al. // Crit. Care Med. 2000. Vol.28. P. 1747.
6. Iyy M.E. et al. // J. Trauma. 2000. Vol.49. P. 387–391.
7. Lee S.L. et al. // J. Trauma. 2002. Vol.52. P. 1169–1172.
8. Losanoff J.E. et al. // J Am Coll Surg. 2002. Vol.195. P. 105–115.
9. Malbrain M.L.N.G. et al. // Crit. Care Med. 2005. Vol.33. P. 315–322.
10. Swartz C., Wick J.M. // Int. J. Trauma Nurs. 2002. Vol.8. P. 18–20.

УДК 616.34-002.44

ВЛИЯНИЕ МИКРОВОЛНОВОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В РЕЖИМЕ «КАЧАЮЩИХСЯ» ЧАСТОТ НА СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Е.В. ИВАНИШКИНА, А.А. ГОРЯЧЕВА, А.В. БАРСУКОВ,
Э.В. ДРОЗДОВ*

Ключевые слова: язвенная болезнь, резонансная терапия

Язвенная болезнь (ЯБ) – одна из актуальных проблем клинической медицины, распространенность которой среди взрослого населения составляет в среднем 7-10%. Однако, несмотря на неоспоримые успехи внедрения в клиническую практику различных схем эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), ЯБ не покидает лидирующую группу заболеваний пищеварительной системы [5,11]. Данная патология по-прежнему рассматривается большинством авторов как системное заболевание целостного организма, которое проявляется разнообразными функциональными и морфологическими изменениями в гастродуоденальной зоне и в сопряженных органах желудочно-кишечного тракта, а также в многообразных, тесно связанных друг с другом регулирующих системах [9]. Рассматриваемое заболевание характеризуется мультифакториальностью генеза, и ни одна из существующих теорий развития заболевания не является однозначной [10,11]. Очевидно, что язвенный процесс является конечным этапом сложного многопланового заболевания, в патогенез которого вовлечены центральная и вегетативная нервная система, биогеенные амины, пептидные гормоны пищеварительного тракта, микробная экспансия *H. pylori* [7]. Важная роль в этом процессе принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС), тесно связанной с корой и подкоркой. Расстройства в нервной регуляции у больных ЯБ могут возникать под влиянием различных экзогенных и эндокринных воздействий, могут предшествовать развитию болезни или быть ее следствием, влияя на клинические проявления заболевания [12].

ЯБ считается примером психосоматических заболеваний в связи с тем, что изменения со стороны ВНС играют значимую роль в возникновении самой болезни и ее клиническом течении, при этом вегетативные нарушения встречаются у 75–82% больных [2,4]. Литературные данные о нарушении вегетативного гомеостаза при язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (ЯБДПК) противоречивы. В вегетативном обеспечении у большинства лиц с дуоденальной язвой (57-70%) доминируемое парасимпатические влияния [6,12]. Другие исследователи отмечают сдвиг вегетативного баланса в сторону симпатикотонии и высокого напряжения регуляторных систем, развивающийся на фоне роста активности центрального контура регуляции [2,8].

В настоящее время антихеликобактерная терапия считается стандартом лечения ЯБ, ассоциированной с *H. pylori*, что отражено в международных (1–3 Маастрихтские соглашения, 1996, 2000, 2005 гг.) и Российских рекомендациях по лечению гастроэнтерологических больных [11,14]. Несмотря на достижения в терапии, ЯБ независимо от локализации характеризуется повторяющимися обострениями и не поддается окончательному излечению. Применение антихеликобактерной терапии повысило эффективность противоязвенного лечения и сократило частоту возникновения рецидивов заболевания, но реинфицирование *H. pylori* и необходимость проведения повторной санлирующей

терапии со сменой антибиотика и формирование в этой связи антибиотикостойчивых форм инфекции, диктует необходимость поиска новых, патогенетически обоснованных путей лечения [7].

Представляется оправданным включение в лечебно-профилактические комплексы при ЯБ немедикаментозных технологий восстановительной медицины, в частности методов физиотерапии, направленных на коррекцию гастродуоденальных нарушений и полноценное восстановление вегетативного обеспечения функционирования системы пищеварения в целом [3,10]. Современный этап развития медицины характеризуется уверенным проникновением в лечебную практику эффективных и щадящих методик, таких, как микроволновая резонансная терапия (МРТ). Метод основан на особенностях восприятия организмом электромагнитного излучения крайне высокой частоты, при котором возникают специфические ответные реакции. Большой интерес представляет изучение эффективности применения МРТ в лечении больных ЯБ в составе комбинированной терапии наряду с базисными противоязвенными препаратами, а также оценка влияния этой терапии на вегетативный статус [3,13].

Цель работы – оценка влияния противоязвенной терапии (стандартной медикаментозной и МРТ) на клиническую эффективность и вегетативный статус у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в фазе обострения.

Материал и методы. Обследовано 53 пациента с ЯБЖ и/или ЯБДПК в фазе обострения в возрасте от 19 до 50 лет (средний возраст 32,36±0,76 лет) с длительностью язвенного анамнеза 3,70±0,76 лет. Большинство обследованных (86%) – мужчины. У 26,5% больных выявлялась наследственная предрасположенность к ЯБ. Для всех пациентов были характерны боли в эпигастральной области (91% обследованных), для большинства (78%) – диспепсия. Кроме проявлений болевого и диспепсического синдромов, больных беспокоили общая слабость, раздражительность, чуткая поверхностный сон, не приносящий удовлетворения, быстрая утомляемость (у 30-35% больных).

Диагноз ЯБ подтверждали эндоскопически, средний диаметр язвенных дефектов составил 0,62±0,03 см. Во всех случаях регистрировали обсемененность *Helicobacter pylori*, которую верифицировали гистологическим методом и с помощью быстрого уреазного теста. После получения информированного согласия все больные ЯБ были разделены на две идентичные по антропометрическим, демографическим и клинико-функциональным параметрам группы методом случайной выборки. Пациентам 1-й группы (n=28), наряду со стандартной 7-дневной эрадикационной терапией, проводили МРТ. В лечении больных 2-й группы (n=25) использовали только 7-дневную эрадикационную терапию «первой линии» согласно Маастрихтскому соглашению-2 (2000 г.) и рекомендациям стандартов диагностики и лечения болезней органов пищеварения РФ [11,14]. Схема лечения включала ингибитор протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в сутки), два антибактериальных препарата (кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки). Затем больные ЯБЖ и ЯБДПК получали антисекреторный препарат омепразол по 40 мг в сутки до полного рубцевания язвы. После курса антигеликобактерной терапии пациенты 1-й группы также получали омепразол 40 мг в сутки и продолжали курс физиотерапии.

МРТ проводили на отечественной установке «АМРТ-02» с использованием электромагнитного излучения миллиметрового диапазона крайне высокой частоты нетепловой интенсивности по разработанной методике (Патент изобретения РФ от 2001г, регистрационный номер 2001135960/14. Авторы: Подопригорова В.Г.; Иванишкина Е.В.; Хибин Л.С., Смоленская ГМА). Режим работы – генерация с «качающейся» частотой и чередованием волновых диапазонов, что обеспечивает широкий диапазон частот (52-62 ГГц) и позволяет модулировать частоту, необходимую для конкретного больного. Воздействие проводилось на сегментарную рефлексогенную зону в области эпигастрия в положении больного сидя с помощью контактно расположенного рупора при плотности потока излучения, не превышающем 10 мВт/см², ежедневно (пять дней в неделю кроме субботы и воскресенья). Время экспозиции 30 минут. Курс лечения составил 10 процедур с последующим эндоскопическим контролем эффективности терапии после 2-х недель терапии. Все больные, включенные в исследование, физиотерапевтическое и медикаментозное лечение переносили хорошо. В процессе лечения ни у одного больного не было ухудшения самочувствия, отрицательных реакций или обострения заболевания.

* Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Смоленская ГМА

Для оценки нейровегетативной регуляции кровообращения использовали вариационную кардиоинтервалографию по методике Р.М. Баевского с применением автоматизированного диагностического комплекса КАД-03 (Россия). Исследования вели до лечения и на 14-й день терапии. При анализе кардиоинтервалграмм учитывали фоновые показатели сердечного ритма, их динамику при выполнении функциональных проб. Рассчитывали: частоту сердечных сокращений (ЧСС); моду (Мо) – наиболее часто встречающееся значение кардиоинтервала, которое характеризует гуморальный канал регуляции и уровень функционирования системы; амплитуду моды (АМо) – число значений интервалов, соответствующих Мо и выраженное в процентах от общего числа кардиоциклов, которое определяет состояние активности симпатического отдела ВНС; вариационный размах (ΔX) – разницу между максимумом и минимумом длительности интервалов R-R, отражающую уровень активности парасимпатического звена ВНС. Индекс напряжения (ИН) рассчитывали по формуле Р. М. Баевского: $ИН = АМо/2 \times Мо \times \Delta X$. По ИН оценивали исходный вегетативный тонус (ИВТ); вегетативную реактивность (ВР) исследовали с помощью клиноортостатической пробы (КОП) [1].

Результаты. Исходные значения показателей нейровегетативной регуляции кровообращения у больных в двух группах достоверно не различались. На 14 день лечения, у пациентов 1 и 2 группы по сравнению с исходными данными, происходило возрастание Мо (характеризующей гуморальный канал регуляции), соответственно на 8,4% и 7,5% ($p > 0,05$); уменьшение АМо, определяющей состояние активности симпатического отдела ВНС на 19,4% в 1 группе ($p < 0,05$) и на 10,8% во 2 группе ($p > 0,05$). Параллельно происходило увеличение ΔX, отражающего уровень активности парасимпатического звена ВНС на 10,8% в 1-й и 2-й группах соответственно ($p > 0,05$) (табл. 1). Наиболее значимо под влиянием лечения изменялся ИН, показатель, характеризующий напряжение компенсаторных механизмов организма, степень централизации в управлении ритмом сердца и отражающий, в основном, активность симпатического отдела ВНС. У больных 1 группы, получавших комплексное лечение с применением МРТ в режиме «качающихся» частот, произошло достоверное снижение ИН на 41,8% ($p < 0,05$), а у пациентов 2 группы, у которых использовалась традиционная терапия, ИН уменьшился на 26,9% ($p > 0,05$). Данные изменения статистических характеристик сердечного ритма указывают на уменьшение симпатического тонуса и степени централизации в управлении ритмом сердца при тенденции к возрастанию парасимпатического влияния, причем более отчетливо показатели изменились в группе больных, получавших МРТ. Таким образом, как традиционное лечение язвенной болезни, так и особенно МРТ, вызывает положительные сдвиги в механизме регуляции ритма сердца, способствуя уменьшению влияния симпатического отдела ВНС, тем самым ослабляя напряжение компенсаторных механизмов и уменьшая централизацию в управлении сердечным ритмом.

Таблица 1

Динамика статистических показателей сердечного ритма у больных ЯБ 1 и 2 групп до и после лечения (M ± m)

Группа больных	Показатель	До лечения	После лечения
1 группа (N=28)	ЧСС	67,8 ± 0,96	64,2 ± 0,91
	Мо	0,78 ± 0,06	0,84 ± 0,05
	АМо	42,8 ± 2,96	34,5 ± 3,02*
	ΔX	0,18 ± 0,03	0,20 ± 0,02
	ИН	139,6 ± 13,51	98,6 ± 11,76*
2 группа (N=25)	ЧСС	68,3 ± 0,82	64,9 ± 0,96
	Мо	0,86 ± 0,04	0,93 ± 0,05
	АМо	47,2 ± 2,34	42,6 ± 3,05
	ΔX	0,17 ± 0,02	0,19 ± 0,02
	ИН	142,8 ± 12,54	112,5 ± 11,86

Обозначения: различия между показателями у пациентов 1 группы статистически достоверны (* $p < 0,05$)

Нами также проанализирована динамика исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативной реактивности (ВР) у больных ЯБ 1-й и 2-й групп до и после лечения. У всех пациентов среди возможных исходных вариантов ВТ преобладала симпатикотония, указывающая на умеренное преобладание тонуса симпатического отдела ВНС – у 13 пациентов (48%) в 1-й группе и у 10 человек (39%) во 2-й группе. Гиперсимпатикотония, свидетельствующая о перенапряжении регуляторных систем организма, зарегистрирована у 6 человек (20%) из 1-й группы и у 5 больных (21%) во 2-й группе. Эйтония, отражающая сбалансиро-

ванное состояние звеньев ВНС, выявлена у 9 больных (32%) и у 8 пациентов (32%) в 1 и 2 группах соответственно. Ваготония, характеризующаяся преобладанием тонуса парасимпатического отдела ВНС, выявлена только у 2 больных (8%) 2-й группы. На 14-й день лечения у пациентов 1-й группы, получавших комплексное лечение с проведением МРТ, происходило достоверное возрастание частоты регистрации эйтонии на 28% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными значениями при тенденции к увеличению этого паттерна во 2-й группе – на 14% ($p > 0,05$). Частота выявления гиперсимпатикотонии в 1-й группе достоверно уменьшилась на 20% ($p < 0,05$), при этом после окончания лечения в данной группе не было зарегистрировано ни одного пациента с таким выраженным перенапряжением регуляторных систем организма. Во 2-й группе распространенность гиперсимпатикотонии уменьшилась на 13% ($p > 0,05$). Как в 1-й, так и во 2-й группах, под влиянием терапии отмечена тенденция к уменьшению симпатикотонии на 8% и 4% соответственно ($p > 0,05$).

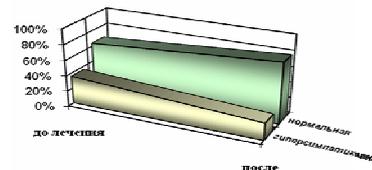


Рис. 1. Динамика ВР у больных 1 группы после лечения МРТ

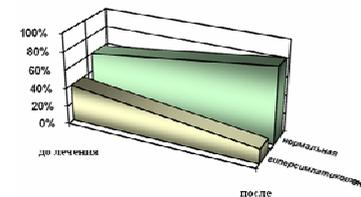


Рис. 2. Динамика ВР у больных 2 группы после лечения стандартной эрадикационной терапией. На начальном этапе обследования в ответ на клиноортостатическую пробу в обеих группах преобладала нормальная ВР

Таковая наблюдалась у 17 человек (60%) в 1-й группе и у 16 (64%) больных во 2-й (рис. 1, 2). Гиперсимпатикотоническая ВР, говорящая о напряжении адаптивно-компенсаторных механизмов организма, выявлена соответственно у 11 человек (40%) 1-й группы и у 9 пациентов (36%) 2-й группы. Асимпатикотоническая ВР, указывающая на истощение механизмов адаптации, не зарегистрирована ни у одного пациента. Под влиянием проведенного лечения в 1-й группе произошло выраженное увеличение частоты регистрации нормальной ВР – на 24% ($p < 0,05$); во 2-й группе отмечено увеличение этого показателя на 14% ($p > 0,05$). Частота выявления гиперсимпатикотонической ВР уменьшилась на 24% ($p < 0,05$) в 1-й группе и на 14% во 2-й ($p > 0,05$).

Для оценки клинической эффективности лечения больных ЯБ методом МРТ в режиме «качающихся» частот в сопоставлении с традиционным лечением, нами были проанализированы сроки наступления клинической ремиссии (в днях) и процент зарубцевавшихся язв через 2 недели терапии в каждой из групп больных. Сравнительный анализ показал, что сроки наступления клинической ремиссии (исчезновение болевого синдрома, диспепсических явлений и улучшение общего самочувствия) у больных 1-й группы оказались достоверно короче, чем у пациентов 2-й группы (5,42 дня и 7,75 дней соответственно, $p < 0,05$).

Таблица 2

Результаты лечения больных ЯБ в зависимости от вида терапии

Показатели	Группы больных		p
	1 группа (МРТ)	2 группа	
Сроки наступления клинической ремиссии (в днях)	5,42±0,25	7,75±0,34	$p < 0,05$
% рубцевания язв через 2 недели	51,67±2,85	7,75±2,96	$p < 0,05$

Данные повторно выполненных ФГДС свидетельствовали о том, в 1-й группе отмечался значительно больший процент больных с заживлением язв через 2 недели от начала лечения (51,67%), чем во 2-й группе (38,32%) (табл. 2). Полученные клинико-эндоскопические показатели позволили констатировать большую

эффективность комбинированного подхода с включением МРТ к лечению лиц с ЯБ по сравнению с медикаментозным подходом.

Выводы. У большинства пациентов ЯБЖ и ЯБДПК выявлены исходные нарушения механизмов вегетативного контроля сердечного ритма с преобладанием симпатического звена ВНС, неадекватность вегетативных реакций жизнеобеспечения, характеризующих выраженность процессов дизадаптации. Включение в лечебный комплекс МРТ в режиме «качающихся» частот сопровождается выраженным вегетативно-корректирующим эффектом, в виде восстановления вегетативного баланса, уменьшения степени симпатической активности и централизации в управлении сердечным ритмом. У пациентов, получавших терапию с применением МРТ в режиме «качающихся» частот, по сравнению с традиционной терапией, были выявлены значимые преимущества в отношении сроков наступления клинической ремиссии и рубцевания язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Литература

1. *Баевский Р.М. и др.* Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М.: Наука. 1984.
2. *Бирюкова Т.А.* // Мат-лы 8-го Межд.Славяно-Балтийского науч. форума «Санкт-Петербург – Гастро-2006». СПб, 2006. С. 55.
3. *Блинков И.Л. и др.* // Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2003. №1. С.16–19.
4. *Вейн А.М. и др.* Вегетативные расстройства (клиника, диагностика, лечение). М.: МИА. 2000.
5. *Ивашкин В.Т. и др.* Наиболее распространенные заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. М.: Литтерра. 2008.
6. *Кравцова Т.Ю.* // Рос.гастроэнтерол. ж. 2000. Т.1, №1. С. 21–24.
7. *Рапопорт С. И. и др.* Практическая гастроэнтерология. Клиника, диагностика, лечение. М.: Медпрактика. 2005.
8. *Соловьева В.Г. и др.* // Проблемы экспериментальной и клинической медицины. 1996. № 1. С. 58–60.
9. *Ткаченко Е.И.* // Aqua Vitae. 2001. № 1. С. 6–8.
10. *Филлимонов Р.М.* Гастроудуodenальная патология и проблемы восстановительного лечения. М.: Мед. информ. аг-во. 2005.
11. *Циммерман Я.С.* Клиническая гастроэнтерология. М.: Гэотар-Медиа. 2009.
12. *Чернин В.В. и др.* // Эксперим. и клин.гастроэнтерол. 2002. №1. С. 33–36.
13. *Ivanishkina E.V.* // Reactive oxygen and nitrogen species, antioxidants and human health. Smolensk, 2003. P.76.
14. *Malfertheiner P.* // Aliment. Pharmacol. Ther. 2002. № 16. P.167–180.

УДК 616-056.4; 616-053.5

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА

И.Е. БОБОШКО*

Ключевые слова: детская поликлиника, конституция

В современной педиатрии решение проблемы предупреждения, своевременного и эффективного лечения наиболее распространенных расстройств здоровья у детей школьного возраста лет отводится важная роль, т.к. именно в этот возрастной период становится ясной перспектива его взрослой жизни - физического, психического и социального благополучия, составляющих основные компоненты здоровья человека. Приоритетной задачей в работе врача детской поликлиники (участкового и образовательного учреждения) является профилактическая, основой которой является активное формирование здоровья детей. Отправной точкой контроля за здоровьем детей является система ежегодных профилактических осмотров, стандарт которой четко отработан и регламентирован. Несмотря на то, что критерии объективной оценки здоровья и стандарт рекомендаций четко прописаны, на практике имеются существенные проблемы.

Во-первых, не все компоненты комплексной оценки здоровья адекватно оцениваются: в большей степени акцент делается на диагностику физического развития и отклонения соматическо-

го здоровья, при этом нервно-психическое развитие оценивается в меньшей степени. Следовательно, не выдаются рекомендации ни по его стимуляции, ни по педагогическому сопровождению ребенка. Во-вторых, рекомендации по оздоровлению не учитывают индивидуальность ребенка и, преимущественно, ориентированы на возраст. Детям без выраженных отклонений здоровья рекомендации даются в виде общих, не индивидуализированных, не конкретных советов. Поэтому необходимо обогатить сложившуюся в педиатрической практике систему динамического контроля за ростом и развитием ребенка программой рекомендаций по укреплению здоровья детей, основанной на учете индивидуальных свойств детей разных конституциональных типов.

При изучении врачом механизмов возникновения и развития конкретного случая заболевания, знаком времени стала необходимость исследования не только патогенных факторов внешней среды, но и факторов "почвы" заболевания, обусловленных, главным образом, конституцией пациента [1, 3, 4]. С позиции доказательной медицины конституцию рассматривают как стабильную биологическую характеристику человека, вариант адаптивной нормы, отражающий реактивность и резистентность организма к факторам среды [1, 2, 3]. В конституциональном подходе ключевым параметром индивидуальности выбрана направленность психической активности: вовне – экстраверсия, вовнутрь – интроверсия или его уравновешенность – центроверсия. Для определения типа психосоматической конституции у детей до- и младшего школьного возраста используется «Шкала направленности психической активности», у детей среднего и старшего возраста – тест Айзенка [4]. Доказана взаимосвязь фактора направленности психической активности (интро-, экстра- и центроверсии) с антропометрическими, вегетативными, биохимическими, моторными и психологическими свойствами.

Цель исследования – выявление особенностей состояния здоровья детей в зависимости от типа конституции.

Материал и методы. Обследовано 890 детей школьного возраста, установлены сохраняющиеся с возрастом, индивидуальные различия детей трех конституциональных типов. Для обследования использовались клинические методы, включающие комплексную оценку состояния здоровья, расширенную антропометрию с оценкой соотношения частей тела, осмотр врачей-специалистов (невролога, лор-врача, ортопеда, окулиста, гастроэнтеролога), анализ документации, нейрофизиологические методики (электроэнцефалография – ЭЭГ, ультразвуковая доплерография – УЗДГ), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты. Дети-центроверты составили основную массу – 52%. Количество детей, отнесенных к интровертам и экстравертам, составляло 22 и 26% соответственно. Составлены системные портреты детей трех конституциональных типов, включающие сильные и слабые конституциональные свойства, знание которых позволяет, опираясь на сильные свойства тренировать слабые конституциональные качества.

Ребенок-интроверт обычно невысокого роста, с относительно длинными конечностями, чаще астенического типа телосложения, с тенденцией к сниженной массе тела, череп, грудная клетка и таз узкие, несколько уплощенные. Нервно-психическое развитие характеризуется высокими показателями логических способностей, склонностью к тревожным реакциям, высокой дисциплинированностью, хорошим развитием мелкой моторики, низким уровнем готовности к социальным контактам. Проявления дизадаптации характеризуются появлением в поведении упрямства, отказа от взаимодействия, снижением оперативных способностей и сообразительности. Характер ЭЭГ-картины свидетельствует о некотором замедлении морфофункционального созревания головного мозга и низкой способности к переключаемости в деятельности. Плоский тип ЭЭГ отражает невозможность адекватно отвечать на быстро меняющиеся средовые нагрузки, поэтому при попадании в эти ситуации у интровертов быстро развиваются проявления дизадаптации. Им свойственна исходная ваготония и асимпатическая вегетативная реактивность. Срыв биологической адаптации характеризуется вегетативной дистонией, головными болями напряжения, вестибулярными нарушениями, венозной дисгемией, обмороками, тикоидными гиперкинезами и логоневрозами. Острая заболеваемость интровертов протекает в виде ринитов и фарингитов. Конституционально доминирующая ваготония предрасполагает к вялому и монотонному течению ОРЗ, с длительным субфебрилитетом, апатией, сонливостью, аллергическими реакциями, бронхообст-

* Ивановская ГМА