

Патологические рефлексy у неврологически здоровых лиц

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Изучен широкий спектр симптомов орального автоматизма и кистевых патологических рефлексов у неврологически здоровых лиц разного возраста. На первом этапе патологические рефлексy исследовались у 6600 флотских призывников (18–20 лет), у молодых здоровых лиц на последовательных стадиях продолжительной (до 100 сут., 22 чел.) и непродолжительной (7 сут., 12 чел.) гипокинезии. На втором этапе исследованию подвергались 100 студентов военно-медицинского вуза, 200 военнослужащих срочной службы, 30 военнослужащих по контракту, 50 неврологически здоровых пациентов терапевтической клиники (с желудочно-кишечной и начальной сердечно-сосудистой патологией), 35 медицинских сотрудников клиники и близких родственников.

Не подтверждена широкая распространенность патологических рефлексов у здоровых лиц разного возраста. Установлено, что широкая манифестация патологических рефлексов может быть не следствием грубого анатомического повреждения центральной нервной системы, а результатом воздействия физиологических факторов (гипокинезии, гипоксии, поперечных перегрузок при вращении на центрифуге). Генез симптомов орального автоматизма и кистевых феноменов находит объяснение в рамках ранее предложенной авторами гипотезы о природе неврологической микросимптоматики и рефлекторно-двигательных асимметрий у здоровых лиц: симптоматика врожденная, резидуальная («анамнестическая»), актуальная.

Ключевые слова: неврологически здоровые лица, аксиальные рефлексy, кистевые патологические феномены, частота обнаружения, клиническая значимость.

Введение. В повседневной неврологической практике широко распространено заблуждение о высокой выявляемости патологических рефлексов у здоровых лиц. Дискуссии о стопных феноменах у здоровых лиц в значительной мере остались в периоде избыточно активной борьбы за приоритет, который презентовали как «интересную главу в книге о человеческом тщеславии», главу, не страдавшую от недостатка «трагикомических моментов» [36]. Что же касается кистевых и аксиальных рефлексов, то проблема их представленности у здоровых лиц продолжает обсуждаться на страницах печати и сохраняет свою актуальность.

Амплитуда научных разночтений о клинической значимости кистевых и аксиальных рефлексов не поддается рациональному объяснению, а частота встречаемости, как отдельных рефлексов, так и их совокупностей у здоровых лиц часто разительно отличается. В частности, симптом Бехтерева регистрировали с частотой 1–2,3%, симптом Гоффманна – 2–6%, симптом Якобсона – Ласка – 18,3–59,5%, симптом Россолимо (Тремнера) – 0,001–57,6% [4, 13, 25, 31, 34].

Сходная ситуация прослеживается и при изучении материалов об аксиальных рефлексax. У здоровых взрослых лиц хоботковый рефлекс определялся в 3–34% наблюдений, симптом Маринеско – Радовичи – в 3–53% [1, 3–6, 9, 27, 28, 30, 32, 33].

В целом научные публикации о симптомах орального автоматизма и кистевых патологических рефлексax у здоровых лиц содержат весьма противоречивые,

разнородные, иногда диаметрально противоположные суждения и умозаключения. Следует признать, что в подавляющем большинстве подобных исследований проводилось изучение лишь отдельных кистевых знаков или их небольших групп. Изучения всей совокупности кистевых и аксиальных симптомов и дифференцированной оценки их клинической значимости у здоровых лиц фактически не проводилось.

Цель исследования. Определить индивидуальную частоту встречаемости и клиническую значимость аксиальных и кистевых патологических рефлексов у здоровых лиц разного возраста в повседневной жизни и при воздействии некоторых экстремальных факторов.

Материалы и методы. На первом этапе исследований упомянутые рефлексy изучались в обычном объеме у здоровых лиц в 3-х группах: 1-я группа – флотские призывники (исследования в подгруппах А и Б отделяли несколько лет) – 6600 чел.; 2-я группа – продолжительная гипокинезия (70–100 сут.) – 22 чел.; 3 группа – непродолжительная гипокинезия (7 сут.) в максимально ограниченном пространстве – 12 чел.

На втором этапе изучался весь спектр аксиальных (44) и кистевых (35) рефлексов у неврологически здоровых лиц разного возраста в следующих группах: студенты военно-медицинского вуза – 100 чел.; солдаты срочной службы (Северо-Западный регион) – 200 чел.; военнослужащие контрактной службы (Дальневосточ-

ный регион) – 30 чел.; неврологически здоровые пациенты терапевтической клиники – 50 чел.; медицинские сотрудники клиники – 35 чел.

Результаты и их обсуждение. У флотских призывников (табл. 1) рефлекс орального автоматизма обнаруживались в 4–10,7% наблюдений, кистевые рефлекс в 1,7–6,1%. Исходные показатели частоты выявления этих феноменов у лиц, которые подвергались воздействию экспериментального режима (2 и 3 группы), принципиально не отличались от цифровых значений в 1-й группе. Итоги исследования соответствуют большинству результатов, которые были определены при целенаправленном изучении изолированных рефлексов [9, 13, 25, 27, 30, 31, 33, 34].

Установлено, что на этапах гипокинезии частота изучавшихся рефлексов многократно возрастала. По предъявлению функциональных нагрузок (проведение ортостатических и гипоксических проб, создание поперечных перегрузок на центрифуге) число дополнительно выявлявшихся патологических знаков значительно увеличивалось: кистевых, соответственно, на 10,3%, 11,1% и 6,2%; хоботкового – на 7,7% и 18,7%; Маринеско – Радовичи – на 23,1%, 27,7% и 12,5% [17–19]. Эти результаты коррелируют с наблюдениями авторов, которые регистрировали появление аксиальных и кистевых рефлекс при воздействии разнородных

физиологических факторов – сна и бодрствования, стресса и психогении, низкой температуры окружающей среды и алкогольного опьянения и др. [3, 4, 13, 14, 32].

На втором этапе исследований (табл. 2) было установлено, что у лиц 4-й, 5-й и 6-й групп цифровые показатели аксиальных и кистевых феноменов принципиальных межгрупповых различий не имели и соответственно составляли: аксиальные – 6; 5,8; 10%; кистевые – 5; 3; 6,6%.

На последующих возрастных этапах частота обнаружения патологических рефлексов существенно возрастала. В группах 7 А, 7 Б, 8 она составляла: для аксиальных симптомов – 30; 46,6; 17,1% соответственно; для кистевых рефлекс – 25; 36,6; 22,8%.

В возрасте до 30 лет выявлявшиеся аксиальные признаки ограничивались симптомами Маринеско – Радовичи (4,3–6,6%), Бехтерева (ротовой) (1,5–3,3%), Теймика (0,8–1,4%). После 35 лет наряду с перечисленными знаками в единичных случаях регистрировались симптомы Эпштейна, Флатау, Брейка, глабеллярный.

У студентов и военнослужащих срочной службы в отдельных наблюдениях распознавались кистевые феномены Жуковского, Вендеровича, Россолимо. После 35 лет их частота возрастала до 10% и дополнительно изредка выявлялись рефлекс Бехтерева,

Таблица 1

Исследование общепринятых совокупностей симптомов орального автоматизма и кистевых рефлекс у здоровых лиц

Группа	Число обследованных	Возраст, лет	Рефлексы, %	
			аксиальные	кистевые
1-я – флотские призывники: А Б	5400 чел.	18–20	10,7	–
	1200 чел		4	6,1
2-я – продолжительная (70–100 сут.) клиноостатическая гипокинезия	22	20–22	Исходно – 10,0. Спустя 30 сут. – 42,9	Исходно – 1,7. Спустя 50 сут. – 33,3
3-я – непродолжительная (7 сут.) гипокинезия в резко ограниченном пространстве	12	28–34	Исходно – 8,3. После эксперимента – 25	–

Таблица 2

Исследование всего спектра аксиальных и кистевых рефлекс у неврологически здоровых лиц

Группа	Число обследованных	Возраст, лет	Рефлексы, %	
			аксиальные	кистевые
4-я – студенты военно-медицинского вуза	100	22–24	6	5
5-я – солдаты срочной службы (Северо-Западный регион)	70 (в/ч 61826)	18–25	5,7	2,8
	130 (в/ч 02511)		6,4	3,2
6-я – солдаты контрактной службы (Дальневосточный регион)	30	20–28	10	6,6
7 – неврологически здоровые пациенты терапевтической клиники	А	35–50	30	25
	Б	51–73	46,6	36,6
8 – медицинские сотрудники клиники	35	35–65	17,1	22,8

Тремнера, Вартенберга. Симптом Якобсона – Ласка регистрировался во всех возрастных группах с частотой 20–56%. Патологические стопные знаки вовсе не обнаруживались.

У молодых лиц в подавляющем большинстве случаев выявлялись одиночные патологические знаки, а в старших возрастных группах заметно возрастало число случаев, когда фиксировалось сочетание 2–4 рефлексов. В целом сочетание нескольких аксиальных рефлексов отмечалось в 10–33,3% наблюдений, нескольких кистевых – в 12,5–20%, совместно аксиальных с кистевыми – в 3–13,3%. При повторном исследовании через 3–5 дней у студентов и военнослужащих в 50–80% выявленные ранее симптомы не обнаруживались, а стойкий характер рефлексов не превышал 20–30% от их общего числа.

Обследование военнослужащих до и после караула внятной динамики рефлексов не выявило, что может находить объяснение в том, что служба в конкретном наряде проходила в спокойной обстановке, подъемов по тревоге в связи с возможным нарушением государственной границы не было, был обеспечен спокойный сон продолжительностью, регламентированной соответствующими воинскими уставами.

У части молодых лиц со стойкой микросимптоматикой при повторном целенаправленном и детальном сборе анамнеза удавалось установить в прошлом легкие черепно-мозговые травмы, частые простудные заболевания. Связь микросимптоматики с резидуальными состояниями, признаками дизрафического статуса, «конституциональной неполноценностью», «невротическим складом характера», анамнестическими инфекциями, сильными эмоциями, общим «повышением рефлекторной возбудимости», обмороками предполагали многие авторы [5, 6, 8, 9, 13, 32].

У значимой (23 человек) части лиц старше 50 лет при обследовании впервые была распознана хроническая цереброваскулярная недостаточность (в соответствии с критериями М.М. Одинака [22], Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина [11]). Несмотря на отсутствие у них жалоб, указаний об обращении к неврологу этих пациентов к числу неврологически здоровых отнести не следует.

Таким образом, при исследовании на втором этапе у 415 неврологически здоровых лиц разного возраста из изучавшихся 44 аксиальных рефлексов с разной частотой обнаруживались 7, а из 35 кистевых – 6 патологических знаков.

Эволюционная концепция генеза неврологической микросимптоматики у здоровых лиц. Возможность выявления симптомов орального автоматизма и кистевых феноменов при разнородных органических заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС), функциональных страданиях нервной системы, у душевнобольных и неврологически здоровых лиц породила целый ряд достаточно пестрых, иногда курьезных концепций и гипотез.

Вызывает известное недоумение позиция исследователей, которые рассматривали патологические

рефлексы как физиологические, которые могут выявляться у здоровых людей, а усиление этих симптомов может свидетельствовать о пирамидной недостаточности. Но «обратное утверждение неверно: значительно увеличенный рефлекс не свидетельствует о повреждении пирамидного пути», так как «невозможно различить произошло ли увеличение рефлекса из-за функциональной гиперрефлексии или вследствие повреждения пирамидного пути» [36].

Трудно согласиться также с такими весьма дискуссионными дефинициями: аксиальные и кистевые патологические знаки являются нормальными (физиологическими) рефлексами, которые у здоровых лиц не вызываются (латентны), а обнаруживаются при неврологической патологии [7], что они пирамидные, но не патологические [36], что они «не являются пирамидными симптомами», но могут быть «ценным пирамидным симптомом» в случае резкой выраженности [15].

При целенаправленном изучении и анализе клинической представленности оральных и кистевых патологических знаков у здоровых лиц авторы нередко прослеживали связь упомянутых рефлексов с несомненными совокупностями признаков, характеризующими пирамидную недостаточность: с очевидным оживлением миотатических и снижением брюшных рефлексов, повышением мышечного тонуса, обнаружением патологических рефлексов иной локализации [6, 13, 16, 31]. При проведении графической регистрации рефлекса Ноика обнаруживались настолько разительные отличия кривых у здоровых, при спастической гемиплегии и при неврозе, что это позволило автору высказать рекомендацию: «особенности графических кривых при пирамидных расстройствах и неврозах могут быть отнесены к клиническим признакам» [26].

Сегодня достаточно определенно установлено, что клиническая манифестация патологических рефлексов может быть не только следствием грубого анатомического повреждения ЦНС, но и воздействия многочисленных факторов внешней среды, способных «проявлять» скрытые в повседневной обыденной жизни неврологические симптомы.

Исходным принципиальным пунктом в концепции происхождения патологических рефлексов являются представления о закономерном ослаблении (разрушении) филогенетически молодых механизмов и аппаратов сдерживания (ингибирования) некогда востребованной и целесообразной моторики. Последнее сопряжено с растормаживанием подкорковых аппаратов стереотипных, врожденных, сложных безусловных рефлексов (хватания, сосания, аксиальных, кистевых, стопных феноменов и др.) и возникновением лишней доли меры и согласованности с условиями среды хаотической деятельности филогенетически более ранних аппаратов и механизмов.

Следовательно, архаическая моторика (патологические рефлексы) – это всегда органический признак, и никто в характерный клинический паттерн

психогений (неврозов) патологические рефлексы не включает.

Однако симптомообразование при органических заболеваниях бывает сопряжено не только с очагом органической деструкции, но и с нейрофункциональным субстратом заболевания, с функциональным состоянием мозга. Поэтому В.Л. Голубев [8] в генезе органических и функциональных заболеваний (гиперкинезов, в частности) придавал значение нейродинамическим механизмам, не сопряженным с необратимыми нейроморфологическими изменениями, и справедливо указывал на неправомерность знака равенства между «функциональным» и «психогенным». Синонимом «функциональному» является «нейродинамическое». А нейродинамические механизмы свойственны и органическим и психогенным болезням, в частности, гиперкинезам. Следовательно, разрушение (ослабление) аппаратов сдерживания реликтовой моторики с последующей клинической манифестацией может сочетаться с нейродинамическим эквивалентом воздействия широкого спектра факторов органического и психогенного характера.

А.М. Гринштейн и Н.А. Попова [10] справедливо замечали: «Изменение состояния какого-либо отдела нервной системы ... проявляется определенными симптомами, независимо от того, создается оно грубодеструктивными процессами или процессами динамического характера». Такая полимодальная причинная обусловленность находит объяснение в том, что кортикальные формации в силу своей крайней пластичности особенно чутко реагируют на изменения эктосоматических органов и окружающей среды [29].

Причины избирательной и дифференцированной легкости или трудности обнаружения отдельных рефлексов, разительных различий частоты и клинической выраженности патологических знаков при межгрупповых и внутригрупповых сопоставлениях следует искать на этапах гетерогенного эволюционирования лицевой, туловищной и конечностной моторики [20–23].

Становление и совершенствование движений конечностями, прежде всего, связано с филогенетически молодыми структурами нервной системы и соответствующими им нервно-мышечными констелляциями (пирамидный путь является поздним приобретением в животном мире и свойствен только млекопитающим). Важнейшими этапами эволюционирования конечностной моторики у предков человека были для нижних конечностей – трансформация хватательной стопы в плантиградную и совершенствование акта ходьбы (до степени эстетической привлекательности), для верхних – ингибирование произвольного хватания и освоение сложных координированных произвольных движений субъектами как моторно «одаренными», так и моторно «дебильными» (отметим, что хватательную функцию верхние конечности успешно выполняют и у обезьяны, и у человека). Совершенно очевидно, что механизмы ингибирования реликтовой моторики в верхних конечностях филогенетически более молодые,

достаточно хрупкие и относительно легко могут поддаваться воздействию полиморфных внешних возмущающих стимулов органической и функциональной природы. В результате прежние (архаичные) рефлексоторные реакции и унаследованные инстинктивные акты (кистевые патологические знаки, в частности) могут достаточно широко быть представленными в клинической практике.

Механизмы ингибирования стопной реликтовой моторики формировались на значительно более ранних этапах эволюционирования двигательной функции конечностей. Поэтому для их клинической презентации востребованы более мощные и продолжительные воздействия факторов среды обитания.

Отсутствие тесного сочленения симптомов орального автоматизма с кистевыми и стопными рефлексами находит объяснение, в частности, в том, что функции лицевой и туловищной мускулатуры (мигание, сосание, движения туловища) имеют эволюционно более древнее происхождение, чем функции конечностной мускулатуры: мышцы туловища и головы успешно функционировали уже тогда, когда конечностей еще не было или они были в рудиментарном состоянии [2]. Поэтому в осуществлении функций аксиальной мускулатуры придается большое значение не только структурам пирамидной системы, но и подкорковым ганглиям.

С другой стороны, архаичная моторика, в том числе в форме симптомов орального автоматизма, на ранних этапах онтогенеза носит характер физиологических реакций (рудименты сосания, произвольного захватывания и др.), которые у взрослых тормозятся и частично трансформируются в произвольные. Понятно, что механизмы подавления проявлений утилитарного назначения мышц области рта (нападения, защиты, захватывания пищи и др.), как филогенетически молодые, с коротким периодом «запечатлевания» относительно легко могут подвергаться вредоносному воздействию факторов окружающей среды. Последнее закономерно сопряжено с частым обнаружением соответствующих патологических феноменов – следов многих действий, которые теперь стали бесполезными [12].

Многообразие факторов и условий, в разной степени способствующих клинической манифестации неврологической микросимптоматики, может найти рациональное и удовлетворительное объяснение в рамках систематизации таких признаков, предложенной ранее В.С. Лобзиным и А.А. Михайленко [18].

В литературе встречаются указания на то, что микросимптоматика может быть следствием «конституциональной неполноценности» [5], проявлением дизрафического статуса [8]. Подобные случаи в нашей классификации объединены в рамках раздела врожденной микросимптоматики, которая отличается некоторым клиническим своеобразием (фрагментарностью функционального дефекта и др.). В подавляющем большинстве случаев микросимптоматика у здоровых является приобретенной – резидуальной

(«анамнестической») или актуальной (злободневной). Известна патогенетическая роль анамнестических или злободневных травм, инфекций, стрессов, высоких функциональных нагрузок, невротических реакций в возникновении и клинической проявляемости патологических знаков, что относит их к приобретенной симптоматикой.

Как резидуальная, так и актуальная симптоматика могут быть клинически очевидными или выявляться только по предъявлению разнородных повышенных (максимальных, предельных, пороговых) требований к механизмам сдерживания филогенетически древней примитивной кинетики.

Лабильность и непостоянство симптома, его временный и обратимый характер, возможность быстрого регресса, прямая связь с воздействиями физиологических и психогенных факторов позволяют сопрягать его манифестацию с ситуационными обстоятельствами, предъявляющими чрезмерные нагрузки к функциональному состоянию головного мозга. Причинная обусловленность феноменов органического генеза сопряжена со стойким характером патологического знака. Следует отдавать себе отчет в том, что нестойкость и непостоянство изучавшихся рефлексов не является прерогативой только этих феноменов. Таким же непостоянством отличаются, в частности, миотатические рефлексы с верхних конечностей [7, 24, 35, 36].

Заключение. Органические симптомы (патологические феномены) как проявление некогда широко востребованной реликтовой моторики могут быть «вызваны к жизни» («реанимированы») разнообразными вредоносными факторами внешней среды как органической, так и функциональной природы при разрушении (устранении, ослаблении) функциональной системы сдерживания (угнетения) архаичной моторики, которая, будучи ингибированной, продолжала оставаться субстратом старых рефлекторных механизмов и унаследованных инстинктивных актов. Распространенное мнение о высокой встречаемости аксиальных и кистевых патологических знаков у молодых здоровых лиц в наших исследованиях не находит подтверждения. Возрастание частоты выявляемости патологических феноменов на поздних возрастных этапах у формально неврологически здоровых лиц сопряжено с накоплением «критической массы» последствий перенесенных и приобретенных заболеваний, травм, психогений, максимальных (предельных) физиологических нагрузок (атеросклероз сосудов головного мозга, невротические реакции, астенические состояния и др.), которые ослабляют функциональную дееспособность системы сдерживания проявлений архаичной моторики (патологических рефлексов). Клиническая представленность патологических рефлексов при воздействии экстремальных факторов существенно возрастала, но они часто сохраняли способность к быстрому обратному развитию. Обнаружение стойкого патологического симптома как ве-

роятного следствия органического процесса является поводом для обязательного и всестороннего анализа причин формирования неврологической патологии.

Литература

1. Арутюнова, А.С. Диагностическое значение ладонно-подбородочного рефлекса / А.С. Арутюнова // Журн. невропат. и псих. – 1977. – Т. 77. – № 8. – С. 1159–1163
2. Аствацатуров, М.И. Сборник избранных трудов / М.И. Аствацатуров // Тр. Воен.-мед. акад. – Л. 1939. – Т. 20. – 438 с.
3. Бабкин, П.С. Динамика некоторых рефлексов в области лица и рефлексов движения головы у детей грудного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / П.С. Бабкин. – Красноярск: Красноярский мед. ин-т, 1956. – 26 с.
4. Бабкин, П.С. Рефлексы и их клиническое значение / П. С. Бабкин. – М.: Медицина, 1973. – 163 с.
5. Балабан, Я.М. Рефлекс Маринеску – Радовичи и его клиническое значение / Я.М. Балабан // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1935. – Т. 4, № 8. – С. 101–112.
6. Быстрицкий, С.Е. О диагностическом значении симптомов орального автоматизма / С.Е. Быстрицкий, Ф.Г. Зубарев, Л.Т. Рубитель // Воен.-мед. журн. – 1970. – № 1. – С. 40–41.
7. Вартенберг Р. Диагностические тесты в неврологии / Р. Вартенберг: пер. с англ. – М.: Медгиз, 1961. – 196 с.
8. Голубев, В.Л. Гиперкинетические синдромы (клинико-физиологический анализ): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Л. Голубев. – М.: 1 ММИ им. И.М. Сеченова, 1982 – 36 с.
9. Гордон, М.М. К вопросу объективизирования эмоций при парашютировании / М.М. Гордон // Воен.-мед. журн. – 1933. – Т. 4, № 6. – С. 357–367.
10. Гринштейн, А.М. Вегетативные синдромы / А.М. Гринштейн, Н.А. Попова. – М.: Медицина, 1971. – 308 с.
11. Дамулин, И.В. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге / И.В. Дамулин, В.А. Парфенов, А.А. Скородец, Н.Н. Яхно // Болезни нервной системы: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – Т. 1. – С. 145–152.
12. Дарвин, Ч. Сочинения / Ч. Дарвин. – М.: Изд-во АН СССР, 1953. – Т. 5. – 1040 с.
13. Захаров, Ю.А. К оценке значения некоторых неврологических симптомов при массовых исследованиях здоровых лиц / Ю.А. Захаров // Тр. Воен.-мед. акад. – Л.: ВМА, 1961. – Т. 122. – С. 196–200.
14. Карчикян, С.И. О феноменах орального автоматизма / С.И. Карчикян // Общая и клиническая невропатология (сборник, посвящ. 30-летию научн. деятельности С.Н. Давиденкова). – М. – Л.: Гос. изд-во биол. и мед. литературы, 1936. – С. 215–219.
15. Кроль, М.Б. Основные невропатологические синдромы / М.Б. Кроль, Е.А. Федорова. – М.: Медицина, 1966. – 512 с.
16. Лобзин, В.С. Клиническая нейрофизиология и патология гипокинезии / В.С. Лобзин, А.А. Михайленко, А.Г. Панов. – Л.: Медицина, 1979. – 216 с.
17. Лобзин, В.С. Рефлекторно-двигательные асимметрии в клинической неврологии (механизмы, дифференциация и клиническая оценка) / В.С. Лобзин, А.А. Михайленко // Журн. невропат. и псих. – 1980. – Т. 80, № 9. – С. 1314–1320.
18. Михайленко, А.А. Влияние продолжительной гиподинамии на нервную и мышечную системы: автореф. ... дис. канд. мед. наук. / А.А. Михайленко. – Л.: ВМЕА, 1972. – 21 с.
19. Михайленко, А.А. Биогенетическая концепция клинической манифестации патологических стопных рефлексов / А.А. Михайленко, Б.С. Виленский, Н.А. Гусева // Невролог. журн. – 2004. – № 5. – С. 12–16.
20. Михайленко, А.А. Биогенетическая концепция и патологические рефлексы области лица / А.А. Михайленко [и др.] // Невролог. журн. – 2009. – № 1. – С. 49–56.

21. Михайленко, А.А. Кистевые патологические рефлексы: классификация, клиническая значимость, эволюционная концепция генеза / А.А. Михайленко [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2011. – № 3 (34). – С. 236–243.
22. Одинак, М.М. Дисциркуляторная энцефалопатия: клиника, диагностика, военно-врачебная экспертиза / М.М. Одинак [и др.] // Уч.-метод. пособ. – М.: Изд-во МО РФ, 2010. – 26 с.
23. Первушин, Г.В. О рефлексах с верхних конечностей / Г.В. Первушин // Казанский мед. журн. – 1925. – № 12. – С. 1297–1300.
24. Перельман, И.М. Симптом Гофмана и его клиническое значение / И.М. Перельман // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1935. – Т. 4, № 4. – С. 145–150.
25. Русецкий, И.И. О рефлексах пальцев руки / И.И. Русецкий // Пермский мед. журн. – 1925. – № 3–4. – С. 54–56.
26. Сандлер, А.Я. К вопросу о рефлексах-феноменах орального автоматизма у невротиков / А.Я. Сандлер // Невропат. и психиатрия. – 1937. – Т. 6, № 8. – С. 133–138.
27. Серебров, А.М. Об оценке ответных двигательных реакций при исследовании рефлексов орального автоматизма / А.М. Серебров // Журн. невропат. и псих., 1975. – Т. 75. – № 2. – С. 209–215.
28. Филимонов, И.Н. Сравнительная анатомия коры головного мозга млекопитающих. Палеокортекс, архикортекс и межзачаточная кора. / И.Н. Филимонов. – М.: Изд-во АМН, СССР, 1949. – 262 с.
29. Финкельштейн, Э.Р. К вопросу о хоботковом рефлексе / Э.Р. Финкельштейн // Журн. невропат. и псих. – 1929. – № 5–6. – С. 620–624.
30. Хаит, М.Б. О патологических рефлексах на верхних конечностях / М.Б. Хаит // Невропат. и психиатрия. – 1939. – Т. 8, № 2–3. – С. 115–122.
31. Цуканов, Г.И. Оральные рефлексы у здоровых людей / Г.И. Цуканов // Избран. вопр. невропат. Тр. ВМА им. С.М. Кирова. – Л.: ВМА, 1964. – Т. 151. – С. 190–193.
32. Эпштейн, А.Л. Патологические рефлексы лица (хоботковые и подбородочные) и их значение в психиатрии / А.Л. Эпштейн // Современ. психоневрол. – 1930. – Т. 11, № 10–11. – С. 193–201.
33. Fay, T. Clinical observations on the value of the Hoffmann sign / T. Fay, H.B. Hotten // J. nervous a. mental diseases. – 1933. – Vol. 77. – № 6. – P. 594–600.
34. Mohr, L. Zur physiologie und pathologie der sehnenphänomene an der oberen extremitäten / L. Mohr // Deutsch. zeitschr. f. nervenheilkunde. – 1901. – Bd. 19, h. 2–4. – S. 197–205.
35. Tiefensee, K. Die reflexe an den oberen extremitäten / K. Tiefensee // Archiv f. psychiatrie u nervenkeithen. – 1925. – Bd. 74, h. 1 – S. 52–92.
36. Wartenberg R. Studies in reflexes. History, physiology synthesis and nomenclature. / R. Wartenberg // Archiv. neurol. psychiatr. – 1944. – Vol. 51, № 2 – P. 113–133. – Vol. 52, № 5. – P. 341–382.

A.A. Mikhailenko, M.M. Odinak, N.S. Ilinskiy

Pathological reflexes at neurologically healthy persons

Abstract. A wide spectrum of symptoms of oral automatism and hands pathological reflexes at neurologically healthy persons of different age was studied. At the first stage pathological reflexes were investigated at 6600 naval recruits (18–20 years), at young healthy faces at consecutive stages of long (till 100 days, 22 persons) and short (7 days, 12 persons) hypokinesia. At the second stage 100 students of military-medical high school, 200 military men of urgent service, 30 military men under the contract, 50 neurologically healthy patients of therapeutic clinic (with a gastroenteric and initial cardiovascular pathology), 35 medical employees of clinic and near relations were exposed to research.

Wide prevalence of pathological reflexes at healthy faces of different age is not confirmed. It is established, that wide demonstration of pathological reflexes can be not a consequence severe anatomical damages of the central nervous system, and result of influence of physiological factors (hypokinesia, hypoxiation, cross-section overloads at rotation on a centrifuge). Genesis symptoms of oral automatism and hands phenomena finds an explanation in frameworks before the hypothesis offered by authors about the nature of neurologic microsemiology and is reflex-impellent asymmetries at healthy faces: congenital semiology, residual, actual.

Key words: neurologically healthy persons, axial reflexes, hands pathological phenomena, frequency of detection, the clinical importance.

Контактный телефон: 8-911-764-34-21; e-mail: nika_il2@mail.ru