

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.127—005.8—097 (470.41)

А.А. Кузьмина, И.А. Латфуллин, А.А. Курмышкин (Казань). Антигены HLA у больных инфарктом миокарда

С целью проверки HLA-ассоциированности инфаркта миокарда (ИМ) среди жителей г. Казани нами протипированы 32 пациента (мужчины) с диагнозом ИМ в возрасте от 33 до 58 лет, 32 здоровых донора станции переливания крови и медицинский персонал (также мужчины) в возрасте от 32 до 56 лет, не страдавших на момент обследования заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ИМ диагностировали на основании анамнеза, клинической картины, патогномичных нарушений ЭКГ и изменений ферментов крови. Фенотипы HLA-A, B, C, DR определяли по стандартному тесту с помощью панели антилейкоцитарных сывороток С.-Петербургского НИИ гематологии и переливания крови, "открывающего" 13 специфичностей локуса A, 21 — локуса B, 4 — локуса C и 7 — локуса DR. При установлении различий в частотах антигенов HLA в группе здоровых и больных использован критерий χ^2 , вычисленный с поправкой Yets на непрерывность вариации. Для оценки силы ассоциации между антигенами и заболеванием рассчитывали величину относительного риска (RR), достоверность ее отличия от единицы (χ^2_{RR}) и величину этиологической фракции (EF), показывающей ту часть больных, у которых заболевание связано с наличием данного гена HLA или сегрегирующего с ним гена чувствительности к заболеванию.

Распределение антигенов HLA у больных и в контрольной группе представлено в таблице. Значимые различия в частотах обнаружены в отношении антигена Cw4, выявленного у 14 больных ИМ и 6 здоровых лиц ($\chi^2 = 7,65$; $P < 0,006$). Относительный риск развития ИМ у лиц, имеющих антиген Cw4, составляет 3,37 ($\chi^2 = 4,41$). Судя по значению EF, не менее чем у 30,8% больных развитие заболевания было связано с наличием гена Cw4 или сегрегирующего с ним гена чувствительности к ИМ.

Повышение встречаемости антигена Cw4 у больных с ИМ уже описывалось ранее. Как и в большинстве других работ, достоверность данной ассоциации в нашем исследовании исчезла после ее коррекции по числу протестированных антигенов HLA ($P < 0,235$). Необходимо заметить, что это не всегда свидетельствует об отсутствии HLA-ассоциированности заболевания и может быть связано как с малочисленностью обследуемых групп, так и с вторичным характером вклада генетических механизмов HLA в развитие заболевания, носящих аддитивный характер. При этом окончательный ответ, очевидно, может быть дан как при расширении выборки обследуемых лиц, так и проведении семейных исследований, верифицирующих передачу определенных гаплотипов HLA у экспрессирующих заболевание лиц. Подобное было показано при установлении HLA-ассоциированности эссенциальной гипертензии, также проявляющую в большом количестве популяционных исследований некорректированную степень достоверности ассоциаций.

Таким образом, при исследовании распространенности фенотипов HLA-A, B, C, DR у боль-

Распределение антигенов HLA у больных с инфарктом миокарда и у здоровых лиц

HLA	Больные		Здоровые	
	абс.	%	абс.	%
A1	5	15,6	4	12,5
A2	18	56,3	17	53,1
A3	8	25,0	6	18,8
A9	8	25,0	8	25,0
A10	9	28,1	10	31,3
A11	2	6,3	2	6,3
Aw19	7	21,9	2	6,3
A25	4	12,5	4	12,5
A26	2	6,3	5	15,6
A28	3	9,4	3	9,4
A29	1	3,1	0	0,0
A30/31	1	3,1	1	3,1
A32	5	15,6	1	3,1
A33	0	0,0	0	0,0
A34	3	9,4	1	3,1
Aw36	0	0,0	1	3,1
Ax	4	12,4	11	34,2
B5	5	15,6	4	12,5
B7	4	12,5	4	12,5
B8	1	3,1	1	3,1
B12	3	9,4	4	12,5
B13	5	15,6	8	25,0
B14	3	9,4	3	9,4
B15	1	3,1	3	9,4
B16	4	12,5	3	9,4
B17	4	12,5	4	12,5
B18	1	3,1	1	3,1
B21	2	6,3	5	15,6
B22	2	6,3	1	3,1
B27	4	12,5	3	9,4
B35	14	43,8	7	21,9
B40	1	3,1	5	15,6
B41	3	9,4	2	6,3
B47	2	6,3	2	6,3
B49	1	3,1	2	6,3
B50	1	3,1	4	12,5
B51	3	9,4	4	12,5
B52	2	6,3	0	0,0
B55	1	3,1	0	0,0
B56	1	3,1	1	3,1
B62	1	3,1	3	9,4
Bx	5	15,5	4	12,4
Cw2	8	25,0	6	18,8
Cw3	7	21,9	7	21,9
Cw4*	14	43,8	6	18,8
Cw5	4	12,5	1	3,1
Cx	31	96,8	44	137,4
DR1	2	6,3	5	15,6
DR2	10	31,3	8	25,0
DR3	8	25,0	7	21,9
DR4	3	9,4	5	15,6
DR5	16	50,0	13	40,6
DRw6	3	9,4	1	3,1
DR7	6	18,8	9	28,1
DRx	16	49,8	16	49,8

Примечание. * Антиген со значимой ($P < 0,05$; $P < 0,24$) разницей встречаемости у больных и здоровых.

Заболеваемость по обращаемости детей первых трех лет жизни на 1000 детского населения

Возраст детей	Дети, рожденные в 1983 г.	Дети, рожденные в 1986 г.
До одного года	2176,3	2158,4
От одного года до 2 лет	3724,5	3015,9
От 2 до 3 лет	4305,8	3261,2
До 2 лет	3402,8	2815,5

ных ИМ и здоровых жителей Казани выявлено значительное повышение встречаемости антигена Сw4 у больных ИМ по сравнению с контролем, что определяет актуальность задачи дальнейших исследований с целью установления роли системы HLA в генезе как популяционных, так и семейных ИМ.

УДК 616—053.37

И.И. Пуртов, В.Ю. Альбицкий, Л.А. Федорович (Н. Новгород). Результаты эксперимента по преимущественному наблюдению детей раннего возраста в поликлинике

Существующая система медицинского обслуживания детей не позволяет увеличить объем и повысить качество деятельности участкового врача по воспитанию здорового ребенка, несмотря на наличие в каждой территориальной детской поликлинике специально созданных и оборудованных для этой цели кабинетов (комнат) здорового ребенка и выделенного среднего медицинского персонала. Анализ работы участкового педиатра, проведенный сотрудниками Горьковского НИИ педиатрии МЗ РФ показал, что основную часть своего рабочего времени врач вынужден затрачивать на лечение больных детей. Здоровых детей врач обслуживает лишь 27,4% рабочего времени. В период повышенной заболеваемости объемом работы со здоровыми детьми сокращается до минимума.

В результате проведенной в 1988—1989 гг. реорганизации структуры участковой и вспомогательной служб детской поликлиники № 39 Советского района г. Н. Новгорода, пересмотра объема и содержания их работы были внесены изменения и дополнения в функциональные обязанности участковых врачей и медицинских сестер, заведующих отделениями. На базе вновь созданного отделения раннего возраста был открыт Центр первичной профилактики. Проведено перераспределение детского населения из расчета 250—300 детей до 3 лет (2 года 11 месяцев 29 дней) на участке отделения раннего возраста и 1200—1300 детей на участке по обслуживанию детей с 3 до 14 лет. Улучшилось качество повышения квалификации кадров, особенно по проблемам физиологии и патологии детей первых трех лет жизни. Специальную подготовку по неонатологии получили участковые врачи отделения раннего возраста. Серьезной перестройке подвергнута совместная работа акушерской и педиатрической служб по антенатальной охране плода и профилактике отклонений в состоянии здоровья детей на первом году жизни. Это позволило, с одной стороны, существенно улучшить работу участкового врача в плане ее профилактической

направленности, а с другой — расширить его возможности по выполнению основных видов деятельности, связанных непосредственно с контролем за состоянием здоровья детей и лечением их в периоде острого заболевания.

Анализ объема помощи детям на дому в поликлинике и распределения рабочего времени участкового педиатра в сравнении с аналогичными показателями работы врача типовой детской поликлиники показал, что количество профилактических осмотров, посещений медицинской сестры и лабораторных обследований в среднем на одного здорового ребенка после реорганизации поликлиники увеличилось. Так, число наблюдений врачами узких специальностей возросло с 1,4 на одного ребенка первого года жизни до 5,3, второго — с 1,3 до 3,6, третьего года жизни — с 1,1 до 1,9. В 10 раз увеличился объем профилактических осмотров детей первого года жизни невропатологом, в 4 раза — окулистом, в 1,5 раза — хирургом. Повысилось количество патронажей этих детей на дому: участковым врачом-педиатром — с 2,9 до 3,4 осмотра, медицинской сестрой — с 13,0 до 17,7. Это позволило активизировать работу по пропаганде и формированию здорового образа жизни детей и их семей, оказанию помощи детям из социально неблагополучных семей.

Заболеваемость по обращаемости детей первых трех лет жизни, по данным специального исследования (обследовано 363 ребенка раннего возраста в сравнении с аналогичной группой по методу “копия-пара”), снизилась на 17,3% (табл. 1). При этом отмечено, что эффективность мероприятий — темп снижения заболеваемости — постепенно нарастал с 0,4% у детей первого года жизни до 24,3% — третьего.

Результаты углубленного клинического осмотра этих детей показали, что увеличение объема специализированной помощи и более высокий уровень работы участкового врача с новорожденными на участке отделения раннего возраста повлияли прежде всего на частоту выявления патологии патологических отклонений. Число детей

Распределение детей раннего возраста по группам здоровья в зависимости от возраста (в % к итогу)

Группы здоровья	Возраст детей		Первый год жизни		Второй год жизни		Третий год жизни	
	Период новорожденности		1986	1989	1986	1989	1986	1989
	1986	1989						
Первая	25,2	18,3	51,8	30,7	52,2	38,7	42,2	37,5
Вторая	73,7	81,1	47,0	68,7	45,0	60,1	56,2	60,8
Третья	1,1	0,6	1,2	0,6	2,8	1,2	1,6	1,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. Таблица составлена на основании годовых статистических отчетов базовой поликлиники.