

4. Сараев А.Р., Черкасов С.Н. Новые технологии, применяемые в стоматологической помощи // Материалы 15-й Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Самарского государственного экономического университета: в 2-х частях. 2016. С. 165.

5. Медведев О.А. Современные керамические массы в ортопедической стоматологии. Прессованная керамика // Тезисы 65-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Тверской государственный медицинский университет. 2019. С. 161.

ПРОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА ШУРЫГИНА И ЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В КЛИНИКЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТАМИ

Шурыгин А.И.

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь, e-mail: alekshu09@mail.ru

Методика симптома Шурыгина сводится к появлению (усилению) или наоборот исчезновению (ослаблению) сокращений мышц подбородка при крайних отведениях головы влево и/или вправо и штриховых раздражениях области тенара, когда классическое вызывание симптома Маринеску-Радовичи с прямым положением головы пациента соответственно не имело или наоборот имело проявления. Из двух групп больных – с ишемическим (16 человек) и геморрагическим (12 человек) инсультами, было выявлено 10 положительных случаев симптома Шурыгина, при этом 7 случаев относилось к больным геморрагическим инсультом. На основании полученных результатов можно констатировать более частое выявление симптома Шурыгина у пациентов с нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Симптом Шурыгина наряду с другими признаками может быть использован для диагностики сосудистых заболеваний головного мозга и дифференциальной диагностики нарушений мозгового кровообращения по геморрагическому типу.

Как известно, за произвольные движения конечностей отвечает филогенетически молодое, двух нейронное образование нервной системы – пирамидный тракт (пирамидная система), занявший эволюционно у людей доминирующую роль над всеми другими моторными центрами [1]. Ежедневно человек выполняет сотни тысяч произвольных движений, и пирамидная система в данном случае контролирует каждое из них за счет мощного парного пирамидного пути, который, начинаясь от прецентральной извилины верхним (центральный) мотонейроном, формирует кортиконуклеарный (иннервация мышц головы, лица, глотки, гортани, мягкого неба и языка) и кортикоспинальный (иннервация мышц туловища и конечностей) тракты. Поражение пирамидного пути на любом из его уровней приводит к характерной клинической картине –

развитию парезов или параличей, появлению патологических стопных и ладонных рефлексов, клонусов и клонидов, защитных рефлексов, а также появлению симптомов орального автоматизма, среди которых имеется ладонно-подбородочный симптом или симптом Маринеску-Радовичи. Последний возникает при поражении центрального отрезка пирамидного пути, вызывается штриховым раздражением мышц тенара и проявляется сокращением мышц подбородка. В норме можно наблюдать данный симптом у детей до 12-18 месяцев жизни.

В 2003 году Шурыгиным И.А. была описана методика модифицированного симптома Маринеску-Радовичи с функциональными пробами (симптом Шурыгина) [2]. Методика сводится к появлению (усилению) или наоборот исчезновению (ослаблению) сокращений мышц подбородка при крайних отведениях головы влево и/или вправо и штриховых раздражениях области тенара, когда классическое вызывание симптома Маринеску-Радовичи с прямым положением головы пациента соответственно не имело или наоборот имело проявления. Возникновение (усиление) или исчезновение (ослабление) симптома связывается с изменением показателей гемодинамики в позвоночных артериях и вертебро-базилярном бассейне, что характерно при физиологически крайних отведениях головы [3, 4], а также при артериальной гипертензии, атеросклерозе и остеохондрозе шейного отдела позвоночника [5, 6].

Актуальность исследования обусловлена ростом уровня заболеваемости ишемическим и геморрагическим инсультами [7], затруднением своевременной диагностики, выбором правильного лечения, а также высокой смертностью при данных патологиях.

Цель исследования: рассмотреть проявления симптома Шурыгина у конкретной категории больных – с ишемическим и геморрагическим инсультами.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Ставропольской краевой клинической больницы в неврологическом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Были выбраны две группы больных (28 человек) – 16 человек с ишемическим инсультом (первая группа) и 12 человек с геморрагическим инсультом (вторая группа). Средний возраст испытуемых первой группы составил $54,8 \pm 1,7$ лет, второй группы – $52,5 \pm 1,4$ лет. В первой группе структура заболеваемости следующая: 50% больных с диагнозом ишемический инсульт (ИИ) в зоне кровоснабжения левой средней мозговой артерии (СМА), 31,25% с ишемическим инсультом в зоне кровоснабжения правой СМА, 18,75% с ишемическим инсультом в зоне кровоснабжения вертебро-базилярной системы (ВБС). Структура заболеваемости во второй группе: 58,5% с диагнозом субарахноидальное крово-

излияние (САК), 16,6% с внутримозжечковым кровоизлиянием, 16,6% – геморрагический инсульт (ГИ) с формированием внутримозговой гематомы (ВМГ) в левом полушарии и 8,3% с формированием ВМГ в правом полушарии.

Результаты исследования и их обсуждение: из 28 человек с ОНМК у 10 (35,7%) был выявлен симптом Шурыгина. В первой группе лишь у 18,25% (3 случая) был выявлен положительный симптом Шурыгина, при отрицательном классическом симптоме Маринеску-Радовичи у всех испытуемых. При этом в 2 случаях симптом Шурыгина был положительный как при повороте головы вправо, так и влево. В 1 случае положительный симптом был только при повороте головы направо. Из всех 3 случаев два относились к диагнозу ИИ в зоне кровоснабжения левой СМА, один относился к ИИ в зоне кровоснабжения ВБС. Во второй группе испытуемых у 58,3% (7 случаев) был выявлен положительный симптом Шурыгина, при положительном классическом симптоме Маринеску-Радовичи только в 3 случаях. У пятерых пациентов симптом Шурыгина вызывался с обеих сторон, у двоих из них проявлялся вместе с классическим Маринеску-Радовичи. Поровну по одному разделились пациенты с симптомом Шурыгина только при повороте головы вправо (вместе с Маринеску-Радовичи) и только влево. Из всех 7 случаев три относились к диагнозу САК, три к формированию ВМГ в левом полушарии и один к формированию ВМГ в правом полушарии. Среди выявленных с симптомом Шурыгина – 10 человек, 7 (70%) составляют пациенты с нарушением по геморрагическому типу, 3 (30%) с нарушением по ишемическому типу.

На основании полученных результатов можно констатировать более частое выявление симптома Шурыгина у пациентов с нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Это может быть обусловлено большими метаболическими изменениями при данном типе инсульта. Так, функциональная проба с поворотом головы, незначительно снижающая кровоток в вертебробазиллярном бассейне, приводит к нарастанию гипоксии в большей степени при геморрагическом типе нарушения. Симптом

Шурыгина можно считать отягощающим признаком, т.к. его наличие может указывать на недостаточность проводимого лечения, служить неблагоприятным прогнозом на исход и длительность лечения и периода реабилитации.

Выводы. Симптом Шурыгина наряду с другими признаками может быть использован для диагностики сосудистых заболеваний головного мозга, дифференциальной диагностики нарушений мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Техника выявления симптома Шурыгина легка, доступна и пригодна для применения в том числе и первичным медицинским звеном. Симптом Шурыгина подлежит дальнейшему изучению в клинике больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Список литературы

1. Гранатов Е.В. Существующие и перспективные подходы к реабилитационному лечению больных с пирамидными параличами / Е.В. Гранатов, Т.И. Хайбуллин, Г.М. Ахмедова // Практическая медицина. – 2015. – № 5(90). – С. 92–96.
2. Шурыгин И.А. Разновидность симптома Маринеску-Радовичи (симптом Шурыгина), как признак вертебрального фактора в развитии вертебрально-базиллярной недостаточности / И.А. Шурыгин // Актуальные проблемы медицинского обеспечения войск Северо-Кавказского регионального управления пограничной службы в контртеррористической операции – Материалы научно-практической конференции под общей редакцией доцента А.В. Дмитренко. – Ставрополь, 2003. – С. 277–278.
3. Дическул М.Л. Ультразвуковая оценка динамики кровотока в позвоночных артериях при поворотах головы / М.Л. Дическул, В.П. Куликов // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 5-1. – С. 22-25.
4. Небожин А.И. Неврологические проявления функциональных биомеханических нарушений в шейном отделе позвоночника и ранних стадий шейного остеохондроза: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. – Москва. – 2015. – 22 с.
5. Лупарева О.С. Изменение линейной скорости кровотока по позвоночным артериям при различных морфологических изменениях в шейном отделе позвоночного столба у пациентов с артериальной гипертензией / О.С. Лупарева, Б.Т. Куртусунов, М.С. Бадалова // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т.6 – № 2. – С. 82–85.
6. Федин А.И. Корреляция показателя мозгового кровотока и функций сосудистого эндотелия при атеросклерозе церебральных артерий / А.И. Федин, Е.П. Старых, А.С. Парфенов и др. // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2012. – № 4. – С. 27–31.
7. Корякин К.С. Когнитивные нарушения у больных, перенесших ОНМК. Современные принципы диагностики и терапии / К.С. Корякин, П.П. Шевченко, С.М. Карпов, А.И. Шурыгин // Austria science № 32. – 2020. – С. 21–23.

Педагогические науки

ИЗМЕРЕНИЕ МОТИВАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ СПОРТСМЕНОВ ПОСРЕДСТВОМ ПРОХОЖДЕНИЯ ОПРОСА «МОТИВАЦИЯ В СПОРТЕ»

Дубинкина Ю.А.

ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», Екатеринбург,
e-mail: dubinkina-yuliya@mail.ru

В статье исследуется возможность повышения мотивационных ресурсов студентов-спор-

тсменов разных видов спорта. В данной работе рассматриваются результаты тестирования «мотивация в спорте». Кроме этого, в работе оценивается вовлеченность респондентов в тренировочный процесс в период после 3-х месяцев изоляции.

В любом деле спортсмена побуждают к действию определенные мотивы. Чем выше уровень подготовки спортсмена, тем больше значимость мотивации в спорте. Спортивная деятельность предполагает необходимость до-