

Д.Р. Арупова
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ПРОБЛЕМЫ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

В данной работе проведен анализ врожденных пороков развития у детей и с хромосомными нарушениями в Казахстане в разрезе областей, представлена динамика показателей заболеваемости в период 2003-2013 гг. и младенческой смертности, мнений пациентов о факторах риска, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка.

Ключевые слова: врожденность, наследственность, патология, дети

Актуальность исследования. За последнее десятилетие проблема врожденной и наследственной патологии у детей приобрела серьезнейшую медицинскую и социальную значимость, так как в структуре перинатальной и неонатальной заболеваемости врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии, остаются ведущими причинами младенческой смертности и детской инвалидности (Царегородцев А.А. и соавт., 2011; Бабаян В.В., Корнюшо Е.М. 2012; Гостева Е.О., 2013; Dai L., etal, 2010; VanderZanden L.F.etal.,2013).

По данным ВОЗ, около 25,0 % всех врожденных пороков развития плода, проявляются нарушениями центральной нервной системы (ЦНС), и это обуславливает выраженную психоневрологическую симптоматику болезни, более длительную реабилитацию новорожденных детей и увеличение свозрастом групп детей-инвалидов по психическим расстройствам (Воскресенская С.В. и соавт., 2002; Царегородцев А.Д., 2010; Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., 2010; Пономарева Н.Ю., 2013; Bhide P.etal., 2013).

По данным мониторинга заболеваемости новорожденных за последние годы рост врожденной и наследственной патологии у детей вырос с 18,8‰ до 29,0‰. Так же необходимо отметить, что распространенность ВПР различна среди населения разных городов и колеблется от 11,5 до 32 случаев на 1000.

Цель исследования. Изучение врожденной и наследственной патологии у детей Казахстана.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования явились данные областных и республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, отчеты о деятельности медико-генетических консультаций республики.

В работе применялись следующие методы исследования: контент-анализ, аналитический, статистический, социологический.

Результаты и обсуждение.

Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет на фоне растущего уровня общей заболеваемости за 10 лет (темп прироста +12,6) обнаружен большой темп прироста класса заболеваний врожденными аномалиями (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (темп прироста +29,7), что определяет актуальность проблемы.

На протяжении последних 10 лет на всей территории Республики наблюдается тенденция роста врожденной и наследственной патологии в структуре заболеваний детей от 0 до 14 лет на 29,7%, что актуализирует медицинскую и социальную значимость данной патологии.

Отмечается дисбаланс в параметрах первичной заболеваемости врожденными пороками развития, деформациями и хромосомными нарушениями у детского населения, что требует дальнейшего глубокого анализа обеспеченности регионов медико-генетическими консультациями и врачами-генетиками.

По нашим данным, что на протяжении всего исследуемого периода величина первичной заболеваемости врожденными пороками развития, деформациями и хромосомными нарушениями у детей от 0-14 лет более часто повышался в Семипалатинском регионе (в 1,5 раза), в Уральском (в 1,4 раза), в Акмолинском регионе (в 1,3 раза). В Павлодарском показатель повысился в 1,2 раза, в Ак-Тюбинском регионе в 1,1 раза и в Восточно-Казахстанском регионе в 1,0 раз. Более низкие параметры, в среднем в 1,3 раза ниже, чем в Казахстане, отмечались в Центральном и Южно-Казахстанском регионах.

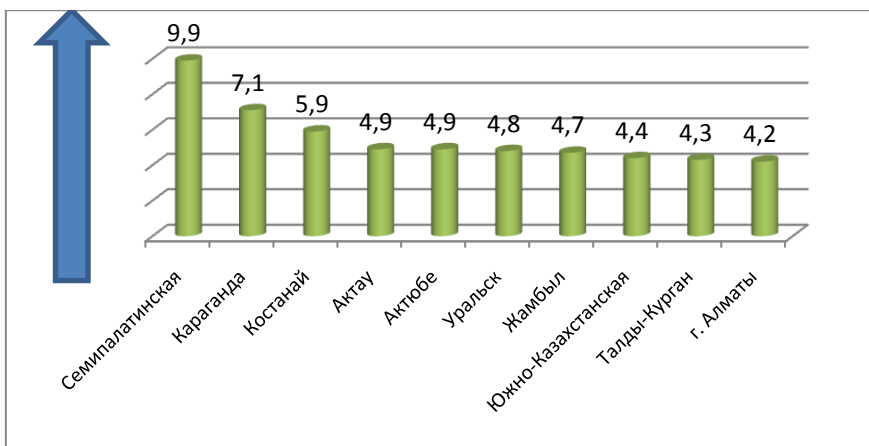


Рисунок 1 – Регионы с более высокой заболеваемостью ВПР и хромосомными нарушениями на 1000 населения (по данным НСК, 2013)

В Казахстане на фоне прироста общей заболеваемости детского населения (+12,6%, 2014), в сравнении с 2004 годом, сохраняется высокий рост заболеваний от врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений (+29,7%) . Сложившаяся ситуация указывает не только на распространенность врожденной и наследственной патологии в популяции, но и влияние факторов обеспеченности, доступности медико-генетической помощи для населения страны (НСК, 2014г.).

Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет на фоне растущего уровня общей заболеваемости за 10 лет (темп прироста +12,6) обнаружен большой темп прироста класса заболеваний врожденными аномалиями (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (темп прироста +29,7).

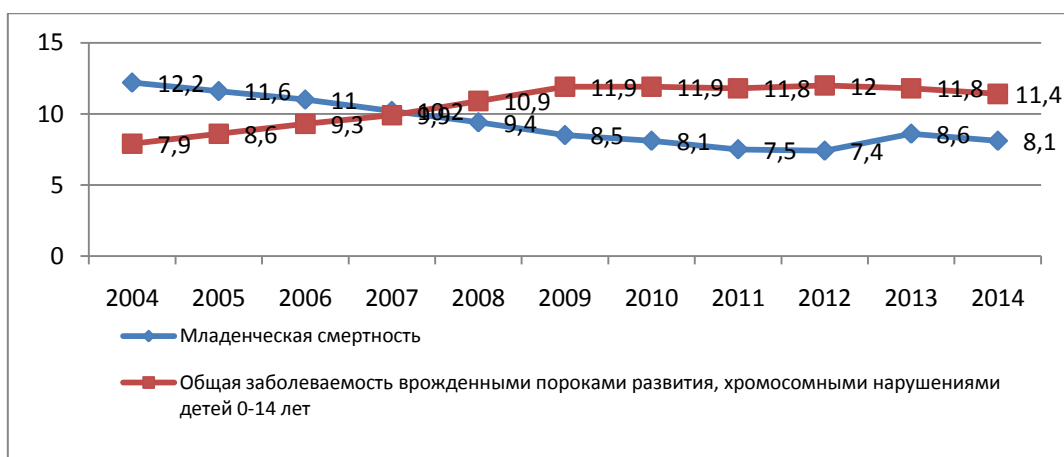


Рисунок 2 - Динамика показателей заболеваемости врожденными пороками развития хромосомными нарушениями в период 2003-2013 гг. и младенческой смертности (по данным НСК, на 1000 населения)

По результатам исследования (рисунок 2) показатели общей заболеваемости врожденным пороком развития и хромосомными нарушениями у детей от 0-14 лет за последние 10 лет значительно выросли (в 2004 г - 8,1 ‰, в 2014 г - 11,4 ‰), при этом выявлено значительное уменьшение показателей младенческой смертности (12,2 ‰ в 2004 г. до 7,9 ‰ в 2014 г.).

На показатели младенческой смертности и общей заболеваемости влияет фактор развития высоких технологий при оказании медицинской помощи беременным и детям от 0 до 14 лет. Выживаемость детей с ВПР и хромосомными нарушениями увеличилась, но за счет этого показатель общей заболеваемости имеет рост среди детей от 0 до 14 лет.

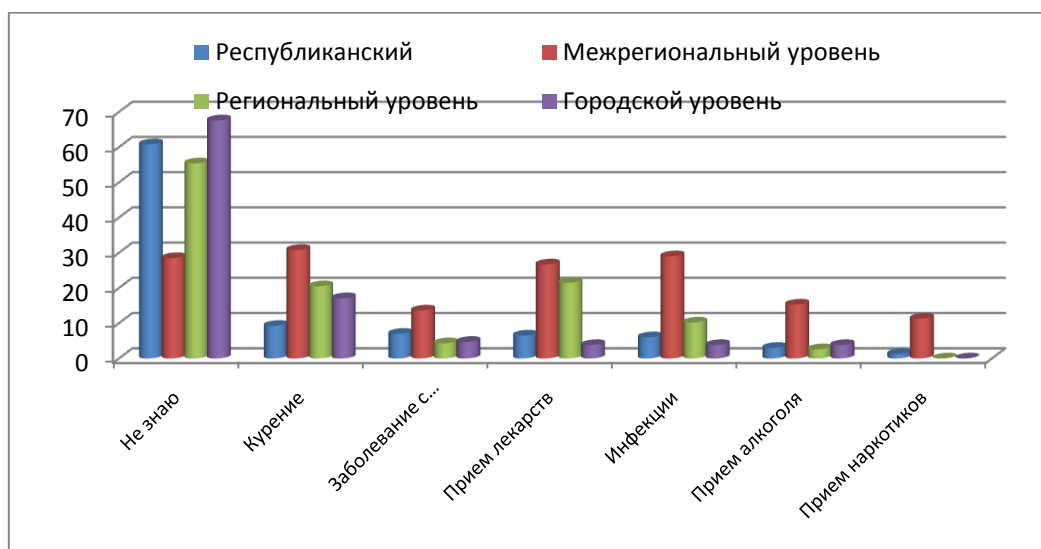


Рисунок 3 - Мнение пациентов о факторах риска, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка (на 100 опрошенных)

Изучение информированности пациентов о факторах риска врожденной и наследственной патологии показало, что во всех изучаемых группах, респонденты считают основным фактором, влияющим на здоровье их будущего ребенка, экологию места проживания (на республиканском уровне - 81±2,0 %, на межрегиональном уровне - 63,0±2,4%, на региональном уровне - 54,0 ±2,5%, на городском уровне - 75,2±3,0%). Следующим фактором респонденты отметили употребление продуктов и воды, содержащих химические добавки, что показывает распределение ответов респондентов: на республиканском уровне - 57,3±2,7%, на межрегиональном - 70,1±2,5%, на региональном - 37,5±2,7% и на городском уровне - 60,0±3,3%. Около трети респондентов всех уровней отметили вредным фактором для здоровья их будущих детей работу на вредном производстве (на республиканском уровне - 29,5±2,3%, на анализ информированности пациентов медико-генетических консультаций по модифицируемым факторам риска врожденной и наследственной патологии установил (табл.3.6), что большинство респондентов не знают об их влиянии на здоровье их будущих детей.

Таблица 1 - Информированность пациентов о влиянии факторов риска врожденной и наследственной патологии (на 100 % опрошенных)

Информированность пациентов	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Р	м	Р	м	Р	м	Р	м
Не знают	60,8	2,4	28,5	2,5	55,4	2,8	67,6	3,2
Курение	9,25	1,4	30,8	2,5	20,5	2,3	17,1	2,6
Заболевание с наследственной предрасположенностью	7	1,3	13,6	1,9	4,3	1,1	4,7	1,4
Прием лекарственных	6,5	1,2	26,7	2,4	21,5	2,3	3,8	1,3

средств								
Инфекции	6	1,2	29,0	2,5	10,2	1,6	3,8	1,3
Употребление алкоголя	3	0,8	15,3	1,9	2,6	0,9	3,8	1,3
Прием наркотиков	1,25	0,6	2,3	1,7	0		0	

На республиканском уровне не знают о факторах риска $60,8\pm 2,4\%$, на межрегиональном $28,5\pm 2,5\%$, на региональном - $55,4\pm 2,8\%$, на городском $67,6\pm 3,2\%$. Курение, как фактор риска, отметили только $9,25 \pm 1,4\%$ опрошенных респондентов на республиканском уровне, значительно больше респондентов на межрегиональном уровне отметили этот фактор ($30,8\pm 2,5\%$), на региональном уровне эта частота сохранилась достаточно высокой ($20,5\pm 2,3\%$) и на городском уровне также имела высокое значение $17,1\pm 2,6\%$. Употребление алкоголя, как фактор риска отметили лишь у $3\pm 0,8\%$ респондентов республиканского уровня, у $2,6\pm 0,9\%$ респондентов регионального уровня, у $3,8\pm 1,3\%$ респондентов городского уровня и значительно выше частота этого фактора у респондентов межрегионального уровня $15,3\pm 1,9\%$.

Прием наркотиков отметили лишь $1,25\pm 0,6\%$ респонденты республиканского уровня, в отличие от респондентов межрегионального уровня, где этот фактор отметили $11,3\pm 1,7\%$, у респондентов регионального и городского уровня этот фактор не выявлен. Лекарственные средства как фактор риска был отмечен у $6,5\pm 1,2\%$ респондентов республиканского уровня, существенное увеличение этого фактора было выявлено у респондентов межрегионального уровня $26,7\pm 2,4\%$ и респондентов регионального уровня $21,5\pm 2,3\%$ и только у $3,8\pm 1,3\%$ у респондентов городского уровня (табл.1).

Выявленный низкий уровень информированности пациентов всех уровней медико-генетических консультаций о модифицируемых факторах риска врожденной и наследственной патологии для будущих детей является основанием для разработки и внедрения в деятельность медико-генетических консультаций и женских консультаций памятки для женщин репродуктивного возраста, планирующих деторождение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабаян В.В., Корнюшо Е.М. Рождаемость и заболеваемость детей с хромосомной патологией // Медицинский альманах. – 2012. - №2. - С.179-182.
2. Барашнев Ю. И. Эмбриофетопатии. Диагностика и профилактика аномалий центральной нервной системы и скелета // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2010. - №6. – С. 121-128.
3. Воскресенская С.В., Удалова О.В., Войцехович И.Л., Староверова Е.Г. Пренатальная диагностика хромосомной патологии плода в группе беременных старше 35 лет // Акушерство и гинекология. – 2002. - №5. - С. 46-54.
4. Гостева Е.О. Акушерские аспекты младенческой смертности от врожденных пороков развития в Пермском крае: автореф. дис. ... канд. мед.наук - Пермь, 2013. - 24 с.
5. Пономарева Н.Ю. Мониторинг беременных и детей с высоким риском заболеваний ЦНС как основа профилактики детской инвалидности: Автореф. дис. ... канд. мед.наук - М., 2013. - 24 с.
6. Царегородцев А. А. Экологическая педиатрия. – М.: 2011. - 328 с.
7. Bhide P., Sagoo G.S., Moorthie S., Burton H., Kar A. Systematic review of birth prevalence of neural tube defects in India // Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol. - 2013. - V. 97, №7. - P. 437-443.
8. Dai L., Zhu J., Mao M. et al. Time trends in oral clefts in Chinese newborns: data from the Chinese National Birth Defects Monitoring Network // Birth Defects Res A Clin. Mol. Teratol. - 2010. - V. 88. - P. 41-47.
9. Van der Zanden L.F., Brouwers M.M. et al. Risk factors for different phenotypes of hypospadias: results from a Dutch case-control study // BJU Int. - 2013. - V. 112, №1. - P. 121-128.

Д.Р. Арупова

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

БАЛАЛАРДАҒЫ ТУА БІТКЕН ЖӘНЕ ТҰҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН ПАТОЛОГИЯНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Бұл жұмыста талдау бар балалар мен хромосомными бұзушылықтарға ұсынылған және младенческой смертности, пациенттердің пікірлерін факторлар ықпал етуі мүмкін тәуекел наздоровье болашақ баланы.

Қазақстандағы облыстар бойынша балалардағы хромосомалық бұзушылық және туа біткен кемістіктің дамуына талдау жүргізілді. Сондай-ақ 2003-2013 жж. кезеңіндегі сырқаттанушылық пен бала өлімі бойынша көрсеткіштер динамикасы, болашақта баланың денсаулығына әсер ететін факторлардың қауіп-қатер туралы науқастардың пікірі көрсетілген.

Түйінді сөздер: туа біткендік, жүре пайда болғандық, балалар

D.R. Arupova

Asfendiyarov KazNMU

PROBLEMS OF CONGENITAL AND DIRECT PATHOLOGY IN CHILDREN

Resume: In this paper, the analysis of congenital malformations in children and with chromosomal abnormalities in Kazakhstan in the context of regions was performed, the dynamics of morbidity rates in the period 2003-2013 were presented. and infant mortality, the views of patients about the risk factors that may affect the health of the unborn child.

Keywords: innate, inheritance, pathology, children

Д.Р. Арупова
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ

В данной статье представлена характеристика возрастных групп пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию, анализ социального статуса, определена важность социально-экономического статуса в формировании, стабильности и влиянии на здоровье различных членов семьи, характеристика состава семьи.

Ключевые слова: медико-социальная характеристика, пациент, консультация

Актуальность исследования. Детские болезни, связанные с врожденными пороками развития их хромосомными аномалиями несут для семьи не только моральную ответственность, но и значительные экономические затраты. Дети с врожденными пороками развития, как правило, остаются инвалидами, а это требует значительных экономических затрат для их последующего лечения и реабилитации (Parker S.E., Mai C.T., Canfield M.A., 2006). При этом экономический ущерб наносится не только семье, но и государству, которое несет значительные экономические потери.

Важной проблемой в педиатрии остаются врожденные пороки сердца (ВПС) вследствие их высокой распространенности, значительными нарушениями здоровья и жизнедеятельности детей, а так же необходимостью ранней хирургической коррекции (Бокерия Л.А., 2008; Крупяно С. М., 2010; Гадаева А.С., 2011). Такие заболевания значительно снижают качество жизни детей, формируют группы высокого риска по возникновению инвалидности и нарушению нервно – психического развития (Agergaard P. et al., 2011).

По данным ВОЗ, в 93,9 % врожденные и хромосомные заболевания возникают в семьях с недостаточными материальными ресурсами, с средним и меньшим уровнем дохода, где высока вероятность того, что питание матерей не включает в себя достаточного количества макро- и микроэлементов и где они могут подвергаться влиянию какого-либо фактора, который провоцирует или усиливает изменения от нормы в пренатальном развитии, особенно это касается инфекций и алкоголя.

Многими исследователями как отечественных, так и зарубежных доказано воздействие на организм беременных женщин экзогенных и эндогенных факторов (продуктов бытовой и промышленной химии, различных видов излучения, медикаментов, алкоголя, никотина, наркотиков, инфекции и ее токсинов) на развитие врожденных пороков плода. Определена огромная роль сбалансированного питания во время беременности и в период ее планирования, так как дефицит некоторых нутриентов может привести к фетальным нарушениям развития плода. Также известно, что признан значимым фактором определенный возраст женщины (возраст от 19 до 30 лет считается благоприятным репродуктивным возрастом), влияющий на благополучное течение беременности и формирование здоровья плода и новорожденного (Антонова И.В., 2010).

Цель исследования. Изучение медико-социальной характеристики больных, обратившихся в медико-генетическую консультацию.

Материалы и методы исследования.

Для определения и оценки медико-социальных характеристик пациентов медико-генетических консультаций и их уровня информированности о факторах риска нами был проведен социологический опрос методом заочного анкетирования по специально разработанным анкетам – «Анкета пациентов, планирующих деторождение», «Анкета беременной». Для оценки медико-социальных характеристик пациентов в анкету были введены блоки вопросов о социальном положении, имеющихся вредных факторах, информированности пациентов о профилактике наследственной и врожденной патологии, а также вопросы, касающиеся организации и качества медицинской помощи.

В анкетировании приняли участие 400 респондентов отделения медицинской генетики (Республиканский уровень), из которых 347 (86,2±1,7%) составили беременные женщины и 53 пациента (12,4±1,6%); 330 респондентов (межрегиональный уровень) из которых беременные женщины составили 218 (65,3±2,5%) и 112 пациента (33,9±2,4%), 317 региональных респондентов медико-генетической консультации (Региональный уровень), из которых беременные женщины составили 212 (66,8±2,5%) и 105 (32,8±2,6%) пациента и 210 респондентов отделения медицинской генетики Центра планирования семьи и репродукции г. Алматы (Городской уровень), из которых беременные женщины составили 136 (61,3±3,1%) и 84 (37,1±3,2%) пациента.

Главной характеристикой для пациентов, нуждающихся в медико-генетическом консультировании, является возраст женщины. Материнство в более зрелом возрасте увеличивает риск некоторых хромосомных отклонений от нормы, включая синдром Дауна (Morris, Mutton, Alberman, 2002). Для изучения данной характеристики респонденты были распределены на возрастные группы (табл. 1).

Таблица 1 - Характеристика возрастных групп пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию

Возрастная группа	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
До 18 лет	4	1	7	2,1	13	4	7	3
19-25 лет	79	19,7	68	21	82	26	27	12
26-35 лет	250	62,5	176	53	159	50	145	66
36-45 лет	67	16,8	77	23,3	60	19	39	18
46 и более лет	0	0	2	0,6	3	1	2	1
Всего	400	100	330	100	317	100	220	100

Возрастные группы изучаемых пациентов, обращающихся в медико-генетические консультации разных уровней представлена в таблице 1, из которой видно, что наибольшую долю составляют пациенты в активном репродуктивном возрасте (26-35 лет) на республиканском уровне 62,5%, на межрегиональном уровне – 53%, на региональном уровне – 50%, а на городском уровне – 66%. В раннем репродуктивном возрасте (19-25 лет) пациенты обращались на республиканском уровне 19,7%, на межрегиональном – 21%, на региональном – 26% и на городском 12%. В позднем репродуктивном возрасте (36-45 лет) было соответственно – 16,8%, 23,3%, 19%, на городском – 18%.

Результаты и обсуждение.

Как показал анализ ответов респондентов, преобладающей возрастной группой пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию, на республиканском уровне является возраст от 26-35 лет (62,5%), следующими в возрасте от 19-25 лет доля обращающихся пациентов составляет 19,8 %, в возрасте от 36-45 лет доля составляет 16,75%, в возрасте до 18 лет доля обращающихся составила лишь 1 %. Среди опрошенных респондентов межрегионального уровня преобладали пациенты в возрасте 26-35 лет (53%), около четверти составили пациенты в возрасте 36-45 лет (23,3%) и 19-25 лет (21%), незначительную часть составили пациенты до 18 лет (2,1 %) и старше 46 лет (0,6%). Основная часть (50%) респондентов регионального уровня имела возраст 26-35 лет, четвертая часть (26%) имела возраст 19-25 лет, 19 % составил возраст 36-45 лет, незначительные доли составили возраст до 18 лет (4%) и старше 46 лет (1%). Наибольшая доля респондентов (66%) городского уровня имеет возраст 26-35 лет, следующей преобладающей возрастной группой (18%) являются респонденты 36-45 лет, 12% составили респонденты в возрасте 19-25 лет и в незначительных долях в возрасте до 18 лет (3%) и старше 46 лет (1%).

Таблица 2 - Анализ социального статуса пациентов медико-генетических консультаций (на 100 опрошенных)

Социальный статус респондентов	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	Р	м	Р	м	Р	м	Р	м
Учащийся (студент)	7,8	1,3	9,7	1,6	12	1,9	5	1,5
Работающий	70,2	2,3	73	2,4	51	2,9	66	3,2
Домохозяйка	3,5	0,9	8,8	1,5	30	2,6	28	3,0
Временно не работающий	16,8	1,9	6,6	1,3	6	1,3	1	0,7
Безработный	1,7	0,6	1,3	0,6	1	0,5	0	0

Таким образом, анализ характеристики возрастных групп пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию на разных уровнях, показал, что в основном пациенты обращаются в активном репродуктивном возрасте.

Второй важной характеристикой состава пациентов медико-генетической консультации является социальный статус.

Анализируя социальный статус пациентов медико-генетических консультаций, мы выявили преобладание работающих во всех изучаемых группах. Обращает внимание частота временно не работающих, домохозяек и безработных, которая составляет третью часть пациентов на республиканском уровне, четвертую часть на межрегиональном уровне, больше пациентов на региональном уровне и пациентов городского уровня (таблица 2).

Социально-экономический статус играет важную роль в формировании, стабильности и влиянии на здоровье различных членов семьи, так как условия жизни напрямую связаны с материальным положением семьи и примерно 94% тяжелых пороков развития наблюдаются в странах со средним и низким уровнем дохода. В изучаемых группах имеются региональные различия по уровню материального положения. Наибольшая часть пациентов республиканского уровня (62,3%) и городского уровня (60%) имеет материальное положение свыше 60000 тенге, при этом лишь 7% пациентов на межрегиональном и 8,5% на региональном уровне имеет такое же материальное положение. Наибольшая часть пациентов межрегионального уровня (72,3%) и около половины (45%) пациентов регионального уровня имеет материальное положение менее 40000 тенге, что обусловлено особенностями регионов (рисунок 1).

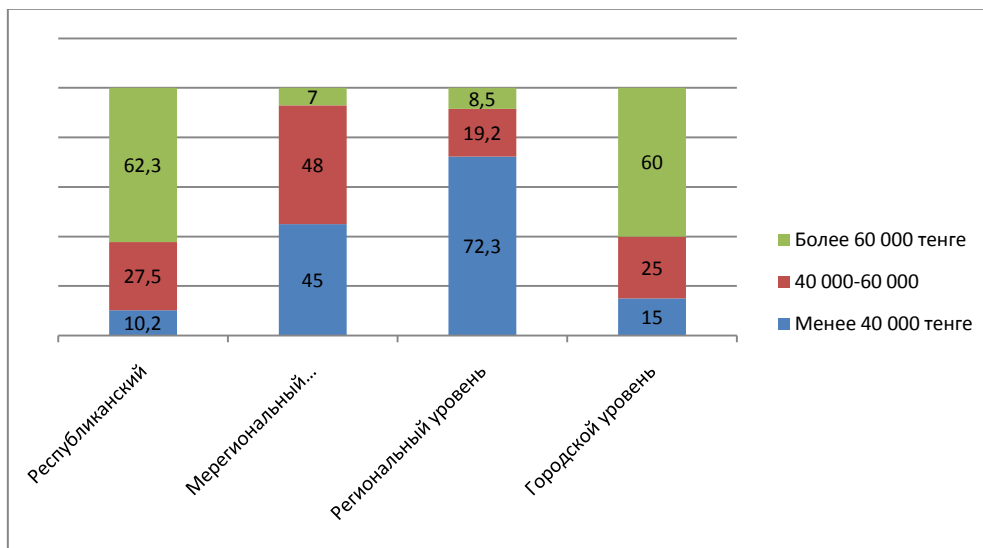


Рисунок 2 - Социально-экономический статус пациентов медико-генетических консультаций (на 100 опрошенных)

Так как, основной задачей медико-генетического консультирования является прогноз здоровья будущего потомства семьи, то в анкету были включены вопросы о составе семьи. Анализ ответов респондентов выявил, что большинство обращающихся пациентов состоят в зарегистрированном браке - на республиканском уровне (72,7±2,2%), на межрегиональном уровне - 70,6±2,5%, на региональном уровне - 73,3±2,5% и на городском уровне - 63,8±3,3%. Около четверти обращающихся пациентов состоят в незарегистрированном (гражданском) браке на республиканском уровне - 22±2,1%, на межрегиональном - 20,3±2,2%, на региональном - 17,0±2,1%, на городском 25,7±3,0%. Имеют неполные семьи на республиканском уровне 3±0,8%, на межрегиональном 10,6±1,7%, на региональном 5,1±1,3% и городском уровне - 5,7±1,6%.

При анализе наличия детей в семьях выявлены различия между пациентами разных уровней. На республиканском, городском уровнях преобладают пациенты, не имеющие детей, что составляет 60,7 ± 2,4% и 64,8 ± 3,3% соответственно, а на межрегиональном и региональном уровнях большинство пациентов имеет одного ребенка 48,5 ± 2,8% и 40,0 ± 2,8% соответственно. Небольшая часть пациентов во всех изучаемых группах имеет двух детей, что составляет на республиканском 6±1,2%, на межрегиональном уровне 7,9 ± 1,5, на региональном уровне 11,1±1,8% и на городском - 6,7±1,7% (таблица 3).

Таблица 3 - Характеристика состава семьи (на 100 опрошенных)

Состав семьи	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	P	m	P	m	P	m	P	m
Зарегистрированный брак	72,7	2,2	70,6	2,5	73,3	2,5	63,8	3,3
Незарегистрированный (гражданский) брак	22	2,1	20,3	2,2	17,0	2,1	25,7	3,0
Не состоят в браке	3	0,8	10,6	1,7	5,1	1,3	5,7	1,6
Разведена	0,5	0,3	0	0	2,6	0,8	0	0
Не имеют детей	60,7	2,4	46,3	2,7	24,7	2,4	64,8	3,3
Один ребенок	32,0	2,3	48,5	2,8	40,0	2,8	26,7	3,0
Два ребенка	6,0	1,2	7,9	1,5	11,1	1,8	6,7	1,7
Три ребенка	1,3	0,5	0	0	6,0	1,3	0	0

Формирование семьи во многом зависит от обеспеченности семьи жильем, которое создает необходимые условия для реализации важной функции семьи, связанной с рождением и воспитанием ребенка. Как показал анализ ответов респондентов, что данные имеют статистические различия, связанные региональными особенностями места проживания (таб.3). Значительная часть (81±1,9%) пациентов, обращающихся на республиканском уровне, это жители мегаполиса, имеющие в 63,5 ±2,4% отдельное жилье и в 69±2,3% удовлетворены жилищными условиями. На межрегиональном уровне более половины респондентов (57 ±2,7%) проживают в городе, большая часть респондентов (72±2,5%) имеют отдельное жилье и в большинстве (74±2,4%) удовлетворены жилищными условиями. На региональном уровне большинство пациентов (72±2,6%) это жители области, из которых более половины (57,1±2,8%) имеют отдельное жилье и в большинстве (73,3±2,5 %) удовлетворены условиями проживания. На городском уровне практически все пациенты (92,0±1,9%) это жители мегаполиса, которые в большинстве (63,8±3,3%) имеют отдельное жилье и в 57,8±3,4% удовлетворены условиями проживания. При этом в каждой изучаемой группе пациентов около трети пациентов на республиканском, межрегиональном, региональном уровнях и более трети на городском уровне пациентов не удовлетворены своими жилищными условиями, что может негативно влиять на рождение вторых и третьих детей в этих семьях.

Таблица 4 - Характеристики места проживания (на 100 опрошенных)

Место проживания	Республиканский уровень		Межрегиональный уровень		Региональный уровень		Городской уровень	
	P	m	P	m	P	m	P	m
Город	81	1,9	57	2,7	26	2,5	92	1,9
Область	17	1,9	33	2,6	72	2,6	6	1,6
Другое	2	0,7	10	1,5	2	0,7	2	0,9
Имеют отдельное жилье	63,5	2,4	72	2,5	57,1	2,8	63,8	3,3
Снимают жилье	36,5	2,4	28	2,5	42,9	2,8	36,2	3,3
Удовлетворен	69,0	2,3	74	2,4	73,3	2,5	57,8	3,4
Не удовлетворен	31,0	3,3	26	2,4	26,7	2,5	42,2	3,4

Таким образом, сравнительный анализ медико-социальных характеристик пациентов, обращающихся в медико-генетическую консультацию на разных уровнях позволил выявить следующие характеристики:

- за медицинскими услугами обращаются в основном женщины в активном репродуктивном возрасте 26-35 лет;
- среди обращающихся пациентов преобладают работающие пациенты;
- пациенты имеют региональные различия по уровню материального положения;
- большинство обращающихся пациентов состоят в зарегистрированном браке;
- состав семей по наличию детей имеет различия между пациентами разных уровней;
- в каждой изучаемой группе пациентов около трети пациентов на республиканском, межрегиональном, региональном уровнях и более трети на городском уровне пациентов не удовлетворены своими жилищными условиями, что может негативно влиять на рождение вторых и третьих детей в этих семьях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Антонова И.В. Частота и структура пороков развития органов мочевой и половой системы у новорожденных детей г. Омска // Педиатрия. - 2010. - №3. - С. 135-137.
- 2 Бокерия Л.А., Беспалова Е.Д., Питиримова О.А. Влияние пренатальной диагностики врожденных пороков сердца на акушерскую тактику и постнатальный прогноз // Вопросы практической медицины. - 2008. - №3. - С.71-77.
- 3 Гадаева А.С., И.Н. Ступаков И.Н., Касимовская Н.А. Медико-социальная реабилитация детей с врожденными пороками сердца // Пермский КЦПК работников здравоохранения. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. - Пермь: 2010. - С.208-210.
- 4 Крупяно С. М. Инновационные технологии как фактор повышения качества лечения детей с врожденными пороками сердца: Дис. ... д-р.мед.наук - М., 2010. - 299 с.
- 5 Agergaard P., Hebert A., Bjerre J. et al. Children diagnosed with congenital cardiac malformations at the national university departments of pediatric 248 cardiology: positive predictive values of data in the Danish National Patient Registry // Clin. Epidemiol. - 2011. - V.3. - P. 61-66.
- 6 Morris J.K., Mutton D.E., Alberman E. Revised estimates of the maternal age specific live birth prevalence of Down's syndrome // J Med Screen. - 2002. - V.9. - P. 2-6.
- 7 Parker S.E., Mai C.T., Canfield M.A. et al. Updated National Birth Prevalence estimates for selected birth defects in the United States, - 2004—2006 // Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol. - 2006. - V.12. - P. 25-29.

Д.Р. Арупова

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

**МЕДИЦИНАЛЫҚ –ГЕНЕТИКАЛЫҚ КЕҢЕСКЕ ЖҮГІНГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ
МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАСЫ**

Түйін: Аталмыш мақалада медициналықгенетикалық кеңеске жүгінген пациенттердің жас аралықтары, әлеуметтік статусы көрсетілген. Сондай-ақ, олардың қалыптасуларында әлеуметтік-экономикалық статусының қажеттілігі анықталған.

Түйінді сөздер: медико-әлеуметтік сипаттама, науқас, кеңес

D.R. Arupova

Asfendiyarov KazNMU

**MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WHO APPLY TO THE
MEDICAL-GENETIC CONSULTATION**

Resume. This article presents the characteristics of age groups of patients seeking medical and genetic counseling, analysis of social status, the importance of socioeconomic status in the formation, stability and impact on health of various family members, and the characteristics of the family composition.

Keywords: medical and social characteristics, patient, consultation