

способствовать проведению персонализированных профилактических и лечебных мероприятий, что позволит снизить риск развития и осложнений этих заболеваний.

Принимая во внимание полученные результаты, сотрудниками лаборатории наследственной и популяционной генетики ЯНЦ КМП совместно с врачами терапевтического отделения Больницы ЯНЦ КМП в настоящее время проводятся исследования, посвященные изучению молекулярно-генетических аспектов формирования таких метаболических нарушений как сахарный диабет 2-го типа, ожирение, неалкогольная жировая болезнь печени, гипертоническая болезнь.

Протокол исследований утвержден локальным комитетом по биомеди-

цинской этике при ЯНЦ КМП. Работа выполняется в рамках НИР «Изучение генетической структуры и груза наследственной патологии популяций Республики Саха (Якутия)».

Литература

1. Анализ госпитализированной заболеваемости населения трудоспособного возраста, проживающего в экологически неблагоприятных районах Архангельской области / Е.А. Павлова и [др.] // Экология человека. – 2005. – №7. – С.48-53.

Pavlova E.A. The analysis of the hospitalized incidence of the working-age population living in ecologically unsuccessful areas of the Arkhangelsk region / E.A. Pavlova [et al.] // Ecology of the person. – 2005. – № 7. – P. 48-53.

2. Генетические исследования народонаселения Якутии / под редакцией В.П. Пузырева // Якутск. – ООО «Компания Дани-Алмас». – 2014.

Genetic studies of the population of Yakutia / Ed. V.P. Puzryev // Yakutsk. - LLC «Company Dani-Almas». – 2014.

3. Наглядная медицинская статистика / под редакцией В.П. Леонова. – М.: Изд.группа «Гэ-отар-Медиа». – 2015.

Evident medical statistics / Ed. V.P. Leonov. – M.: Publ.group «Geotar-media». – 2015.

4. Новиков П.В. ДНК-тестирование: моногенные и мультифакториальные болезни / П.В. Новиков // Русский медицинский журнал. – 2011. – №12. – С.794.

Novikov P.V. DNA testing: monogenic and multifactorial diseases / P.V. Novikov // Russian medical journal. – 2011. – №12. – P.794.

5. Структура заболеваемости среди госпитализированных больных в дневной стационар и особенности оказания гастроэнтерологической помощи / И.А. Гришечкина и [др.] // Молодой ученый. – 2015. – №17. – С. 44-47.

Structure of incidence among the hospitalized patients in a day hospital and features of rendering the gastroenterological help / I.A. Grisechikina [et al.] // Young scientist. – 2015. – №. 17. – P.44-47.

DOI 10.25789/YMJ.2018.64.33

УДК 616.72-002-07:616.517

С.С. Шадрина, Р.Н. Захарова, А.А. Донская, А.Н. Сергеева

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ У ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ

Изучена частота клинических проявлений у больных с поражением суставов среди коренных жителей Якутии. Выявлено, что поражение суставов может начаться как в раннем детском (2 года), так и в старческом возрасте (77 лет); в среднем поражение суставов начинается в 41-43 года. Наиболее частыми симптомами поражения суставов являются боль в суставе и крепитация в коленных суставах. Среди женщин чаще наблюдаются: припухание лучезапястных и коленных суставов, ограничение подвижности лучезапястных суставов и двусторонняя крепитация в коленных суставах; среди мужчин – односторонняя крепитация в коленных суставах. С увеличением возраста повышаются длительность боли и частота изменения конфигурации суставов на момент осмотра.

Ключевые слова: поражение суставов, клинические симптомы, рентгенологические признаки.

The frequency of clinical manifestations in patients with joint lesion among the indigenous people of Yakutia (n = 687) was studied. It is revealed that the lesion of the joints can begin both in the early childhood (2 years) and in old age (77 years); on average, joint lesion starts at 41-43 years. The most common symptoms of joint damage are pain in the joint and crepitus in the knee joints. Among women, there are more often observed: swelling of the wrist and knee joints, restriction of mobility of the wrist joints and bilateral crepitus at the knee joints; among men, one-sided crepitus at the knee joints. With age increasing, the duration of pain and the frequency of changes in the configuration of the joints at the time of inspection increase.

Keywords: joint lesion, clinical symptoms, radiological signs.

Введение. Данные о распространенности заболеваний суставов за рубежом во многих случаях основаны на результатах скрининговых исследований. Патология суставов при этом методе выявляется в 10,3-35,8% случаев [5, 6]. Российские исследователи показали, что имеют место географические вариации распространенности болей в суставах. Так, при проведении скринингового анкетирования в Красноярском крае этот показатель не превышал 15% [1], в Южно-Сахалинске

жалобы на боли в суставах предъявляли 21% населения [3], а среди сельских жителей Свердловской области они встречались в 36,5% случаев [2]. Высокая распространенность артралгий была установлена в Республике Саха (Якутия) – до 46,7%, что, возможно, связано с влиянием климатических факторов [4]. Чрезвычайно высокой оказалась частота болей в суставах среди рабочих промышленного предприятия Республики Карелия, где данный показатель приближался к 65%. Причем появление артралгий не зависело от тяжести физической работы, а видимо, было связано с иными факторами.

Цель исследования: изучить частоту симптомов поражения суставов у сельских жителей Якутии.

Материал и методы исследования. Было обследовано 687 больных,

выявленных при сплошном эпидемиологическом исследовании жителей семи сельских населенных пунктов Якутии. Из них 68,1% составили лица женского пола, 31,9% – мужского. Медиана возраста мужчин и женщин была примерно одинаковой – 50 и 49 лет соответственно. Минимальный возраст лиц обоего пола составил 18 лет; максимальный возраст мужчин составил 88 лет, женщин – 80.

В возрастной структуре наибольшую часть составили лица 40-49 лет – 32,9% (в том числе женщин – 23,4; мужчин – 9,5); 27,2% составили лица в возрасте 50-59 лет (в том числе женщин – 19,5; мужчин – 7,7). Лица остальных возрастных групп составили не более 15%. Половое соотношение в возрастных группах статистически значимо не различалось (p>0,05).

СВФУ им. М.К. Аммосова: **ШАДРИНА Светлана Семеновна** – с.н.с. НИИ здоровья, svetlana.maksimo@mail.ru, **ЗАХАРОВА Раиса Николаевна** – к.м.н., в.н.с., prn.inst@mail.ru, **ДОНСКАЯ Ариадна Андреевна** – д.м.н., проф. Мед. ин-та, aradon1@yandex.ru, **СЕРГЕЕВА Алёна Нестеровна** – ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №3», г.Якутск, alenaserg2010@mail.ru.

Результаты и обсуждение. При сборе жалоб и анамнеза установлено, что возраст начала поражения суставов по полу составил 41 год у мужчин, 43 года у женщин ($p>0,05$). Минимальный возраст начала поражения суставов мужчин составил 2 года, женщин – 7 лет; максимальный – 77 и 76 лет соответственно.

Наиболее часто поражение суставов как среди женщин, так и среди мужчин начиналось в возрасте 40-49 лет – 40,2 и 27,8% соответственно. Среди 23,7% мужчин и 23,5% женщин поражение суставов началось в возрасте 30-39 лет. На остальные возрастные группы начало поражения суставов приходилось не более чем в 20% случаев. Наиболее значимые различия частоты начала поражения суставов по полу были в возрастной группе 40-49 лет ($\chi^2=17,46$; $p=0,03$; $V=0,16$).

Нами также была изучена частота клинических признаков поражения суставов. В результате исследования было выявлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями поражения суставов являются боль в суставах (у 100% больных) и крепитация в коленных суставах (у 54%). С частотой от 10 до 30% встречались: изменение конфигурации сустава (28,2%), артрит одного сустава (25,1%) и припухание коленных суставов (КС) (12,5%). У 3-10% больных были отмечены: ограничение подвижности КС (10%), припухание проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС) кистей (6,4%), припухание лучезапястных суставов (ЛЗС) (4,6%), ограничение подвижности тазобедренных суставов (ТБС) (3,9%), ограничение подвижности ЛЗС (3,6%), припухание пястно-фаланговых суставов (ПФС) кистей (3,5%), артрит трех и более суставов (3,3%) и симметричность артритов (3,2%). Наиболее редко встречались положительный ревматоидный фактор (1,5%) и ревматоидные узлы (0,6%).

Из рентгенологических признаков наиболее часто встречались остеофиты (24,5%) и сужение суставных щелей (19,8%) (рис.1).

При анализе зависимости частоты признаков от пола статистически значимые различия были выявлены в частоте следующих четырех симптомов:

- 1) припухание лучезапястных суставов;
- 2) припухание коленных суставов;
- 3) ограничение подвижности лучезапястных суставов;
- 4) крепитация в коленных суставах при активных движениях.

Припухание лучезапястных суста-

вов чаще встречалось среди женщин, чем среди мужчин ($\chi^2=7,09$; $p=0,03$). Припухание ЛЗС среди женщин чаще было двусторонним, чем односторонним (3,8% против 2,1). Среди мужчин частота припухания ЛЗС как с одной, так и с двух сторон была одинаковой (0,9%).

Припухание коленных суставов также чаще наблюдалось среди женщин, чем среди мужчин ($\chi^2=7,45$; $p=0,02$). Несколько чаще припухание КС среди женщин было с одной стороны, чем с двух (8,1% против 6,4). Среди мужчин, напротив, частота припухания КС с двух сторон была чаще, чем с одной (5% против 3,2).

Двустороннее ограничение подвижности ЛЗС было чаще среди женщин, чем среди мужчин (3,6% против 0,5); одностороннее – среди женщин встречалось в 1,5% случаев, среди мужчин – не было отмечено ($\chi^2=13,3$; $p=0,001$).

Крепитация в КС как среди женщин, так и среди мужчин была чаще с двух сторон, чем с одной (47,2% против 9,8 и 35,1% против 12,3 соответственно). Двусторонняя крепитация в коленных суставах при активных движениях наблюдалась чаще среди женщин (47,2% против 35,1 среди мужчин), тогда как с одной – чаще среди мужчин (12,3% против 9,8 среди женщин) ($\chi^2=8,95$; $p=0,01$).

При анализе зависимости частоты симптомов от возрастной группы статистически значимые различия были выявлены в частоте двух симптомов: длительность боли и изменение конфигурации суставов на момент осмотра.

Длительность боли статистически значимо зависела от возраста исследованных ($\chi^2=17,46$; $p=0,03$). В возрасте 18-39 лет в большинстве случаев боль длилась до 1 нед., в 40-49 лет – более половины месяца и до 1 нед. с одинаковой частотой, после 50 лет – более половины месяца. Частота боли длительностью менее недели с нарастанием возраста статистически значимо снижалась с 71,4% в возрасте 18-19 лет до 0 в возрасте 80-89 лет ($p=-0,98$; $p<0,001$). Частота боли длительностью более половины месяца, напротив, с нарастанием возраста повышалась с 28,6% в возрасте 18-19 лет до 100 в возрасте 80-89 лет ($p=0,95$; $p<0,01$). Частота боли длительностью 2 нед. от возраста статистически значимо не зависела ($p=0,05$; $p>0,05$) (рис.2).

Изменение конфигурации суставов на момент осмотра статистически высокозначимо зависело от возрастной группы ($\chi^2=68,58$; $p<0,00001$). С увеличением возраста частота изменения конфигурации суставов на момент осмотра повышалась с 0% в возрас-

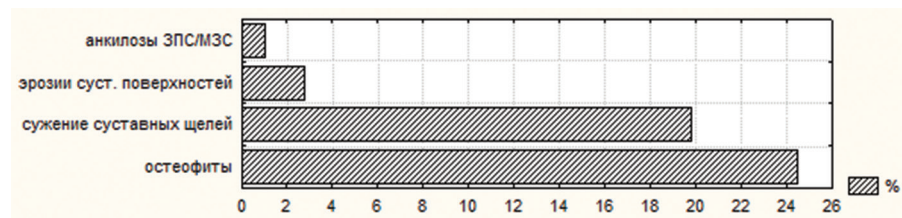


Рис.1. Частота рентгенологических признаков поражения суставов

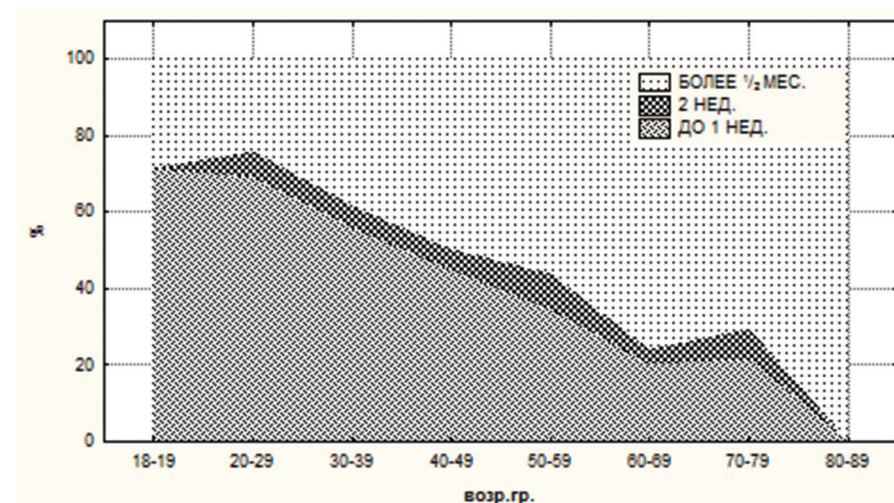


Рис.2. Длительность боли в зависимости от возраста

те 18-19 лет до 50% в возрасте 80-89 лет ($p=0,93$; $p<0,01$). Наиболее высокая частота изменения конфигурации наблюдалась в возрасте 60-69 лет (51,5%).

Выводы. Таким образом, поражение суставов клинически начинает проявляться в среднем в 41-43 года, но может начаться как в раннем детском (2 года), так и в старческом возрасте (77 лет). Наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль в суставе и крепитация в коленных суставах. Среди женщин чаще наблюдаются: припухание лучезапястных и коленных суставов, ограничение подвижности лучезапястных суставов и двусторонняя крепитация в коленных суставах; среди мужчин – односторонняя крепитация в коленных суставах. С увеличением возраста повышаются длительность боли и частота изменения конфигурации суставов на момент осмотра.

Литература

1. Большакова Т.Ю. Распространенность боли в суставах среди сельского населения центрального района Красноярского края / Т.Ю. Большакова, Н.В. Забродченко, Л.И. Кононова, В.А. Чупахина // Социальные аспекты ревматических заболеваний: материалы научно-практической конференции. – Звенигород, 2004. – С.73.
2. Крохина Н.Н. Распространенность суставного синдрома среди жителей сельского района Урала / Н.Н. Крохина, А.Г. Солодовников, О.М. Лесняк // Социальные аспекты ревматических заболеваний: материалы научно-практической конференции. – Звенигород, 2004. – С.80.
3. Krokhina N.N. The prevalence of articular syndrome among residents of the rural area of the Urals / N.N. Krokhina, A.G. Solodovnikov, O.M. Lesnyak // Social Aspects of Rheumatic Diseases: Proceedings of the Scientific and Practical Conference. – Zvenigorod, 2004. – P.80.
4. Лазарева Л.М. Распространенность подагры среди жителей города Южно-Сахалинска / Л.М. Лазарева, Ш. Эрде // Социальные аспекты ревматических заболеваний: материалы научно-практической конференции – Звенигород, 2004. – С.80.
5. Lazareva L.M. The prevalence of podagra among residents of the city of Yuzhno-Sakhalinsk / L.M. Lazareva, Sh. Erdes // Social aspects of rheumatic diseases: materials of the scientific-practical conference – Zvenigorod, 2004. – p. 80.
6. Протопопова Р.Н. Клинико-эпидемиологические особенности остеоартроза среди сельских жителей республики Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Р.Н. Протопопова. – М., 2000. – 29 с.
7. Protopopova R.N. Clinical and epidemiological features of osteoarthritis among rural residents of the Republic Sakha (Yakutia): author. dis. ... cand. med. sciences: 14.01.22 / R.N. Protopopova. – M., 2000. – 29 p.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Arthritis Prevalence and Activity Limitations – States, 1990. Morb. Mortal. Weekly Rep., 1994, 43(24), P.433-438.
9. The prevalence of rheumatoid arthritis in an urban population of Izmir-Turkey / S. Akar, M. Birlik, Sari I. [et al.] // Clin. Exp. Rheumatol. – 2004. – №22(4). – P. 416-420.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Т.К. Давыдова, Т.Я. Николаева, Л.Т. Оконешникова СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОРАДИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ И СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ ЗА 30-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД (1986-2016 ГГ.) В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

DOI 10.25789/YMJ.2018.64.34

УДК 616.72-002-07:616.517

С целью изучения особенностей течения спорадической и семейной формы ПМА за период с 1986-2016 гг. проведено исследование, которое выявило умеренный темп прогрессирования у больных со спорадическими случаями ПМА и медленный темп прогрессирования при ее семейной форме. При семейной форме заболевания наблюдался более ранний возраст дебюта. У мужчин заболевание начиналось раньше, чем у женщин, по сравнению с больными со спорадической ПМА.

Ключевые слова: болезнь двигательного нейрона, боковой амиотрофический склероз, прогрессирующий бульбарный паралич, прогрессирующая мышечная атрофия, первичный боковой амиотрофический склероз.

With the purpose to study the peculiarities of sporadic and family form of PMA during the period from 1986 to 2016 we performed a research that revealed a moderate rate of progression in patients with sporadic cases of PMA and a slow rate of progression in its family form. In the family form of the disease, an earlier age of debut was observed. In men, the disease began earlier than in women, compared with sporadic PMA patients.

Keywords: motor neuron disease, amyotrophic lateral sclerosis, progressive bulbar paralysis, progressive muscular atrophy, primary lateral sclerosis.

Введение. Прогрессирующая мышечная атрофия (ПМА) – это редкое заболевание из группы болезней двигательного нейрона, (БДН) которое характеризуется избирательным поражением клеток передних рогов спинного мозга и проявляется прогрессирующей мышечной слабостью, гипотрофиями

и фасцикуляциями. По рекомендации Всемирной Федерации Неврологов, с 1994 г. к болезням двигательного нейрона отнесены тяжелые нейродегенеративные заболевания с неизвестной этиологией и неуточненным патогенезом, для которых характерно селективное поражение центральных и/или периферических мотонейронов. Для заболеваний группы БДН типично прогрессирующее течение с неизменным летальным исходом. В эту группу входят боковой амиотрофический склероз (БАС), прогрессирующая мышечная атрофия (ПМА), первичный

боковой склероз (ПБС) и прогрессирующий бульбарный паралич (ПБП). [12].

Самым распространенным в мире заболеванием из этой группы является БАС, доля которого в этой группе составляет 80%. Доля ПМА составляет 9%, ПБП – 8, ПБС – 2% [7]. Впервые 11 пациентов с прогрессирующей мышечной атрофией описал в 1850г. F.Aran [1]. В 1874 г. J.M. Charcot привел различия в клинической и патологической картине бокового амиотрофического склероза и прогрессирующей мышечной атрофии и выделил БАС и ПМА в отдельные синдромы. Учитывая El-

ДАВЫДОВА Татьяна Кимовна – к.м.н., в.н.с.-руковод. лаб. ЯНЦ КМП, davtk@rambler.ru; **НИКОЛАЕВА Татьяна Яковлевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ, tyanic@mail.ru; **ОКОНЕШНИКОВА Людмила Тимофеевна** – зав. отд. РБ №2-ЦЭМП, OkoneshnikovaLT@rambler.ru.