

ОМС на 2014 г. в Рязанской области, включая межбюджетные трансферты на «одноканальное» финансирование и оплату скорой медицинской помощи, составила 9224,66 млн руб., или 7947,05 руб. на одного застрахованного. По объемам медицинской помощи территориальная программа ОМС включила финансовое обеспечение диспансеризации определенных групп взрослого населения и детей-сирот.

Выводы:

1. В настоящее время система ОМС в Рязанской области, как и в России в целом, имеет тенденцию к продленному во времени совершенствованию и модернизации.

2. Новое законодательство страны сделало систему ОМС единой, подобной централизованной «вертикали» иных государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, позволило преодолеть межрегиональную финансовую и структурную дифференциацию – в целях обеспечения граждан равнодоступной по объему и качеству медицинской помощью, независимо от места их проживания.

Литература:

1. Артемьева, Г.Б. Обязательное медицинское страхование Рязанской области / Г.Б. Артемьева // Современные медицинские технологии. – 2011. – № 7. – С. 29.

2. Манухина, Е.В. К вопросу адаптации стандартов медицинской помощи для региональных целей / Е.В. Манухина, С.И. Музычук // Экономист лечебного учреждения. – 2013. – № 10. – С. 51-55.

3. Модернизация системы ОМС на региональном уровне / И.В. Успенская [и др.] // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 2. – С. 41-47.

4. О территориальной программе обязательного медицинского страхования граждан Рязанской области на 2000 год / Н.И. Толстов [и др.] // Актуальные вопросы здоровья населения на рубеже XXI века: Сборник науч. трудов. – Рязань, 2000. – Вып. 2. – С. 106-110.

5. Программа перехода Рязанской области к медицинскому страхованию: Проект территориальной программы / Под ред. проф. Е.А. Строева. - Рязань: РМИ, 1992. – 246 с.

6. Чернов, И.П. Рязанский областной фонд обязательного медицинского страхования: историческая справка / И.П. Чернов, Г.Б. Артемьева, И.В. Успенская // Вестник обязательного медицинского страхования. – 2003. – № 3. – С. 20-22.

Мацюк Т.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Фенилкетонурия (фенилпировиноградная олигофрения) – наследственное нарушение аминокислотного обмена, приводящее к тяжелому поражению ЦНС. В основе заболевания лежит нарушение активности фермента фенилаланин-4-гидроксилазы,

осуществляющего превращение фенилаланина (ФА) в тирозин [1, 3, 4]. Образовавшийся блок приводит к накоплению и выведению продуктов аномального метаболизма и развитию дисбаланса других аминокислот. Фенилкетонурия (ФКУ) объединяет несколько генетически гетерогенных форм заболевания, сходных по клиническим признакам. Чаще всего встречается классическая форма ФКУ. Среди клинических проявлений у детей с ФКУ на первый план выступает поражение ЦНС, проявляющееся задержкой психомоторного развития, судорогами, атаксией и развитием тяжелой необратимой умственной отсталости, вплоть до идиотии [2, 5]. Если ФКУ выявляется в период новорожденности и ребенку проводится длительная диетотерапия с ограничением уровня ФА в суточном рационе, у него не отмечается признаков задержки физического и нервно-психического развития, такие дети имеют нормальный обмен веществ. Диагноз ставится на основании клинической картины заболевания и результатов неонатального или селективного биохимического скрининга. Ранняя диагностика заболевания и своевременно начатое проведение диетотерапии с ограничением в рационе естественного белка предупреждает развитие тяжелых церебральных нарушений [1, 2, 4]. В нашей стране каждый 36-й житель является гетерозиготным носителем мутации в гене ФАГ. Средняя частота ФКУ в мире составляет 1:5000 – 10000 чел. Наибольшая распространенность характерна для Турции – 1:2600, Ирландии и Шотландии – 1:4500 чел. Частота ФКУ в РБ составляет 1:6000, Германии – 1:6700, Чехии – 1:8000 [3, 5].

Цель исследования: установить распространенность фенилкетонурии у детей и подростков в Гродненской области в зависимости от района проживания.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ генетических карт 39 пациентов с фенилкетонурией, рожденных в период с 1995 по 2013 гг. и проживающих на территории г. Гродно и Гродненской области. Все пациенты находились на диспансерном учете с диагнозом ФКУ в ОМГК УЗ «ГОКПЦ» с периода новорожденности, диагноз им был выставлен по результатам неонатального биохимического скрининга и подтвержден молекулярно-генетическим исследованием, проведенным на базе Республиканского медико-генетического центра г. Минска. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA (версия 6.0).

Результаты. Возраст пациентов с ФКУ варьировал от 1 года до 18 лет, средний возраст – $8,9 \pm 0,86$ года. Дети грудного возраста (28-й день жизни – 12 мес.) составили 5,1%, дошкольного возраста (1-3 года) – 25,6%, дошкольного возраста (4-6 лет) – 17,9%, младшего школьного возраста (7-11 лет) – 15,4% и старшего школьного возраста (12-18 лет) – 36,0%. Как видно из представленных данных, количество пациентов в младших и старших возрастных группах примерно одинаково, что свидетельствует об отсутствии тенденции к росту числа случаев ФКУ

среди детей и подростков Гродненской области в течение последних 18 лет. Большинство детей и подростков с ФКУ проживают в городах, в сельской местности пациенты с ФКУ встречаются достоверно реже – 74,3% и 25,7%, соответственно ($p < 0,05$), согласно последней переписи населения (2009 г.) 67,4% всех детей и подростков области проживают в городах, 32,6% – в сельской местности.

По гендерному признаку обследованные распределились следующим образом: девочки – 26 чел. (66,7%), мальчики – 13 чел. (25,7%). Как известно, ФКУ наследуется по аутосомно-рецессивному типу, патологический ген локализован в аутосоме, нет разницы в частоте заболевания по полу. Преобладание девочек в группе обследованных пациентов с ФКУ, возможно, связано с большей выживаемостью плодов женского пола с данной патологией.

Изучена частота встречаемости ФКУ среди детей и подростков Гродненской области в зависимости от района проживания. Установлено, что из 17 районов Гродненской области «эндемичными» по ФКУ являются следующие районы: Волковысский, Зельвенский, Гродненский, Дятловский, Ивьевский, Лидский, Ошмянский, Слонимский, Сморгонский и Шучинский районы.

Проанализирована популяционная частота ФКУ среди детей и подростков Гродненской области: так, в Волковысском районе она составила 1:2238, Дятловском – 1:2267, Зельвенском – 1:3015, Ошмянском – 1:3408, Слонимском – 1:4205, Гродненском – 1:4278, Ивьевском – 1:4768, Шучинском – 1:9064, Сморгонском – 1:10133, Лидском – 1:14462. Как видно из представленных данных, в ряде районов (Волковысском, Дятловском, Зельвенском, Ошмянском, Слонимском, Гродненском, Ивьевском) частота встречаемости ФКУ выше, чем в среднем по РБ. Благополучными по ФКУ, вероятно, имеющими низкий процент гетерозиготных носителей в гене ФАГ среди населения, являются следующие районы Гродненской области: Берестовицкий, Вороновский, Кореличский, Мостовский, Новогрудский, Островецкий и Свислочский. В этих районах не зарегистрировано ни одного ребенка с ФКУ. Необходимо помнить, что увеличение частоты гетерозиготных носителей аутосомно-рецессивных заболеваний может быть связано с высокой частотой близкородственных браков в данной популяции, что должно учитываться при планировании семьи.

Выводы:

1. В течение последних 18 лет отсутствует тенденция к росту числа пациентов с ФКУ по Гродненской области.
2. Всем пациентам, находящимся на диспансерном учете по поводу ФКУ в ОМГК УЗ «ГОКПЦ», диагноз был выставлен по результатам неонатального биохимического скрининга в период новорожденности, что свидетельствует о высокой информативности, чувствительности и специфичности метода.

3. ФКУ чаще встречается среди детей и подростков Волковысского, Дятловского, Зельвенского, Ошмянского, Слонимского, Гродненского и Ивьевского районов, что вероятно, связано с большей частотой гетерозиготных носителей в гене ФАГ в указанных популяциях.

4. При обследовании и лечении пациентов с судорожным синдромом и другими заболеваниями ЦНС неустановленной этиологии врачам-педиатрам и неврологам этих районов необходимо иметь настороженность в отношении ФКУ, т.к. ранняя диагностика заболевания и своевременно начатая диетическая коррекция с ограничением естественного белка в рационе ребенка предупреждает развитие тяжелых неврологических нарушений.

Литература:

1. Барашнев, Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей / Ю.И. Барашнев, В.А. Бахарев, П.В. Новиков – М.: Триада-Х, 2004. – 560 с.

2. Оценка умственного развития больных фенилкетонурией на фоне проводимого лечения / Т. А. Голихина [и др.] // Генетика человека и патология: Сборник научных трудов. – Томск, 2004. – Вып. 7. – С. 26–31.

3. Мутовин, Г.Р. Клиническая генетика. Геномика и протеомика наследственной патологии: учеб. пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 832 с.

4. Романенко, О.П. Реабилитация детей с наследственными болезнями обмена веществ в Санкт-Петербурге / О.П. Романенко, Л.В. Лязина, Д.К. Верлинская // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3. – № 1. – С. 27-31.

5. Цукерман, Ю.В. Молекулярно-генетическая характеристика фенилкетонурии в Беларуси: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Цукерман. – Минск., 2011. – 23 с.

Михаловская М.Г.¹, Кизелевич А.И.²

СТРУКТУРА ЮНОШЕСКОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В последнее десятилетие во всех странах мира отмечен значительный рост заболеваемости детей неинфекционными болезнями, в том числе и ревматическими. Значение ревматических болезней в научно-практической медицине определяется ростом их распространенности в общей популяции, быстрым развитием инвалидности и трудностями ранней диагностики. Участились своевременно не распознанные тяжелые формы [2]. По распространенности ювенильный (юношеский) ревматоидный артрит (ЮРА) занимает первое место среди воспалительных заболеваний