

Частное учреждение образовательная организация высшего образования  
«Медицинский университет «Реавиз»

# ВЕСТНИК

## МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА «РЕАВИЗ» (РЕАБИЛИТАЦИЯ, ВРАЧ И ЗДОРОВЬЕ)

Научный журнал

Издаётся с января 2011 года. Выходит один раз в два месяца

Сайт журнала <http://vestnik.reaviz.ru>. ISSN 2226-762X (Print), ISSN 2782-1579 (Online)

В соответствии с приказом ВАК РФ от 01.12.2015 журнал «Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье» включён в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук

**ТОМ XIII, № 2, 2023**  
**МАРТ-АПРЕЛЬ**

---

# *Научная весна 2023*

**XIII МЕЖВУЗОВСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ

Самара – Саратов – Москва – Санкт-Петербург  
2023

По данным биоимпедансометрии повышенные показатели: ИМТ (27,6) при норме 18,5–24,9; ЖМ (19,5) – норма 8,3–16,1; БЖМ (69,6) при норме 33,0–52,3 ; АКМ (42,6) – норма 17,3–27,4; ОЖО (43,5) при норме 24,1–38,3.

**Выводы.** В ходе исследования нами была выявлена зависимость в виде пагубного влияния стресса на организм и нутритивный статус студентов.

#### Литература

1. Новикова Наталья Алексеевна СТРЕСС И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ. Психологические проблемы смысла жизни и акме. 2021;1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stress-i-zhiznestoykost>
2. Дударева В.А. Стресс и питание: синдром хронической усталости и другие ассоциированные со стрессом состояния. Вестник терапевта. 2018;9(33).
3. Стресс и питание (на примере лиц молодого возраста) / В. И. Склярова, С. О. Волошина, А. А. Крюкова [и др.] // Современные подходы к продвижению принципов здорового образа жизни : Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Ростов-на-Дону, 12 мая 2022 года. Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2022. С. 60-64.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ДЕТСКОМ (0–17 ЛЕТ) И ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2017–2019 ГГ.

Тухбатуллина Д.Т.

Казанский государственный университет, Казань, Россия  
Научный руководитель: Бейбалаева Т.З.

Согласно информационному бюллетеню Всемирной организации здравоохранения, шизофренией страдают 1 из 300 человек в мире [1]. Независимо от возраста, течение заболевания сопровождается негативной и положительной симптоматикой, проявления которой различаются у детей и взрослых. Негативный компонент у детей выражается в форме снижения успеваемости, сужения круга общения, проблем с концентрацией внимания, а положительная симптоматика не всегда указывает на расстройство и может являться плодом детской фантазии (у многих детей есть воображаемые друзья и это не значит, что они все страдают шизофренией) [2]. Начало заболевания у них часто стерто, так как начальные феномены эпизодичны и скоротечны, имеют место в сфере субъективного опыта и не заметны со стороны [3]. При этом так же существует вероятность того, что состояние, относимое к риску, может отражать лишь нарушение (неравномерность) процесса нейроразвития в течение первых двух лет жизни.

Изя-за всего вышеперечисленного и тенденции к стигматизации шизофрении в обществе при постановке диагноза пациентам детского возраста психиатры склоняются в сторону шизотипического расстройства личности [4]. Взрослым же пациентам шизофрению ставят с меньшими опасениями, что становится причиной ложной постановки данного диагноза в некоторых случаях. К примеру, неопытный специалист может спутать эпизоды мании у пациентов с биполярным аффективным расстройством с шизофренией, так как они могут сопровождаться неконгруэнтными настроению или причудливыми психотическими симптомами, включая симптомы 1-го ранга Курта Шнайдера, или «шизофренические» [5].

**Целью** данного исследования является выявление региональных особенностей заболеваемости шизофренией среди взрослого и детского (0–17 лет) населения Республики Татарстан за 2017–2019 гг. при помощи анализа статистических данных по региону.

**Материалы и методы.** Для анализа использованы материалы официальной статистической отчетности (статистический сборник «Психиатрическая помощь в Республике Татарстан» за 2017–2019 гг. применены методы описательной статистики с использованием интенсивных и экстенсивных показателей.

**Результаты.** В период 2017–2019 гг. заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами составила 677 человек на 100 тыс. населения среди взрослых и 948 человек на 100 тыс. населения среди детей, что выше на 29 % [4]. Наибольшая доля в структуре данных расстройств в обеих группах была представлена непсихотическими расстройствами: у детей – 23,7 % (224,6), у взрослых – 20 % (141). Дополнительно у детей высокое распространение имела умственная отсталость, которая была обнаружена у 18 % (167 на 100 тыс.) пациентов данной возрастной группы. Среди детского населения на заболевания психотического регистра пришлось 7,47 % случаев (70,9 на 100 тыс.), из которых 10 % (7,1) являлись шизофренией, при этом за данный период число заболевших шизофренией возросло на 4 %. У взрослых психотические расстройства были более распространены и составили 29 % (194,3 на 100 тыс.), из которых шизофренией оказались 17 % случаев (33,2 на 100 тыс.), заболеваемость которой имела волнообразный характер за весь рассматриваемый период (11,6 – в 2017 г., 10,4 – в 2018 г. и 11,4 – в 2019 г.).

**Заключение.** Анализ статистических данных показал, что психические и поведенческие расстройства более распространены среди детей, в структуре заболеваемости преобладают непсихотические расстройства в обеих возрастных группах. Шизофрения чаще ставится взрослым и составляет у них большую долю внутри группы заболеваний психотического регистра (5 % – у взрослых, 2,24 % – у детей). При этом несмотря на большую распространенность шизофрении среди взрослых, число заболевших за 2017–2019 гг. у них оставалось в одних и тех же пределах, тогда как у детей число заболевших шизофренией возросло. Противоречивость полученных результатов говорит о возможных сложностях при постановке диагноза шизофрения детям. Это связано, как с желанием избежать стигматизации ребенка окружающими,

что может стать негативным фактором формирования его личности, так и с неоднозначными проявлениями данного состояния ввиду возрастных особенностей поведения. Вышеупомянутые трудности подчеркивают необходимость разработки более совершенных методов диагностики данного состояния у детей с преобладанием индивидуального подхода к каждому пациенту, так как шизофрения оказывает сильное влияние на все сферы жизни пациента: приводит к снижению адаптации, проблемам с социализацией и дальнейшей инвалидизации при отсутствии правильно подобранного медикаментозного лечения.

#### Литература

1. Всемирная организация здравоохранения, Центр СМИ: Шизофрения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, свободный. 2022. (дата обращения 22.03.2023).
2. Kendhari J, Shankar R, Young-Walker L. A Review of Childhood-Onset Schizophrenia. Focus (Am Psychiatr Publ). 2016 Jul;14(3):328-332. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160007>. Epub 2016 Jul 8. PMID: 31975813; PMCID: PMC6526799.
3. Мазаева Н.А. Предвестники шизофрении: взгляд на проблему. Психиатрия и психофармакотерапия. 2020;22(3):4-16.
4. Панкова О.Ф., Казин Н.М., Иванова С.М. Современные проблемы в изучении распространенности и диагностике расстройств шизофренического спектра у детей и подростков. Вестник РГМУ. 2021;3:82–86. <https://doi.org/10.24075/vrgmu.2021.022>
5. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство – причины недостаточной диагностики. Наука и мир. 2019;3-2(67):57–61.
6. Гурьянова Т.В., Ульман Е.В., Сафина Э.Х. Психиатрическая помощь в Республике Татарстан (2017–2019 гг.): статистический сборник. Казань, 2020. 70 с.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Милов В.Е.<sup>1</sup>, Хабарова А.А.<sup>1</sup>, Камаев Ю.О.<sup>1</sup>, Жукова А.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Центральная поликлиника № 2 Министерства внутренних дел Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>2</sup>Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

В данной статье были проанализированы и обобщены результаты зарубежных и отечественных исследований, посвященные современным подходам по диагностике, дифференциальной диагностике синдрома грушевидной мышцы, анатомии грушевидной мышцы. Изложенные данные должны приниматься во внимание лечащими участковыми-врачами-терапевтами, врачами-хирургами, врачами-неврологами, врачами общей практики, планирующих лечение и оперативное вмешательство в область расположения грушевидной мышцы, седалищного нерва и его ветвей.

Синдром грушевидной мышцы (Piriformis Syndrome) – это заболевание, которое как полагают, является результатом компрессии седалищного нерва на уровне седалищной бугристости (tuber ischiadicum), волокнами грушевидной мышцы. По своей сути синдром грушевидной мышцы, можно отнести к невралгии седалищного нерва, вызванной дисфункцией грушевидной мышцы. Несмотря на то, что концепция синдрома грушевидной мышцы была предложена девять десятилетий назад, [1] до сих пор существование синдрома грушевидной мышцы является спорным, а методы дифференциальной диагностики, как и существование достоверных диагностических критериев порождает многочисленные вопросы. Эта неопределенность оправдана, поскольку в клинической практике синдрома грушевидной мышцы зачастую остается не диагностированным по причине того, что клинические проявления данного заболевания многочисленны и могут маскировать заболевание под картину других состояний, например: последствия грыжи межпозвоночного диска, поясничной радикулопатии, дисфункции пояснично-крестцового сочленения, сакроилеита, ишиаса или бурсита большого вертела бедренной кости, миофасциального болевого синдрома, ирритативных болей в результате патологии мочеполовой системы как у мужчин, так и у женщин. Не вовремя или неверно поставленный диагноз может не только привести к необратимым патологическим изменениям седалищного нерва (хронический болевой синдром, чувство парестезии/ гиперестезии на пораженной нижней конечности, мышечная слабость), а также к ненужному хирургическому вмешательству. Задача врача – определить симптомы и признаки синдрома грушевидной мышцы и своевременно начать адекватную терапию.

#### Функциональная анатомия грушевидной мышцы и седалищного нерва

Грушевидная мышца берет начало от тазовой поверхности крестцовых сегментов S2-S4 в области между и латеральнее передних крестцовых отверстий, крестцово-подвздошного сустава (верхний край большой седалищной вырезки), передней крестцово-подвздошной связки и иногда передней поверхности крестцово-бугорной связки. Она проходит через большую седалищную вырезку и крепится к большому вертелу бедренной кости. [2]. При этом говоря о синдроме грушевидной мышцы, хотелось бы обратить внимание на основную причину развития заболевания, а именно анатомические особенности седалищного нерва, который образован всеми корешками крестцового сплетения. Седалищный нерв выходит через щель грушевидной мышцы, расположен латеральнее всех нервов и сосудов, проходящих через седалищное отверстие, и входит между большой ягодичной мышцей с одной стороны и близнецовыми внутренней запирательной мышцами и квадратной мышцей бедра – с другой, по середине между седалищным бугром и большим вертелом бедренной кости.

Согласно исследованиям существует несколько условно «нормальных» типов анатомии седалищного нерва, тип А (рис. 1) является наиболее частым – от 66,7 до 93,6 % случаев. Тип В составляет от 2 до 13,63 % случаев. Тип С был зарегистрирован в 0,3 до 3,3 % случаев. Тип D в 0,3 до 3 % исследований [3].