

значительно уменьшился — у 32, уменьшился — у 13, не изменился — у 3. Ни у кого из больных не отмечено усиление болей.

Заключение

Таким образом, применение мануальной терапии, микроиглотерапии и классической иглотерапии при лечении нейродистрофических синдромов шейного остеохондроза позволяет добиться достаточно выраженного снижения болей в 77,8 % случаев, не вызывая побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Филиппович, Н. Ф.* Клиническая и функциональная диагностика мышечно-тонических и миофасциальных синдромов шейного остеохондроза / Н. Ф. Филиппович, Г. Я. Хулап, Т. В. Загорская. — Минск БелМАПО, 2006. — С. 10.
2. *Лихачев, С. А.* Мануальная терапия неврологических синдромов шейного остеохондроза / А. В. Борисенко, И. А. Борисов. — Витебск, 2001. — С. 5.

УДК 611.018.73:[611.21+611.31]-053.2(476.2)

ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ НОСА И РТА У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ

Чайковская М. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время неинвазивные методы обследования являются наиболее перспективными для мониторинга состояния здоровья в детских коллективах [1]. Клетки многослойного неороговевающего эпителия человека — один из самых доступных объектов для исследований. Главные преимущества данной неинвазивной методики: нетравматичность, легкость получения достаточного количества клеток, неограниченные возможности повторных анализов, возможность оценить не только общее, но и местное действие факторов окружающей среды.

Тканевые барьеры, к которым относятся слизистые оболочки носа и рта, являются первой мишенью действия факторов окружающей среды на организм и имеют генетически детерминированные клеточные механизмы защиты от воздействия. Химические соединения, проникая через тканевые барьеры, взаимодействуют с молекулярными, субклеточными и клеточными структурами, вызывая уже при первом контакте определенный ответ организма.

Надежность защитной функции слизистой оболочки обеспечивается не столько ее механическими качествами, сколько способностью к быстрому восстановлению утраченных или поврежденных структур и структурно-функциональными связями со всеми органами и системами организма, благодаря чему слизистая оболочка может использовать не только собственные возможности, но и ресурсы всего организма [2].

Цель исследования

Оценить цитологический статус слизистых оболочек полости носа и рта (щеки) как одного из критериев показателя здоровья детей.

Материалы и методы

Исследованию подлежали 146 детей 5–6 летнего возраста, посещающие ДДУ, расположенные в разных районах г. Гомеля. Исследование проводилось при предварительном добровольном согласии родителей либо опекунов детей, посещающих ДДУ г. Гомеля. Биоматериал брался у исследуемых из различных участков полости рта (слизистая оболочка в районе коренных зубов) и носа (слизистая носовой перегородки в об-

ласти преддверия и дыхательного отдела носовой полости). Из указанных участков готовились мазки-отпечатки и окрашивались азур-эозином по Романовскому. В основе неинвазивного метода определения состояния слизистых оболочек рта и носа находилась качественная и количественная оценка эпителиоцитов, лейкоцитов и микрофлоры с помощью цитологических показателей на мазках.

Цитологический статус слизистых оболочек носа и рта определялся по 24 показателям, оценивающим эпителиоциты, лейкоциты и микрофлору. В слизистой щеки определялись: адгезия, число буккальных эпителиоцитов каждого (шести) класса дифференцировки и их коэффициент дифференцировки эпителиоцитов (КДЭ), число как отдельных видов микрофлоры, так и их общее количество, из них наличие морфологически идентифицированных стафилококков и стрептококков без определения их патогенности, число лейкоцитов в поле зрения.

В слизистой носа определялись: содержание слизи, среднее число лейкоцитов, также как среднее на 10 в поле зрения, при значительном их количестве высчитывался процентный состав: нейтрофилов, сумма лимфоцитов и моноцитов, эозинофилов, процент неразрушенных нейтрофилов, число, как отдельных видов микрофлоры, так и общее количество, наличие морфологически идентифицированных стафилококков и стрептококков без определения их патогенности.

Результаты исследования

По нормативным величинам для основных показателей определялся цитологический статус, позволяющий характеризовать следующие состояния (диагнозы) слизистых: «норму», и по превышению нормативных величин — «воспаление», «гиперкератинизацию» и «риск наличия патогенной микрофлоры» (для слизистой рта) и «норму», по превышению нормативных величин — «воспаление», «острое воспаление», «аллергию» и «риск наличия патогенной микрофлоры» (для слизистой носа) (таблица 1).

Таблица 1 — Встречаемость диагнозов, характеризующих цитологический статус слизистых оболочек щеки и носа у 5–6 летних детей, посещающих ДДУ г. Гомеля, %

ДДУ	Слизистая оболочка щеки			Слизистая оболочка носа			
	норма	воспаление	кератинизация	норма	воспаление	острое воспаление	аллергия
№ 140	33,33	2,22	33,34	55,32	23,4	19,2	19,2
№ 134	35,29	5,9	23,53	38,88	44,4	16,7	22,2
№ 106	44,44	10,5	45,06	22,22	44,4	33,3	55,5
№ 30	42,31	7,69	53,84	25	34,4	28,1	22
№ 8	55,17	17	27,58	21	65	13,8	17,2

При оценке возможного неблагоприятного влияния поллютантов атмосферного воздуха на цитологический статус слизистых оболочек носа и рта детей 5–6 летнего возраста, посещающих ДДУ г. Гомеля, показано, что наибольшее число детей с нормальным цитологическим статусом (55,17 %) и наименьшим острым воспалением (13,8 %), аллергическим состоянием (17,2 %) наблюдается в ДДУ, расположенным во внутриквартальной спальной застройке, наиболее удаленной от пролегающих автомагистралей. Риск наличия патогенной микрофлоры определялось для слизистой рта при общем числе видов микрофлоры, равном или более 8–9 (либо если диагностируется стрептококк и/или стафилококк). Для слизистой носа — при равном или более 5–6 видов (либо если диагностируется стрептококк и/или стафилококк). В ходе исследования определен риск наличия патогенной микрофлоры для детей ДДУ № 140 — 15,5 %, ДДУ № 134 — 11,8 %, ДДУ № 106 — 55,5 %, ДДУ № 30 — 46,15 %, ДДУ № 8 — 24,14 % в встречаемых диагнозах цитологического статуса.

Гиперкератинизация слизистой оболочки полости рта, характеризующаяся преобладанием эпителиоцитов 6-го класса, довольно часто возникает при действии химических и физических факторов, гиповитаминозах, эндокринных и трофических нарушениях, причем степень кератоза может варьировать [3].

Наибольшая частота встречаемости диагноза кератинизации в цитологическом статусе (53,84 %) наблюдается у детей, посещающих ДДУ № 30, расположенном по ул. Барыкина (где на протяжении ряда лет наблюдается превышение максимально-разовых предельно-допустимых концентраций формальдегида, оксида углерода и др., что обусловлено сконцентрированностью в этой части города значительной части промышленного потенциала города и активным движением автотранспорта). Данный факт свидетельствует о том, что состояние слизистых оболочек полости носа и рта детей находится в определенной зависимости от расстояния и местоположения ДДУ и, следовательно, от уровня воздействия выбросов в атмосферный воздух.

Вывод

Неинвазивный метод оценки цитологического статуса слизистых оболочек полости носа и рта может служить одним из методов определения критериев состояния здоровья детей в условиях комбинированного влияния атмосферных загрязнителей г. Гомеля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Микрофлора буккального эпителия у детей, часто болеющих респираторными инфекциями / М. А. Абаджиди [и др.] // Российский педиатрический журнал. — 2002. — № 1 — С. 56–57.
2. Использование неинвазивной оценки цитологического статуса слизистой оболочки носа и рта в социально-гигиеническом мониторинге / Н. Н. Беляева [и др.] // Гигиена и санитария. — 2009. — № 6. — С. 74–76.
3. *Потоцкий, И. А.* Гиперкератозы / И. А. Потоцкий. — Киев, 1977. — 180 с.

УДК 616-036.865-053.2(476)

ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Черевко А. Н., Черевко Т. В., Гирко И. Н.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»**

п. Городище, Минский район, Республика Беларусь

Огромная социальная значимость проблемы детской инвалидности ни у кого не может вызывать сомнения. Являясь личной бедой для близких ребенка-инвалида, эта проблема требует не только от его семьи, но и от государства решения ряда вопросов социально-экономического характера. Сюда входит и медицинское обеспечение, и немедицинские расходы на обслуживание и адаптацию в окружающем мире ребенка с ограниченными возможностями. Государством осуществляется выплата пособий и предоставляются определенные льготы семьям, воспитывающим детей-инвалидов. Кроме того, ощутимые потери связаны с полным или частичным исключением из сферы трудовой деятельности лиц, осуществляющих уход за такими детьми. Потому поиск путей снижения уровня детской инвалидности является одной из важнейших задач здравоохранения, для решения которой необходим систематический анализ структуры этого показателя, его динамики, а также прогнозирование его уровня на ближайшем этапе.

Анализ первичной детской инвалидности, а также прогноз дальнейшей динамики