

Число родильниц с гипертермией было 14 (19,5%), то есть в 2 раза меньше, чем в группе сравнения. Общее число осложнений составило 8 (11,1%), а эндометритов – 2 (2,8%), что в 2,6 раза меньше, чем в группе сравнения. Случаев раневой инфекции при электро-лазерно-магнитной терапии было также 2, что составило 2,8%. Исследование ВНС и иммунной систем обнаружило менее выраженную асимметрию показателей электропунктометрии, более заметную нормализацию основных иммунологических показателей, особенно повышение фагоцитарной активности нейтрофилов (повышение фагоцитарного индекса с 69,5% до 71,5% и фагоцитарного числа с 1,81 до 1,92 при снижении ЦИК). Исследование провосполительных цитокинов крови выявило достоверное снижение уровня интерлейкина (ИЛ) 1 β и статистически незначимое изменение ИЛ-2, ИЛ-6 и TNF- α (туморнекротический фактор- α). Это позволило сократить послеоперационный койко-день на 2,2 $\pm$ 0,13 дня.

Выводы. Применение электро-лазерно-магнитной терапии у родильниц после кесарева сечения обеспечивает быстрое восстановление иммунной реактивности и ликвидирует вегетативную дистонию, чего монотерапия антибиотиками не обеспечивает. Это способствует благоприятному клиническому течению послеоперационного периода, уменьшению медикаментозной нагрузки на организм родильниц, сокращению послеоперационного койко-дня и позволяет снизить частоту послеродовых осложнений и 2,6 раза, а эндометритов – 2,5 раза.

Литература

1. Гуртовой Б.Л. // Акуш. и гинекол. – 2006. – №1. – С. 30.
2. Захаров И.В. Значение вагинальной лазеропунктуры в комбинированном лечении больных трубным бесплодием: Дис... к. м. н. – Волгоград, 2005.
3. Пешев Л.П., Евстегнеев А.Р. Квантовая терапия в акушерско-гинекологической клинике. – Саранск-Калуга, 2002. – 156 с.
4. Стрижаков А.Н. и др. Физиология и патология послеродового периода. – М., 2004.
5. Чернуха Е.А. // Акуш. и гинекол. – 2005. – №5. – С. 8–12.
6. Чернуха Е.А. // Нормальный и патологический послеродовой период: рук-во для врачей. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2006. – 276 с.
7. Buchheit H. Die vaginale Akupunktur. – Haug Verlag, 1985. – 192 p.
8. French L. // Curr. Women's Health Rep. – 2003. – Vol. 3. – P. 274–279.
9. Gary Cunningham et al. // Williams Obstetrics. – 21st Ed. – McGraw-Hill, 2001. – P. 537–560.

УДК 618.1:616-006

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ И СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РСО-АЛАНИЯ В 1989–2005 ГГ.

И.К.ХУТИЕВА, Л.В.ЦАЛЛАГОВА, Е.Б.РЕВАЗОВ, М.Р. РЕВАЗОВА*

Опухоли органов репродуктивной системы в общей структуре заболеваемости раком в России занимают ведущее положение. Они составляют более 35% среди всех злокачественных новообразований женщин [1, 3]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы в последние годы произошли существенные изменения. Намечился повсеместный рост, а в некоторых регионах значительный, заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) при одновременном и заметном снижении заболеваемости раком шейки матки (РШМ). Растет заболеваемость раком тела матки (РТМ) и раком яичников (РЯ). На опухоли репродуктивной системы приходится самая высокая женская смертность [4–6]. Анализ заболеваемости, смертности и состояния онкологической помощи при опухолях органов

репродуктивной системы в республике не вселяет оптимизма. Удельный вес рака этих органов в структуре заболеваемости злокачественными опухолями в 1989–2005 гг. вырос с 21,7 до 23,4% и занимает первое ранговое место. Усредненный 5-летний показатель заболеваемости вырос в 1,3 раза, с 85,4 (1989–1993) до 111,7 (2001–2005) на 100 тыс. женского населения. Средний темп прироста составил 30,8%. Без положительной динамики остались показатели смертности 69,8 (1989–1993) и 68,1 (2001–2005) на 100 тыс. женщин. Состояние онкопомощи больным с опухолями органов репродуктивной системы в 1989–2005 гг. см. в табл.

РМЖ – самое распространенное онкологическое заболевание. Если в 1989г. на его долю приходилось 10,7%, занимая 3-ю позицию после рака легкого и рака кожи, то в 2005 г. – 13,8%, заняв первое ранговое место среди всех других опухолей. В 2005 г. число вновь выявленных больных РМЖ составило 256 (70,0 на 100 тыс. женского населения) и выросло по сравнению с 1989 г. – 145 (42,6 на 100 тыс. женского населения) в 1,6 раза (прирост 64,3%). Это выше, чем в любом другом регионе РФ. Среднероссийский «грубый» показатель заболеваемости составляет 58,08, а регионов Северного Кавказа – 35,12 на 100 тыс. женского населения (2001г), т.е. в 1,2 и 2,0 раза ниже, чем в РСО-Алания. Смертность от РМЖ в 2005 г. 159 (42,8) по сравнению с 1989 г. 129 (37,9 на 100 тыс.) выросла в 1,13 раза (прирост 13,9%). Это в 1,5 раза выше среднероссийского показателя (28,12) и в 1,6 раза показателя Северо-Кавказского региона (22,99 на 100 тыс. женщин). Усредненный 5-летний «грубый» показатель заболеваемости РМЖ, как следует из табл., был равен 45,6 (1989–1993) и 64,4 (2001–2005), т.е. вырос в 1,4 раза (темпы прироста 41,2%).

Выявляемость на профилактических осмотрах, как следует из отчетов Республиканского онкологического диспансера (РОД), улучшилась с 8,9% до 16,6%, т.е. в 1,9 раза, но остается ниже среднероссийского показателя – 18,1% [6]. Диагноз морфологически верифицирован в 96,7% (1989–1993 гг.) и 99,5% (2001–2005 гг.), в РФ – 93,7%, на 5,8% ниже. Выявляемость РМЖ в I-II стадии улучшилась с 63,4 до 67,6% (на 4,2%), в III – с 25,0 до 24,5% (на 1,5%) и в IV – с 11,4 до 7,8% (на 3,6%). Среднероссийские показатели приблизительно такие же: I-II стадии – 61,4%, III – 25,4% и IV – 12,2%. Если учесть, что III стадия для опухолей наружной локализации является запущенной, то в РФ и РСО-Алания процент запущенности РМЖ довольно высок. На конец отчетного года на учете состояло больных 477,5 (2001–2005 гг.) и 315,9 на 100 тыс. населения (1989–1993 гг.), т.е. улучшение показателя в 1,5 раза. В РФ он равен 277,9 на 100 тыс. населения. Что касается выживаемости больных 5 и более лет, то она в РСО-Алания снизилась с 56,2% до 51,6% (на 4,6%). В РФ она выше 54,1% [6]. Показатель смертности вырос в 1,1 раза, с 36,3 (1989–1993 гг.) до 39,4 (2001–2005 гг.). Темп прироста составил 8,5%. В РФ смертность на 6,2% ниже – 30,1 на 100 тыс. населения [6].

Доля закончивших специальное лечение повысилась с 67,6% (1989–1993 гг.) до 71,9% (2001–2005 гг.). Из них показатель только хирургического лечения увеличился с 7,1 до 12,0% (на 4,9%), комбинированного или комплексного – с 89,2% снизилось до 87,9%. В РФ закончивших специальное лечение составили 72,3%, только хирургическое – 24,3%, только лучевое – 1,9%, только лекарственное – 1,3%, комбинированное или комплексное – 70,6% и химиолучевое – 1,9% [4]. Анализ лечебно-диагностической помощи при РМЖ свидетельствует, о высокой заболеваемости и смертности в республике от опухолей этой локализации. Темпы прироста заболеваемости и смертности высокие и продолжают расти. Показатели выявляемости РМЖ в ранней (I-II) стадии, по данным РОД, лучше аналогичных среднероссийских показателей, а данные продолжительности жизни 5 и более лет и смертности, наоборот, хуже. Остается высоким процент запущенности (III-IV стадии) заболевания. РШМ остается в числе наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимающий 7-е место среди всех других опухолей и 3-е место среди опухолей органов репродуктивной системы. Он составляет 9,8% всех опухолей у женщин [2]. РШМ в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в РСО-Алания составлял 2,7% (1989 г.) и занимал 10-е и 4-е места среди опухолей репродуктивной системы. В 2005 г. удельный вес его вырос до 3,7%, и он переместился на 7-е место в общей структуре заболеваемости раком и 3-е – среди опухолей репродуктивной

* Кафедра онкологии, кафедра акушерства и гинекологии Северо-Осетинской ГМА г. Владикавказ

системы. Если в 1989 г. заболеваемость РШМ составила 10,9, то в 2005 г. – 18,8 на 100 тыс. женщин, т.е. увеличилась в 1,7 раза (прирост 73,5%). Среднероссийский показатель в 1,2 раза ниже – 15,9 на 100 тыс. населения [5].

основным методом лечения РШМ является лучевой – 66,4%, частота применения других методов: хирургический – 12,5%, комбинированный или комплексный – 18,3%, химиолучевой – 2,4%, лекарственный – 0,3% [4].

Таблица

Усредненные пятилетние показатели состояния онкологической помощи при опухолях органов репродуктивной системы

Показатель	РМЖ		РШМ		РТМ		РЯ	
	1989-1993	2001-2005	1989-1993	2001-2005	1989-1993	2001-2005	1989-1993	2001-2005
Уд. вес в структ. заб-ти раком, %	11,3	13,5	3,1	3,4	2,5	3,8	2,5	2,4
Заб-ть на 100 тыс.	45,6	64,4	15,2	16,5	12,2	18,1	12,4	11,2
Выявлено на проф. осмотрах, %	8,9	16	23,7	18,5	2,4	10,4	0,4	1,4
Морф-я верификация диагнозов, %	96,7	99,5	99,6	99,4	99,2	96,1	75,4	90,8
Распред-е вновь выявл. больных по стадиям								
I-II	63,4	67,6	71,5	76,5	74,4	83,4	22,9	24,2
III	25	24,5	25	17,4	18,4	12,7	29	32,9
IV	11,4	7,8	3,5	6	6,9	4	47,7	42,9
Состоит на учете на конец отчет-го года на 100 тыс. населения	315,9	477,5	178,5	163,1	87,2	149,7	35,2	55,2
Из них на учете 5 и более лет, %	56,2	51,6	74	66,8	53,3	56,8	46,9	49,3
Смертность на 100 тыс. нас-я в отчет-м году	36,3	39,4	14,6	10,4	6,2	8,2	12,6	9,3
Лет-сть на 1 году, %	10,4	7,3	11,1	6,1	6,3	4,1	41,5	34,3
Получивших спец-е лечение, %	67,6	71,9	70,8	66,2	75,4	76	26,6	58,5
В том числе только хирургическое	7,1	12,1	12,5	7,2	29,5	9,6	16,1	11,3
только лучевое	-	-	54,5	43,2	-	-	-	-
только лекарственное	1,6	-	1,3	-	-	-	-	-
комбинир. или комплекс.	89,2	87,9	30,7	48,6	61,5	90,4	81,1	88,7
химиолучевое	-	-	1,0	-	-	-	-	-

Смертность от РШМ снизилась с 15,0 (1989) до 8,6 (2005) на 100 тыс. женского населения, т.е. в 1,7 раза, что соответствует среднероссийскому показателю – 8,2 [5]. Усредненный пятилетний показатель заболеваемости РШМ увеличился с 15,2 (1989-1993 гг.) до 16,5 (2001-2005 гг.), т.е. в 1,1 раза (темпы прироста 8,6%). Выявляемость на профилактических осмотрах снизилась в 1,3 раза с 23,7 до 18,5% (на 5,2%), что на 4,2% ниже среднероссийского показателя (1997 г.). Морфологически диагноз верифицирован у 99,6% (1989-1993 гг.) и 99,4% (2001-2005 гг.), в РФ – 95,8%. В I-II стадии опухоль выявлена у 71,5% (1989-1993 гг.) и 74,4% (2001-2005 гг.), что значительно выше (на 15,9%) среднероссийского показателя 58,5% (1997 г.). В III стадии эти показатели соответствовали 25,0% и 17,4% и IV – 3,5% и 6,0%. В РФ показатели III и IV стадии значительно хуже и составили 28,6% и 11,2% соответственно. На конец отчетного года на учете состояло 175,8 (1989-1993) и 163,1 (2001-2005) на 100 тыс. женщин. Продолжительность жизни 5 и более лет снизилась с 74,0 до 66,8% (на 7,2%), в РФ этот показатель лучше – 75,5% (1997г). Летальность на 1 году с момента установления диагноза снизилась в 1,8 раза, с 11,1 до 6,1%, при среднероссийском показателе 19,2% [4].

Специальное лечение закончили 70,8% (1989-1993 гг.) и 66,2% (2001-2005 гг.) больных, что на 9,6% ниже среднероссийского показателя 75,8. Только хирургическое лечение получило 12,5 и 7,2% (снизилось на 5,3%), только лучевое 54,5 и 43,2%, комбинированное или комплексное лечение 30,7 (1989-1993 гг.) и 48,6% (2001-2005 гг.). В РФ

онкологической помощи при РШМ даст основание сказать, что заболеваемость опухолями указанной локализации в республике растет и она выше среднероссийского показателя. Смертность, хотя и снизилась за последний период, но остается выше среднероссийского показателя. На фоне высоких показателей выявляемости заболевания в I-II стадии и низких III-IV стадии (по отчетам РОД) длительность жизни больных 5 и более лет снижается, и она ниже среднероссийского показателя.

РТМ в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в РСО-Алания составлял 2,9% (1989) и занимал 9-е место и 3-е место среди опухолей репродуктивной системы. В 2005 г. удельный вес этой опухоли составил 4,0%, и она переместилась на 6-е и 2-е место соответственно. В 2005 г. заболеваемость РТМ по сравнению с 1989 г. выросла в 1,8 раза (20,4 против 11,5 на 100 тыс. женского населения). Темпы прироста – 77,4%.

Смертность увеличилась в 1,6 раза. С 5,3 (1989) до 8,3 (2005) на 100 тыс. женского населения (темпы прироста 56,6%). Усредненный показатель заболеваемости РТМ в республике вырос с 12,2 (1989-1993) до 18,1 (2001-2005), т.е. в 1,5 раза (прирост 48,4%). В РФ этот показатель равен 19,5 и в Северо-Кавказском регионе 14,6 на 100 тыс. населения [5]. Выявляемость на профосмотрах увеличилась с 2,4 до 10,4%, как в РФ – 10,3% (2003). Морфологическая верификация диагноза высокая – 99,2% (1989-1993) и 96,1% (2001-2005), в РФ – 94,5%. Выявляемость РТМ в I-II стадии улучшилась с 74,4% (1989-1993 гг.) до 83,4% (2001-2005) (на 9,0%), в III – 18,4% и 12,7% и IV – 6,9% и 4,0%. В РФ эти показатели хуже и выглядят так: I-II стадия 76,5%, III – 13,2 и IV – 7,1 [6]. На конец отчетного года на учете состояло больных 87,2 (1989-1993) и 149,7 (2001-2005), т.е. этот показатель вырос в 1,7 раза (прирост 71,7%). Из них 5 и более лет прожили 53,3 и 56,8% соответственно. В РФ под наблюдением на конец года находилось 107,2 на 100 тыс. населения, из которых 5 и более лет прожили 60,0% (2003). В приведенных показателях РСО-Алания и РФ прослеживается несогласованность. Смертность с 6,2 (1989-1993) выросла до 8,2 (2001-2005) на 100 тыс. женщин. Летальность на 1-м году после установления диагноза снизилась с 6,3% до 4,1%, в РФ – 13,0% [6]. Число больных, закончивших специальное лечение, в среднем составило 75,4% (1989-1993) и 76,0 (2001-2005), что совпадает с показателем РФ 76,6% (2003). Только хирургическое лечение получило 29,5 и 9,6%; комбинированное или комплексное – 61,5 и 90,4% соответственно. В РФ только хирургическое лечение получило 33,7%, только лучевое – 3,5%, только лекарственное – 0,5%, комбинированное или комплексное 61,7% и химиолучевое 0,6% больных [6].

Заболеваемость и смертность от РТМ в республике довольно высокая и имеет склонность к росту. Тревожными являются темпы прироста заболеваемости и смертности. При лучших показателях выявляемости больных в I-II стадии заболевания, по сравнению с аналогичными среднероссийскими данными и приблизительно одинаковых показателях по количеству больных, получивших специальные методы лечения,

процент выживаемости 5 и более лет в республике ниже, чем в среднем по России. РЯ в структуре онкологических заболеваний составляет 5% и занимает 7-е место и 3-е среди опухолей органов гениталий. В РСО-Алания РЯ составил 3,4% (1989 г), занимал 8-е место и 2-е среди опухолей репродуктивной системы. В 2005 г. удельный вес этой опухоли снизился до 2,2%, и он опустился до 14-го и 4-го места соответственно. В 2005 г. заболеваемость РЯ по сравнению с 1989 г. снизилась в 1,2 раза с 13,5 до 11,3 на 100 тыс. женского населения (темпы прироста -44,0%). В РФ этот показатель равен 10,2 на 100 тыс. населения. Смертность от РЯ снизилась в 1,5 раза с 12,15 (1989) до 8,1 (2005) на 100 тыс. населения (темпы прироста - 78,0%). Усредненный пятилетний показатель заболеваемости РЯ за наблюдаемый период мало изменился: 12,4 (1989–1993) и 11,2 (2001–2005) на 100 тыс. женщин, что превышает среднероссийский показатель – 10,2.

Выявляемость на профилактических осмотрах в республике крайне низкая 0,4 (1989–1993 гг) и 1,4 (2001–2005). В РФ она равна 7,8% (2003 г). Диагноз морфологически верифицирован у 75,4% (1989–1993) и 90,8% (2001–2005), а в РФ – 85,7% [6].

В I-II стадии РЯ выявлен у 22 и у 24,2% больных, III – у 29,0 и 32,9% и IV – у 47,7 и 42,9% соответственно. В РФ эти показатели равнялись: I-II стадии 32,6%, III– 39,5 и IV – 23,9% (2003г), что значительно лучше показателей РСО-Алания.

На конец отчетного года на учете состояло 35,2 (1989–1993) и 55,2 (2001–2005) на 100 тыс. женщин, т.е. отмечается улучшение этого показателя в 1,7 раза (прирост 56,8%). Вместе с тем среднероссийский показатель выше 58,2 на 100 тыс. населения (2003). Длительность жизни 5 и более лет в республике составила 46,9% (1989–1993) и 49,3% (2001–2005), в РФ этот показатель в 1,4 раза лучше 66,8% [6]. Смертность снизилась с 12,6 (1989–1993) до 9,3 (2001–2005) на 100 тыс. чел. Летальность на 1-м году жизни после установления диагноза с 41,5% (1989–1993) снизилась до 34,3%, но осталась выше среднероссийского показателя 30,8% (2003). Доля больных, закончивших специальное лечение, с 26,6 (1989–1993) повысилась до 58,5% (2001–2005), в РФ – 59,0%. Только хирургическое лечение получило 16,1% и 11,3%, комбинированное или комплексное 81,1 и 88,7% соответственно. В РФ только хирургическое лечение проведено у 16,5% больных, только лучевое – у 0,1%, только лекарственное – у 7,9%, комбинированное или комплексное – у 74,5% и химиолучевое – у 0,9% [6].

Из сказанного следует, заболеваемость РЯ принимает склонность к непрерывному росту. Смертность хотя и снизилась, но пока остается выше среднероссийского показателя. Выявляемость больных в ранней стадии заболевания крайне низкая, высок процент запущенности. Уровень выживаемости больных при этой опухоли ниже аналогичного среднероссийского показателя.

Анализ заболеваемости, смертности и состояния онкологической помощи при злокачественных новообразованиях репродуктивной системы в республике позволяет сделать следующие выводы: заболеваемость и смертность среди женского населения от рака органов репродуктивной системы и темпы прироста этих опухолей за изучаемый период в целом значительно выросли; активная выявляемость больных низкая, что, прежде всего, связано с нарушением профилактической направленности здравоохранения, отказом от массовых осмотров населения с целью раннего выявления рака и предраковых заболеваний, отсутствием региональной национальной целевой программы (в том числе скрининговых) по онкологии и ненаучного подхода к решению актуальных практических проблем; Парадоксально, но факт, низкая 5-летняя выживаемость больных при высоком проценте выявляемости заболевания в I-II стадии (по отчетам РОД), что по всей вероятности связано применением минимального объема диагностических средств и связанные с этим ошибки в определении стадии заболевания, не использование всего возможного комплекса алгоритмов диагностики и лечения опухолей этой локализации; проблемы первичной и вторичной профилактики рака органов репродуктивной системы, как и опухолей вообще, решаются неудовлетворительно. Для улучшения сложившейся в республике онкологической ситуации, по опухолям органов репродуктивной системы, как нам представляется, необходимо: активизировать первичную и вторичную профилактику рака вообще и рака органов репродуктивной системы в частности; дать объективную оценку заболеваемости, смертности и состояния онкологической

помощи при опухолях органов репродуктивной системы и определить объем лечебно-диагностической и профилактической помощи этой категории больных; качественное улучшение не только преддипломной, но и последипломной подготовки (студентов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов) и врачей общей лечебной сети (в том числе семейных) на базе кафедры онкологии; внедрить скрининговые системы групп риска на опухоли органов репродуктивной системы с целью ранней диагностики и адекватного лечения больных этой патологии; оптимизация комбинированных и комплексных методов лечения при ранних, местно распространенных и метастазирующих опухолях органов репродуктивной системы.

Литература

1. *Жордания К.И.* Энциклопедия клинической онкологии.– М., 2004.– С.427–442.
2. *Новик В.И.* Практическая онкология.– СПб., 2004.– С.623–633.
3. *Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е.* Практическая онкология: избранные лекции.– СПб., 2004.– С.318–328.
4. *Чиссов В.И. и др.* Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России в 1996 г.– М., 1997
5. *Чиссов В.И. и др.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения России в 1995 году.– М., 1997.
6. *Чиссов В.И. и др.* Злокачественные новообразования в России в 2001г. (Заболеваемость и смертность).– М., 2003.

УДК 616-007.41

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРЕНИНГА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ

Л.М. БАБИНА, Е.А. ЕФИМОВА, В.В. КОТЛЯРОВ

Несмотря на распространенность (до 80% в популяции) [7] и очерченную клиническую картину, лечение синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у детей остается «камнем преткновения» для врачей различных специальностей и сводится к назначению традиционной медикаментозной терапии с кратковременным эффектом [1]. При этом дети, имеющие СВД в различных формах и преобладанием в клинической картине поражения различных систем, лечатся одинаково[3].

Актуальным остается поиск метода нормализации вегетативной регуляции, неинвазивного, безболезненного и имеющего длительный эффект после окончания курса лечения. Такими качествами обладает метод психофизиологического тренинга биологической обратной связью (БОС) [2, 4], применяемый нами в терапии СВД у детей. Научная новизна применяемого метода заключается в использовании метода лечения, кардинально изменяющего управление центрами вегетативной регуляции и создании нового поведенческого стереотипа больного в стрессовых ситуациях. Методика может иметь применение в реабилитационных центрах, поликлиниках, на базе дневных стационаров, а также в санаторно-курортных учреждениях и отделениях больниц.

Цель – разработка и научное обоснование применения метода БОС у больных с СВД и определить его эффективность с учетом различной направленности вегетативного тонуса.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 150 детей (12–13 лет – 64 ребёнка и 14–15 лет – 86; девочек – 102, мальчиков – 48), имеющих длительность заболевания ≥ 3 -х лет. В соответствии с тематической картой исследований проводилась оценка неврологического статуса пациента с определением вегетативного тонуса, реактивности и вегетативного обеспечения деятельности). Использовался опросник И.И. Русецкого (1985) и А.М. Вейна (2002) с оценкой в балльной системе.

Базовые исследования состояли из кардиоинтервало- и электроэнцефалографии. Все инструментальные исследования вели на аппаратуре фирмы «Нейрософт» с математической обработкой показателей в оперативной памяти компьютера «АТ