

От главного редактора

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Проблема атопического дерматита (АтД) весьма актуальна для детей любого возраста. В последние годы произошел пересмотр общепринятых взглядов на причины его возникновения, этиологии развития, подходы к терапии. Уточняется взаимосвязь АтД с другими проявлениями аллергии, участвующими в реализации **атопического марша**, в частности, гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии, бронхиальной астмой и аллергическим ринитом.

Термин АтД к настоящему времени давно вытеснил широко используемый ранее термин «**экссудативно-катаральный диатез**». Эта смена понятий стала возможной в результате научных изысканий, посвященных этой проблеме. В Википедии приведено определение термина «**диатез**» (от др. греч. διάθεσις – наклонность), представляющего собой особое состояние детского организма, передающееся по наследству и характеризующееся склонностью к возникновению определенных заболеваний (аллергические реакции, респираторные инфекции, нарушение кислотно-основного баланса, судорожный синдром и т.д.). Диатезы ни в коем случае не должны расцениваться как болезнь. Правильнее трактовать диатезы как аномалии конституции, сопровождающиеся неадекватным ответом на обычные средовые воздействия. Большой риск возникновения некоторых заболеваний при диатезе наблюдается лишь при неблагоприятном воздействии многих факторов – нерационального режима дня ребенка, погрешностях в питании, дефектах ухода, частых инфекционных заболеваниях.

Сделаем небольшой экскурс в историю вопроса. Попытки обобщения, систематизации разных характеристик человека, его психологических, физических, физиологических особенностей делались еще в древности. Деление людей на три группы – газели, лани, слоподобные коровы – приводится в древнеиндийских Ведах, а концепцию о типах конституции на основе сходности строения тела и поведения последовательно разрабатывали Гиппократ и Гален. В более близкие нам времена также было предложено множество классификаций, наибольшее их количество было предложено в XX в. В основном эти классификации касались взрослых. Это объясняется подвижностью разнообразных характеристик, которые обычно закладываются в основу классификаций.

Идею о существовании нормальной конституции впервые высказал в 1852 г. Wunderlich. Термин «диатез» (от греч. diatesis – предрасположение) как определение отдельных форм реактивности появился позже, в конце XIX в. М.С.Маслов и Ю.Е.Вельтищев не разделяли понятия «диатез» и «тип конституции». Понятие «экссудативно-катаральный диатез» впервые было введено А.С.Зергу в 1905 г. Первая попытка разделить понятия «экссудативно-катаральный диатез» и АтД была сделана Ю.Е.Малаховым и Ф.К.Манеровым, разделившим экссудативно-катаральный диатез на два варианта – иммунный и неиммунный.

На страницах нашего журнала статьи по теме АтД публикуются регулярно. Авторы статей не всегда придерживаются единой точки зрения. Предлагаем открыть на страницах журнала обсуждение этой темы, возможно, дискуссии. В качестве затравки для дальнейшего обсуждения в предыдущем номере журнала была опубликована статья, автор которой придерживается, на наш взгляд, устаревшей точки зрения. В этом номере мы в нашей совместной с профессором И.Н.Холодовой публикации уточняем для наших читателей точку зрения нашей кафедры.

Возвращаясь к прошлому, или Поговорим о конституции человека

И.Н.Холодова[✉], И.Н.Захарова

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России. 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

В статье приводится история поиска классификаций, учитывающих характерные особенности конкретного индивидуума. В настоящее время в отечественной педиатрии применяется модифицированная с учетом современных научных данных классификация, предложенная М.С.Масловым, выделяющая конституцию и аномалию конституции, или диатез. В статье рассматриваются отличительные особенности каждого из наиболее распространенных диатезов. Важность понимания данной темы и применения конституционального подхода в практической деятельности педиатра определяется возможностями создания персональных профилактических и лечебных рекомендаций.

Ключевые слова: типы конституции человека, экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез.

[✉]chin5@yandex.ru

Для цитирования: Холодова И.Н., Захарова И.Н. Возвращаясь к прошлому, или Поговорим о конституции человека. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016; 1: 20–23.

Going back to the past, or Talk about the constitution of man

I.N.Kholodova[✉], I.N.Zakharova

Russian Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of the Russian Federation. 125993, Russian Federation, Moscow, ul. Barrikadnaia, d. 2/1

The article tells the story of the search classifications, taking into account the characteristics of a particular individual. At present, the domestic use of Pediatrics is modified in accordance with modern scientific data classification proposed by M.S.Maslov, distinguishes the constitution and the anomaly of the constitution or diathesis. In the article the features of each of the most common diathesis are mentioned. The importance of understanding the topic and applying constitutional approach in the practice of a pediatrician on the possibilities of creating personal preventive and therapeutic recommendations.

Key words: human constitutional type, exudative-catarrhal diathesis, allergic diathesis.

[✉]chin5@yandex.ru

For citation: Kholodova I.N., Zakharova I.N. Going back to the past, or Talk about the constitution of man. Consilium Medicum. Pediatrics (Suppl.). 2016; 1: 20–23.

В нашей власти не только возможность смягчить проявления диатеза (конституции), но и перевести предрасположенность в скрытую форму.

М.С.Маслов, 1926 г.

В последнее время в отечественной медицине широко используются протоколы и стандарты, предлагающие комплексное медикаментозное и немедикаментозное воздействие на организм человека. Современные методы лечения в большей сте-

пени учитывают этиологию заболевания и клинический диагноз, в меньшей степени – характерные особенности конкретного индивидуума. Однако так было не всегда. Большинство врачей, получивших образование во времена СССР, хорошо помнят учение М.С.Маслова о конституциях. И сегодня вновь все чаще и чаще приходится слышать о необходимости составления лечебных и профилактических программ для детей с учетом их индивидуальных особенностей. Именно конституциональный подход позволяет создать персо-

нальные профилактические и лечебные рекомендации. Среди врачебных специальностей, которые чаще используют конституциональный подход, лидируют именно педиатры, которых сама жизнь заставляет учитывать особенности детей при составлении программ лечения. В этой статье мы хотим напомнить о конституциях человека и тех **ВЕЛИКИХ ВРАЧАХ**, которые внесли свой вклад в это учение.

Первым врачом, который четко сформулировал, что течение всякой болезни зависит не только от силы и характера повреждающего фактора, но и от конституции человека, был **Гиппократ** (ок. 460 – ок. 377 до н. э.), который был не просто врачом **ОТ БОГА**. Именно им были заложены основы медицины, реформировавшие существовавшие в его время постулаты [1]. Предложенные Гиппократом термины «сангвиник», «флегматик», «холерик» и «меланхолик» используются и до настоящего времени. В основе этого деления положена идея Гиппократа о четырех соках в организме человека: кровь, слизь, черная и желтая желчь, которые понимались как свойства сухого, мокрого, горячего и холодного. Эти соки рассматривались как основа конституциональных типов человека. Согласно учению Гиппократа, у сангвиника преобладает кровь, флегматика – слизь, холерика – желтая (печеночная) желчь, меланхолика – черная желчь (связана с селезенкой). Холерик порывист, вспыльчив, иногда необуздан, раздражителен. Его работоспособность высока, но непостоянна. Сангвиник – общителен, подвижен, эмоционален. Это самый уравновешенный и работоспособный тип. Флегматик замкнут, подавлен, нерешителен. Меланхолик имеет самый слабый темперамент. Сангвиник склонен к полнокровию, апоплексии, головной боли, сахарному диабету, флегматик – к отекам. Меланхолик чаще имеет подавленное настроение, страдает нервными болезнями. Холерик предрасположен к болезням печени и желчевыводящей системы.

В последующие годы великий немецкий врач **Христиан Фридрих Самуэль Ганеман** (1755–1843 г.) открыл направление, именуемое **гомеопатией**, основным из постулатов которого был конституциональный подход к лечению больного. Как известно, Ганеман, подобно Парацельсу, отверг в теории (хотя и не всегда на практике) идею маркировки болезней в соответствии с их патологией и настаивал на рассмотрении каждого случая как отдельного экземпляра. Такое отношение вполне естественно приводит к мнению, что пациенты могут быть классифицированы, но не по болезни, от которой они страдают, а в соответствии с гомеопатическим лекарством, которое им требуется. Таким образом, вместо того, чтобы говорить о случае долевой пневмонии, можно было бы говорить о случае *Bryonia* или случае *Lycopodium*. Ганеман также сделал наблюдения, которые стали очень важными для поколений будущих гомеопатов. Он отметил, что *Nux vomica* особенно хорошо подходит тревожным, вспыльчивым, яростным людям, злым, свирепым, легко раздражающимся. *Pulsatilla* необходима для робких, тревожных, плаксивых людей, мягких и уступчивых по характеру, которые, находясь в хорошем здоровье, веселы и нежны [2]. В дальнейшем последователями учения Ганемана понятие о конституции было расширено и выделены новые типы конституций. Так, в начале XX в. **Антуан Небель** при испытаниях гомеопатических препаратов обратил внимание на то, что пациенты, обнаруживавшие наибольшее количество симптомов, обладали весьма специфической конституцией [3]. Он заметил, что пациенты, обладавшие специфической конституцией, при наличии у них патологических состояний поддавались лечению потенцированными дозами этих же самых веществ. Небель разделил всех людей на 3 типа конституции: **карбоническая, фосфорическая, фтористая** [3–5]. Карбоническая конституция соответствует низкорослым, приземистым, полным, иногда страдающим ожирением индивидуумам с тугоподвижными суставами. Фосфорическая конституция типична для рослых, высоких,

худых людей с достаточно гибкими, подвижными суставами. Фтористой конституцией обладают индивидуумы, рост которых может быть самым разным, но, как правило, они довольно низкорослы, худые, с асимметрией лица и туловища, дистрофией скелета и повышенной слабостью связок. Большой вклад в понятие о конституции был внесен Фон Грауфоглем, Гельмутом Бейхельгом, Константином Герингом, Джеймсом Тайлером Кентом и др.

Для отечественной педиатрии огромное значение имело учение о конституциях, изложенное педиатром **М.С.Масловым** в начале XX в., которое на долгие годы определило профилактическую направленность советского здравоохранения [6]. М.С.Маслов считал, что от конституции человека зависит способность организма придавать болезни индивидуальный характер. Причем свойства и признаки конституции могут быть не только приобретенными, но и унаследованными. Он выделял **конституцию и аномалию конституции**. «Об аномалии конституции, – считал М.С.Маслов, – мы говорим тогда, когда функции организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия, когда организм обладает такими... свойствами, которые предрасполагают его к патологическим реакциям на внешние вредности, делают его склонным к определенным заболеваниям и более тяжелому их течению». Таким образом, **под аномалиями конституции, или диатезами** мы понимаем генетически детерминированную особенность обмена веществ, определяющую своеобразие адаптивных реакций организма и предрасположенность к определенной группе заболеваний. **Диатез рассматривается как предболезнь, которая под действием триггерных факторов может реализоваться в заболевание** [6]. В 1926 г. М.С.Маслов написал книгу «Учение о конституции и аномалиях конституции (диатезах) в детском возрасте и их биологическом значении». В своем труде основное значение для формирования патологических реакций он отдал ферментам. Однако отсутствие точных методик определения содержания ферментов, которые стали доступными позднее, не позволило ученому расширить эти исследования. Тем не менее главный вывод был сделан: **внешние факторы среды способны изменять унаследованные морфологические, биохимические параметры организма**. Именно М.С.Маслов стал первым русским педиатром, который представил с научной точки зрения диатезы, выделив 10 типов. Однако в педиатрии широкое распространение получили только 3 типа:

- экссудативно-катаральный;
- лимфатико-гипопластический;
- нервно-артритический.

С позиции современных знаний **конституция** – это совокупность гено- и фенотипических свойств и особенностей (морфологических, биохимических и функциональных) организма, определяющих возможность его защитно-приспособительных реакций, направленных на сохранение гомеостаза, т.е. здоровья. В то же время здоровье всегда относительно и индивидуально и обусловлено метаболическими особенностями. Ю.Е.Вельтищев (1994 г.) считал, что «варианты нормы проявляются в особенностях обмена веществ и энергии, что обусловлено наследственным полиморфизмом структурных белков, ферментов и других биополимеров» [7].

Особенности обмена веществ могут быть относительно одинаковыми у разных людей. Это и есть **диатезы** (или аномалии), т.е. генетически детерминированные особенности обмена веществ (метаболическая индивидуальность), определяющие своеобразие адаптивных реакций организма и предрасполагающие к определенной группе заболеваний [7, 8]. Определение типа диатеза помогает в разработке рекомендаций по первичной профилактике разных заболеваний в будущем. Выделить предрасположенность и степень риска возникновения заболевания значительно сложнее, чем поставить диагноз уже развившегося заболевания, даже в случае его минимальных проявлений.

Предрасположенность (диатез) к заболеваниям определяется особенностями структуры и функции одной или нескольких систем организма: иммунной, ЦНС, нервно-гуморальной и т.д. Амплитуда нормальных функций организма в окружающей среде очень индивидуальна. Крайние нормативные показатели и компенсированные дефекты метаболизма составляют сущность предрасположенности, так как под влиянием разных эндо- и экзогенных факторов (возрастных, инфекционных, экологических) могут не обеспечить адаптацию к меняющимся условиям внешней среды: предрасположенность реализуется заболеванием. Педиатры чаще сталкиваются с тремя основными видами диатезов: экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический. С позиции современных знаний мы хотим дать характеристику каждому типу диатеза [7–10].

Экссудативно-катаральный и аллергический диатезы имеют во многом сходную клиническую картину, но различаются по патогенезу. Однако, учитывая значительную схожесть этих двух диатезов, многие педиатры в последнее время выделяют их в одну группу. Основу (структурно-функциональную) экссудативно-катарального и аллергического диатезов составляют своеобразия состояния вегетативной нервной системы (преобладание ваготонии с повышением уровня ацетилхолина), тучных клеток (повышенная либерация медиаторов воспаления), структуры соединительной ткани и сосудистой стенки.

Аллергический диатез – реактивный, IgE-опосредованный вариант. Наследственность у пациента отягощена по аллергическим заболеваниям. В патогенезе имеет значение последовательная смена иммунологической, патохимической и патофизиологической стадий аллергических реакций. Характерной чертой является поляризация иммунного ответа в пользу преобладания и преимущественного активирования Т-хелперов, что сопровождается гиперпродукцией общего иммуноглобулина (Ig) E и специфических IgE-антител. Предрасположенность к аллергии клинически проявляется при воздействии неблагоприятных факторов. Наиболее частыми провоцирующими факторами у детей раннего возраста являются пищевые аллергены (коровье молоко, яйца, рыба, арахис и т.д.), реже – лекарственные, ингаляционные, инфекционные, вакцинальные. У них часто наблюдаются также транзиторный или постоянный дефицит секреторного IgA в крови, эозинофилия, нарушение обмена триптофана, повышение относительного содержания полиненасыщенных жирных кислот (арахидоновой) в липидных структурах клеточных мембран, ваготония, склонность к вазоконстрикции [7–10]. Так как в основе патогенеза аллергического диатеза лежат реактивы, он получил свое второе название – атопический.

- Дети, имеющие аллергический диатез, чаще реализуют:
- 1) атопический дерматит;
 - 2) бронхиальную астму, аллергический ринит, конъюнктивит;
 - 3) гастроинтестинальные проявления аллергии.

При этом респираторные и гастроинтестинальные симптомы могут сочетаться с кожными поражениями, а могут быть изолированными.

Дети с **аллергическим диатезом** имеют типичный внешний вид. Они, как правило, пастозные, часто – гиперстеники, но могут быть и астениками, с нежной кожей, вялыми или беспокойными, с небольшим избытком массы тела. При создании профилактических программ ведения детей с аллергическим диатезом на первый план выдвигается индивидуальная диетотерапия. Например, кормящей матери детей первых 3–6 мес не рекомендуется употреблять продукты на основе коровьего молока. Очень важно восстановление эмоционального состояния ребенка, создание правильного психологического климата. Хороший эффект дает применение фитотерапии.

В патогенезе **экссудативно-катарального диатеза** лежат гистаминазные и либераторные наруше-

ния, а также нарушения в обмене циклических нуклеотидов. Как правило, эти дети реализуют псевдоаллергические реакции, родители жалуются, что они имеют «аллергию на все». Для этого типа диатеза характерны лабильность водно-солевого обмена, анаэробный тип обмена веществ, неполноценность соединительной ткани. Дети с экссудативно-катаральным диатезом имеют склонность к повышенной дегрануляции тучных клеток, избыточный синтез гистамина, недостаточную активность гистаминазы, повышенную чувствительность тканей к гистамину, повышенную проницаемость стенки кишечника и сосудов, нарушения фагоцитоза, дискортицизм. Дети, как правило, пастозные, малоподвижные, склонны к избыточной массе тела. Кожа склонна к появлению опрелостей, мокнутия. У этих детей необходимо исключать продукты, обладающие «либераторным действием», способные провоцировать дегрануляцию тучных клеток (клубника, цитрусовые и т.д.) [7–10].

Дети с **лимфатико-гипопластическим диатезом** имеют временную возрастную дисфункцию клеточного и гуморального иммунитета в сочетании с дисфункцией эндокринной системы. У них отмечаются гиперплазия вилочковой железы и лимфатических узлов, гипоплазия хромаффинной ткани надпочечников. Дети с лимфатико-гипопластическим диатезом отличаются спокойствием, замедленной реакцией на болевые раздражители, мышечной гипотонией. С возрастом, как правило, у этих детей отсутствуют «претензии на лидерство», для них типичны избыточная масса тела, в будущем у них чаще реализуется ожирение. Для них характерны бледность кожных покровов с мраморным рисунком, повышенная гидрофильность тканей, розовый и красный возвышающийся дермографизм. У них выявляются гиперплазия тимуса, генерализованное увеличение периферических лимфатических узлов, миндалин. Нередко существенное увеличение вилочковой железы сопровождается появлением синдрома внутригрудной компрессии: пыхтящее дыхание, цианоз, тахикардия при физической нагрузке. Эти дети склонны к рецидивирующим или хроническим воспалительным заболеваниям (частые острые респираторные инфекции, аденоидиты, синуситы, тонзиллит в сочетании с длительным субфебрилитетом). Эти дети в группе риска по развитию острой надпочечниковой недостаточности, аутоиммунных заболеваний, заболеваний крови (лимфомы, лейкозы), бронхиальной астмы. У детей с лимфатико-гипопластическим типом конституции высок риск синдрома внезапной смерти, имеется предрасположенность к туберкулезу, возможны анафилактикоидные реакции на вакцины, некоторые лекарственные средства. Максимальные проявления лимфатико-гипопластического диатеза – в возрасте 3–6 лет. Для данного типа конституции характерны: снижение Т-хелперов и Т-супрессоров, дефицит секреторного IgA, абсолютное и относительное превышение числа лимфоцитов периферической крови по сравнению с возрастными нормативами. Этим детям свойственна дисфункция эндокринной системы в виде гипофункции коры надпочечников и недостаточности симпатико-адреналовой системы. У них часто выявляются гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, отмечается снижение уровня адренорекортикотропного гормона, а, следовательно, нарушение функции надпочечников. Кроме этого, выявляются повышенный уровень соматотропного гормона, снижение содержания кортизола и тиреотропного гормона [7–10].

При создании профилактических программ наблюдения пациентов с лимфатико-гипопластическим типом конституции необходимо предусмотреть применение витаминов, адаптогенов, иммуномодуляторов. Особенно важно сохранение продолжительного грудного вскармливания, в случае его отсутствия назначаются современные адаптированные смеси, содержащие такие компоненты, как нуклеотиды, длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты,

пре- и пробиотики, а при семейном риске аллергии – частично гидролизованые смеси или смеси на основе глубокого гидролизата белка. Продукты прикорма вводятся с осторожностью. Необходимо ограничивать у таких детей легкоусвояемые углеводы. Важно при ведении детей с лимфатико-гипопластическим типом конституции предусмотреть оптимальный двигательный режим, достаточное пребывание на свежем воздухе, закаливание, лечебную физкультуру, массаж. Показан профилактический прием поливитаминных комплексов детям до 3 лет, после 3 лет – поливитаминно-минеральных комплексов, включающих цинк, селен, йод, железо (типа Пиковит Юник, Мульти-табс Малыш). При необходимости с целью стимуляции коры надпочечников используют настой корня солодки. Могут быть использованы адаптогены: пантокрин, заманиха, левзея, настойка женьшеня, элеутерококк и др. С целью профилактики острых респираторных инфекций возможно использование иммуномодуляторов, а также гомеопатических лекарственных средств типа Иммунокинда, Аффлубина, Инфлюцида, Анаферона.

Для детей с лимфатико-гипопластическим и экссудативно-катаральным диатезом характерна самая высокая частота заболеваемости острыми респираторными инфекциями, осложненное их течение, им часто назначают антибактериальные препараты. Дети с этими типами конституции, как правило, традиционно относятся к группе часто и длительно болеющих детей.

Нервно-артритический диатез (урикемический, мочекислый) характеризуется неустойчивостью углеводного и липидного обмена, риском кетоацидоза, нарушением обмена мочевой кислоты [7–10]. Дети с нервно-артритическим типом конституции часто склонны к нарушениям пуринового обмена, повышению синтеза мочевой кислоты. У них нередко отмечаются белый дермографизм, тахикардия за счет симпатикотонии, субфебрилитет. Гиперурикемия и повышенная экскреция солей мочевой кислоты создают предпосылки для камнеобразования. Дети с нервно-артритическим типом конституции часто имеют недостаточность питания, неврогенную или ацетонемическую рвоту, склонность к артритам, подагре, дисметаболической нефропатии, развитию тубулоинтерстициального нефрита. Как правило, эти заболевания широко распространены в семье ребенка. Одним из первых клинических проявлений нервно-артритического диатеза является развитие мочекислового инфаркта у новорожденных. На первом году эти дети чаще страдают кишечными коликами, у них нередко преобладают процессы возбуждения, беспокойство, пугливость, плохой сон. Возможны срыгивания и рвота. Большая часть детей склонны к пониженному аппетиту, недостаточности питания. На фоне острого респираторного заболевания возможно развитие кетоацидоза. Для данного конституционального типа характерны гипертермические реакции с повышенной судорожной готовностью и развитием судорог. Как правило, у этих детей хорошее психомоторное развитие. Нередко дети с нервно-артритическим типом конституции опережают сверстников в интеллектуальном развитии (дети – «вундеркинды»), но они легко возбудимые, эмоционально лабильны, часто жалуются на страхи, нару-

шения сна, энурез, тики, страдают логоневрозом, а в последующем – имеют выраженные вегетативные нарушения.

Маркерами этого типа диатеза являются уратурия и высокий уровень мочевой кислоты в крови. Максимальные проявления нервно-артритического диатеза в возрасте 5–10 лет и уменьшение – после 9–11 лет. Детям с данным типом конституции рекомендуется диета с ограничением продуктов, богатых пуриновыми основаниями (кофе, какао, шоколад, телятина, куры, бобовые, крепкие бульоны, черная икра, деликатесные сорта рыбы, мозги, почки); обильное щелочное питье, особенно во вторую половину дня (с 1 мес 1 чайная ложка теплого дегазированного боржоми на 1 кг массы в сутки); клюква, лимоны; витамин В₆ в утренние часы. При необходимости в комплекс лечения включается седативная фитотерапия (валериана, хвощ, мята, пустырник), при необходимости подключаем медикаментозную терапию. Возможно использование комплексных гомеопатических препаратов Иммунокинд, Валерианаксель, Нервохель, при нарушениях сна – Дормикинд, Пассидорм.

Отечественная медицина всегда имела профилактическую направленность, которая в последние десятилетия, к сожалению, несколько утратила свои позиции. Возвращение к учению М.С.Маслова о конституциях, знание факторов риска развития заболеваний, назначение профилактических и лечебных мероприятий с учетом особенностей конституционального реагирования позволяют вырастить здорового ребенка.

Литература/References

1. <http://www.wisdoms.ru/avt/b57.html>
2. Campbell A. The concept of constitution in homeopathy. Homeopathy 2011; 100 (1–2): 79–82.
3. Жуани Ж. Основные принципы и методология гомеопатической терапии. Смоленск, 1998. / Zhuani Zh. Osnovnye printsipy i metodologiya gomeopatcheskoi terapii. Smolensk, 1998. [in Russian]
4. Боленд Д. Подбор конституционального лекарства в детской практике. Архив гомеопатии. 1992; 1. / Bolend D. Podbor konstitutsional'nogo lekarstva v detskoj praktike. Arkhiv gomeopatii. 1992; 1. [in Russian]
5. Бейхельт Г. Конституциональные гомеопатические лекарственные средства. М.: Атлас, 1994. / Beikhel't G. Konstitutsional'nye gomeopatcheskie lekarstvennye sredstva. M.: Atlas, 1994. [in Russian]
6. Кипнис Н. Жизнь, отданная педиатрии. Петербургский дневник. 2011; 12 (327). / Kipnis N. Zhizn', otdannaia pediatrii. Peterburskii dnevnik. 2011; 12 (327). [in Russian]
7. Ильенко Л.И., Костенко А.Ю., Холодова И.Н., Сырвева Т.Н. Целесообразность применения конституциональных средств в педиатрии. Украинский гомеопатический сборник. 2006; 1X: 87–91. / Il'enko L.I., Kostenko A.Yu., Kholodova I.N., Syr'eva T.N. Tselesoobraznost' primeneniia konstitutsional'nykh sredstv v pediatrii. Ukrainskii gomeopatcheskii sbornik. 2006; 1Kh: 87–91. [in Russian]
8. Сибилева Е.Н., Торопыгина Т.А., Л.А.Зубов, В.Е.Триль. Оценка конституциональных особенностей у детей. Архангельск, 2011. / Sibileva E.N., Toropygina T.A., L.A.Zubov, V.E.Tri'l'. Otsenka konstitutsional'nykh osobennostei u detei. Arkhangel'sk, 2011. [in Russian]
9. Детские болезни: учебник. Под ред. А.А.Баранова. Изд. 2-е. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. / Detskie bolezni: uchebnik. Pod red. A.A.Baranova. Izd. 2-e. M.: GEOTAR-Media, 2009. [in Russian]
10. Шабалов Н.П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема. Педиатрия. 2005; 5: 72–6. / Shabalov N.P. Diatezy i anomalii konstitutsii kak pediatricheskaia problema. Pediatriia. 2005; 5: 72–6. [in Russian]

Сведения об авторах

Холодова Ирина Николаевна – д-р мед. наук, проф. каф. педиатрии ГБОУ ДПО РМАПО. E-mail: chin5@yandex.ru

Захарова Ирина Николаевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. педиатрии ГБОУ ДПО РМАПО, засл. врач РФ, гл. педиатр Центрального федерального округа России. E-mail: zakharova-rmapo@yandex.ru