

Феномен Якобсона – Ласка и его диагностическое значение в неврологической практике

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

Резюме. У 220 здоровых лиц разного возраста (от 20 до 73 лет) и у 205 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (90 человек, в возрасте 43–86 лет), болезнью Паркинсона (50 человек, в возрасте 39–84 лет) и рассеянным склерозом (65 человек, в возрасте 20–65 лет) были дифференцированно изучены все компоненты запястно-лучевого и Якобсона – Ласка рефлексов и степень их сопряженности с такими признаками пирамидной недостаточности, как гиперрефлексия и кистевые патологические феномены. Установлено, что частоты регистрации флексорной реакции пальцев при вызывании рефлекса у здоровых и невробольных сопоставимы, но у пациентов с пирамидной патологией доминировали (67%) высокая и средняя степень выраженности рефлекторного ответа, который в клинической практике именуется как гиперрефлексия. Частая выявляемость сгибания пальцев при вызывании карпорадиального рефлекса у здоровых лиц (47%), в том числе в ряде случаев и высокой степени выраженности, не позволяет интерпретировать такую реакцию пальцев (рефлекс Якобсона – Ласка), как патологический кистевой рефлекс. Кроме того, у здоровых лиц рефлекс в 51,9% наблюдений либо не выявлялся, либо носил однокомпонентный характер, а у невробольных доминировала (85,7%) двух- и трехкомпонентная рефлекторная реакция.

Косвенным подтверждением тому, что яркий симптом Якобсона – Ласка является проявлением гиперрефлексии, а не патологическим кистевым рефлексом служит значительная частота флексорной реакции пальцев наряду с повышением миотатических рефлексов, при минимальной представленности (14%) кистевых патологических знаков при болезни Паркинсона. Легкость трансформации физиологического запястно-лучевого рефлекса в патологический симптом (гиперрефлексию) усматривается в первоначальном биологическом предназначении руки – выполнять хватательную функцию.

Ключевые слова: карпорадиальный и Якобсона – Ласка рефлексы, гиперрефлексия, пирамидная недостаточность, патологический, кистевой, здоровые, дисциркуляторная энцефалопатия.

Введение. В 1908 г. Л. Якобсон [34] описал пальцевой сгибательный рефлекс при ударе неврологическим молоточком по шиловидному отростку лучевой кости. Рефлекс обнаруживался обычно при органических заболеваниях нервной системы или при «общем повышении рефлекторной возбудимости». Спустя 2 года И. Бабинским, независимо от Якобсона, будет представлен тот же рефлекс под названием «изверженный рефлекс луча» («inversion ... reflexe ... radius») [30]. Шестнадцатью годами позже очередной автор еще раз ознакомит читателей с тем же рефлексом [36]. В дискуссии Л. Якобсон – Ласк [35] напомним автору статьи о том, что он сообщал об этом рефлексе восемнадцатью годами ранее в 1908 г. Кроме того, многие исследователи обращали внимание на то, что В.М. Бехтерев [3] еще в 1902 г. описал «запястно-фаланговый рефлекс»: при ударе по сухожилиям сгибателей выше поперечной связки запястья возникало сгибание пальцев. Автор связывал такую рефлекторную реакцию с повреждением пирамидного пути. Но уже вскоре он [32] признал, что этот рефлекс может быть также следствием «повышенной рефлекторной возбудимости». В литературе встречается эпонимы «рефлекс Якобсона – Ласка, Бехтерева – Якобсона, Кэмпнера». Л. Якобсон [34] считал свой рефлекс аналогом стопного рефлекса Бабинского, а с другой

стороны – аналогом запястного-фалангового рефлекса Бехтерева, только более демонстративным.

В современной учебной и научной литературе (учебниках, учебных пособиях, руководствах, энциклопедических словарях и т. д.) трактовка природы и клинической значимости рефлекторного сгибания пальцев кисти изобилует разночтениями и полярными высказываниями. Одни авторы [6, 11, 15, 16, 25, 28] сгибание пальцев кисти при ударе по дистальному концу лучевой кости, наряду со сгибанием в локтевом суставе и пронацией предплечья и кисти, расценивают это как нормальную рефлекторную реакцию в рамках миотатического карпорадиального рефлекса. В других источниках [4, 13, 21, 24] флексорная реакция пальцев рассматривается как кистевой патологический рефлекс Якобсона – Ласка. Многие [5, 7, 16, 19] флексию пальцев определенно не дифференцируют и описывают как при карпорадиальном, так и при Якобсона – Ласка рефлексах. В национальном руководстве по неврологии А.А. Скоромец с соавт. [23] симптом Якобсона – Ласка среди патологических рефлексов уже не размещают, но флексорную реакцию пальцев в карпорадиальном рефлекс тоже не упоминают.

Р. Вартенберг [38] категорически возражал и против того, чтобы рассматривать флексию пальцев кисти как патологический рефлекс, и против утверждения

о том, что сгибание пальцев есть «часть полного радиального или супинаторного рефлекса». Он писал: «Сгибание пальцев, вызываемое перкуссией предплечья, это отдельная категория (distinct entity), вызываемая одновременно с брахиорадиальным рефлексом, но ни в коем случае не являющаяся частью его» [38].

Таким образом, с первых лет публикации материалов о рефлексе Якобсона – Ласка стали возникать сомнения, касающиеся как природы феномена и классификации его среди патологических рефлексов, так и диагностической ценности и информативности симптома. Л. Мор [37], в частности, регистрировал в 13,3% случаев у молодых здоровых людей отсутствие карпорадиального (супинаторного) рефлекса. И. Бабинский [30] свою первоначальную точку зрения об отсутствии флексии пальцев у здоровых лиц изменил уже через два года и признал возможность такого выявления [31]. На нередкую возможность регистрации рефлекса Якобсона – Ласка у больных неврозами (истерия, неврастения) указывал Г. Куршманн [33]. И.М. Перельман [11] рефлекс Якобсона – Ласка, как и другие кистевые феномены, не относил к чувствительным и постоянным признакам поражения пирамидных путей. При целенаправленном изучении флексии пальцев кисти у молодых здоровых людей разными авторами рефлекс, напротив, оказывался «избыточно чувствительным» и регистрировался в 44,5% [27], 16,9% [9], 59,5% [2] наблюдений.

Цель исследования. Установить частоту встречаемости и клинко-диагностическую значимость рефлекторной реакции сгибания пальцев кисти (рефлексы запястно-лучевой и Якобсона – Ласка) у неврологически здоровых людей разного возраста и у пациентов с разнородной патологией центральной системы.

Материалы и методы. Исследование проведено у 425 здоровых и невробольных в нескольких группах: первая группа – здоровые студенты военного медвуза (20–22 лет) – 100 чел.; вторая группа – здоровые солдаты срочной службы (18–24 лет) – 70 чел.; третья группа – неврологически здоровые лица (50 чел.): А – в возрасте 35–50 лет – 20 чел.; Б – в возрасте 51–73 лет – 30 чел.; четвертая группа – 90 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) в возрасте 43–86 лет (средний возраст $62,4 \pm 5,6$ лет); пятая группа – 50 человек с болезнью Паркинсона (БП) в возрасте 39–84 лет (средний возраст $68,8 \pm 6,7$ лет); шестая группа – 65 больных с рассеянным склерозом (РС) в возрасте 20–65 лет (средний возраст $43,8 \pm 7,7$ лет). (У части неврологических пациентов рефлекс Якобсона – Ласка изучался совместно с Е.В. Леоновой). Исследовались частота обнаружения ладонной флексии пальцев и ее клинического сочетания с гиперрефлексией миотатических рефлексов и патологическими кистевыми знаками.

Результаты исследования рефлекса Якобсона – Ласка и его сопряженность с гиперрефлексией и патологическими кистевыми рефлексами представлены в таблице 1.

Кроме того, регистрировалось наличие (отсутствие) флексии пальцев, целенаправленно производился анализ степени выраженности (слабой, средней, высокой) рефлекторной реакции сгибания пальцев, других компонентов запястно-лучевого рефлекса и их комбинаций (табл. 2).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что рефлекторная реакция сгибания пальцев кисти (запястнолучевой рефлекс или рефлекс Якобсона – Ласка) у неврологически здоровых лиц разного возраста не относится к числу редких и частота ее выявления

Таблица 1

Частота обнаружения рефлекса Якобсона – Ласка и его сопряженность с гиперрефлексией и патологическими кистевыми рефлексами

Группы обследованных	Рефлекс Якобсона-Ласка		Гиперрефлексия		Патологические кистевые рефлексы	
	абс	%	абс.	%	абс.	%
I. Студенты медвуза (100 чел.)	23	23	20	20	3	3
II. Солдаты (70 чел.)	15	21,5	12	17	6	8,6
III А. Здоровые 35–50 лет (20 чел.)	9	45	8	40	2	10
III Б. Здоровые 51–73 лет (30 чел.)	17	56	15	50	11	36,6
IV А. Дисциркуляторная энцефалопатия I ст. (30 чел.)	16	53	9	30	3	10
IV Б. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. (30 чел.)	17	56	13	43	16	53,3
IV В. Дисциркуляторная энцефалопатия III ст. (30 чел.)	20	66	16	53,3	26	86,6
V. Болезнь Паркинсона (50 чел.)	24	48	20	40	7	14
VI. Рассеянный склероз (65 чел.)	29	44,6	25	38,5	17	26

Таблица 2

Частота выявления отдельных компонентов рефлекторной реакции (в %)

Обследуемый контингент	Флексия пальцев	Степень выраженности флексии пальцев			Пронация	Сгибание в локтевом суставе	1-компонентная реакция	2-компонентная реакция	3-компонентная реакция
		слабая	средняя	высокая					
Здоровые (220 чел.)	47	80	13,6	6,4	28	44	27,4	35,1	12,8
Пациенты с пирамидной патологией (205 чел.)	85,7	33,3	23,3	43,4	37,1	65,7	14,3	65,7	20

в этих группах (21,5–56%) сопоставима с частотой обнаружения у пациентов с неврологической патологией (44,6–66%). У здоровых лиц, у пациентов с ДЭ и РС прослеживалась определенная сопряженность рефлекса Якобсона – Ласка с гиперрефлексией и отсутствие неосомненной взаимосвязи с кистевыми патологическими феноменами. Известной неожиданностью представляется достаточно высокая выявляемость искомого рефлекса у пациентов с болезнью Паркинсона, у которых патологические кистевые рефлексы выявлялись в единичных наблюдениях (в 12% случаев встречался патологический кистевой рефлекс Жуковского, в 4% случаев – Вендеровича, рефлексы Галанта, Тремнера, Россолимо обнаруживались у 6% больных), где БП сочеталась с ДЭ 2–3 ст. (в отличие от закономерной манифестации аксиальных рефлексов – в 92%).

У здоровых лиц определено доминирование слабой и средней степени выраженности сгибательной реакции пальцев, хотя высокая степень также была представлена. В 24,5% случаев карпорадиальный рефлекс не вызывался. У пациентов с пирамидной патологией средняя и высокая степень выраженности рефлекторной реакции достигала 67%. В группах нервнобольных представленность всех компонентов рефлекторной реакции превышала аналогичные показатели у здоровых лиц в 1,5–2 раза. У здоровых лиц в 51,9% рефлекс либо вовсе не выявлялся, либо носил только однокомпонентный характер, а у нервнобольных подавляющее большинство (85,7%) составляли двух- и трехкомпонентные реакции.

Таким образом, у неврологически здоровых лиц разного возраста достаточно закономерно и со значительной частотой обнаруживалось изолированное или сочетанное с другими компонентами рефлекторной реакции сгибание пальцев, которое поэтому не может рассматриваться как патологический рефлекс.

Р. Вартенберг [38] сгибание пальцев при нанесении удара по шиловидному отростку лучевой кости относил к сопутствующим (множественным, ассоциативным) рефлексам. Механизм возникновения такого рефлекса он представлял следующим образом: «Сотрясение подвергаемой перкуссии кости, конечно, затрагивает

мышцы, которые к ней прикрепляются или лежат рядом с ней, и таким образом вызывают рефлексы с этих мышц» [37]. Автор также указывал на значительный полиморфизм условий выявляемости флексии пальцев: позиция руки, сила и направление удара, общая рефлекторная возбудимость, пирамидная патология выше седьмого шейного сегмента спинного мозга.

При всей привлекательности оригинальных взглядов автора дифференцированное использование подобных сведений в клинической неврологии весьма затруднительно, так как автор не представил соответствующих критериев распознавания избирательного вовлечения в рефлекторную реакцию отдельных мышц, раздельной характеристики необходимых параметров силы и направления удара, позиции руки и т. д.

У пациентов с признаками пирамидной недостаточности флексорная реакция не только заметно чаще встречалась, но и обычно носила яркий характер. Поэтому ряд авторов [4, 10, 14, 22] высказывали предположение о том, рефлекс Якобсона – Ласка «выражает собой повышение запястно-лучевого рефлекса». Но такая рефлекторная реакция в клинической неврологии имеет четкое определение – гиперрефлексия.

Следовательно, рефлекс Якобсона – Ласка в общепринятом понимании не является патологическим рефлексом, а есть проявление миотатического рефлекса, который при функциональной недостаточности центрального двигательного нейрона, по аналогии с другими глубокими рефлексам, претерпевает классическую трансформацию в патологический симптом – гиперрефлексию. В русле этой констатации находится выявленная сопряженность флексии пальцев с гиперрефлексией. Косвенным подтверждением такой природы симптома Якобсона – Ласка служит также установленная нами диссоциация между высокой выявляемостью симптома Якобсона – Ласка и представленностью лишь в единичных наблюдениях патологических кистевых рефлексов при БП.

Многие авторы [9, 27] полагают, что симптом Якобсона-Ласка, как и патологические кистевые рефлексы, может возникать не только при органических, но и при функциональных заболеваниях нервной системы

и в изолированном виде не может служить критерием для распознавания органического характера поражения центральной нервной системы. В случае органического характера патологического процесса прослеживалась связь яркой флексии пальцев с гиперрефлексией глубоких рефлексов, повышением мышечного тонуса, обнаружением кистевых и иной локализации патологических рефлексов. Эти факты нашли частичное подтверждение при исследовании лиц с признаками пирамидной недостаточности. При обнаружении симптома Якобсона – Ласка и кистевых патологических знаков у здоровых лиц, на фоне повышенной рефлекторной возбудимости, характеризующихся нестойкостью, симметричностью, тесной зависимостью от различных внешних факторов, которым сопутствуют очевидные психологические особенности личности, манифестация искомых симптомов может быть сопряжена с воздействием факторов функциональной природы, с функциональными заболеваниями нервной системы.

Чем определяется относительная легкость трансформации миотатического карпорадиального рефлекса в патологический симптом (гиперрефлексию) под влиянием разнородных факторов органической и функциональной природы? Во-первых, широко известно, что изменчивостью и непостоянством у здоровых лиц отличаются не только патологические феномены области лица и верхних конечностей, но и миотатические рефлексы указанной локализации и их клиническая выраженность зависит от воздействия множества разнообразных факторов среды, порою незначительных: сон и употребление алкоголя, кашель и снижение комнатной температуры, гипоксия и гипокинезия, утомление и ортостаз и т. д. Во-вторых, частую клиническую манифестацию симптома Якобсона – Ласка исследователи усматривают также в том, что рефлексы верхних конечностей филогенетически связаны с хватательной функцией, что первоначальное биологическое предназначение руки было служить органом схватывания и она эту функцию одинаково успешно выполняет и у обезьян, и у человека [1, 12]. Функциональному предназначению сопутствовали соответствующие морфологические преобразования. А.Н. Северцов [20], в частности, установил прогрессивное и более быстрое развитие ульнарной стороны лапы (ладонная флексия пальцев) сравнительно с радиальной стороной (тыльная флексия пальцев). Сравнение с верхней конечностью животных может быть уместно, если помнить об основополагающей позиции Ч. Дарвина: «Что может быть любопытнее того, что пригодная для хватания рука человека, роющая лапа крота, нога лошади, ласт дельфина, крыло летучей мыши построены по тому же самому плану и содержат одинаковые кости с одним и тем же относительным расположением» [8]. А далее последует замечательно глубокая констатация: «... природа щедрa на разнообразие, хотя скупа на нововведение».

Всестороннее и аргументированное объяснение поразительно многообразию двигательных формул, причинам и механизмам ингибирования невос требованных моторных актов, клинической манифе-

станции архаической и реликтовой моторики, включая кистевые феномены и симптом Якобсона-Ласка, представляется возможным с позиций теории развития, особенностей эволюционирования двигательной функции и преобразования нервной системы.

Е.В. Шмидт [29] справедливо утверждал, что «только на основе раскрытия патофизиологических механизмов симптомов и отнесения их к определенному субстрату можно понять сущность заболевания в каждом конкретном случае, поставить диагноз и построить патогенетически обоснованную терапию». Поскольку все основные нервные реакции животных и человека «прирожденные в виде рефлексов», а остальная нервная деятельность организма надстраивается на фундаменте этих рефлексов [17], то адекватная трактовка каждого рефлекса имеет исключительное значение в повсеместной неврологической практике, а понимание сущности недуга, его диагностика и назначение обоснованного врачевания всегда актуальны и широко востребованы.

Выводы

1. Частое обнаружение ладонной флексии пальцев при вызывании карпорадиального рефлекса у здоровых лиц разного возраста не дает аргументированных оснований для причисления симптома Якобсона – Ласка к патологическим кистевым рефлексам.

2. Закономерное и очевидное усиление флексорной реакции пальцев у лиц с признаками пирамидной патологии позволяет эту реакцию при исследовании запястно-лучевого рефлекса интерпретировать как проявление гиперрефлексии.

Литература

1. Аствацатуров, М.И. Избранные работы / М.И. Аствацатуров. – Л.: ВМА, 1939. – 438 с.
2. Бабкин, П.С. Рефлексы и их клиническое значение / П.С. Бабкин. – М.: Медицина, 1973. – 163 с.
3. Бехтерев, В.М. О запястно-фаланговом рефлексе / В.М. Бехтерев // Обзор псих., невролог., экспер. психолог. – 1902. – № 7. – С. 487–488.
4. Богородинский, Д.К. Руководство к практическим занятиям по нервным болезням / Д.К. Богородинский, А.А. Скоромец, А.И. Шварев. – М.: Медицина, 1977. – 328 с.
5. Бурцев, Е.М. Основы неврологии: руководство для врачей / Е.М. Бурцев, В.Д. Трошин, О.В. Трошин. – Нижний Новгород: Издательство НГУ, 1998. – Т. 2. – 353 с.
6. Гусев, Е.И. Нервные болезни / Е.И. Гусев, В.Е. Гречко, Г.С. Бурд. – М.: Медицина, 1988. – 640 с.
7. Гусев, Е.И. Неврологические симптомы, синдромы и болезни / Е.И. Гусев, А.С. Никифоров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1184 с.
8. Дарвин, Ч. Происхождение видов путем естественного отбора или сохранения избранных рас в борьбе за жизнь / Ч. Дарвин. – СПб.: Наука, 1991. – 539 с.
9. Захаров, Ю.А. К оценке значения некоторых неврологических симптомов при массовых исследованиях здоровых лиц (Патологические рефлексы верхних конечностей). / Ю.А. Захаров // Тр. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, 1961 г. – Т. 122. – С. 196–200.
10. Ильинский, Н.С. Дифференциальная оценка клинического значения запястно-лучевого и Якобсона – Ласка рефлексов. / Н.С. Ильинский // Мат. итог. конф. воен.-научн. об-ва. – СПб.: ВМА, 2010. – С. 146.

11. Карлов, В.А. Неврология: руководство для врачей. – М.: «Медицинское информационное агентство», 1999. – 624 с.
12. Коновалов, Н.В. О рефлексе схватывания / Н.В. Коновалов, А.И. Новорасов // Советск. невропат., псих., психогигиена. – 1933. – Т. 2., № 6. – С. 1–19.
13. Кроль, М.Б. Основные невропатологические синдромы / М.Б. Кроль, Е.А. Федорова. – М.: Медицина, 1966. – 512 с.
14. Леонова, Е.В. Клиническая информативность некоторых кистевых феноменов / Е.В. Леонова, Н.С. Ильинский // Мат. итог. конф. воен.-научн. об-ва. – СПб.: ВМА, 2010. – С. 108.
15. Михайленко, А.А. Клинический практикум по неврологии / А.А. Михайленко. – СПб.: Фолиант, 2001. – 458 с.
16. Одинак, М.М. Клиническая диагностика в неврологии: руководство для врачей / М.М. Одинак, Д.Е. Дыскин. – СПб.: Спецлит, 2007. – 528 с.
17. Павлов, И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга / И.П. Павлов // Полн. собр. соч. – М-Л.: Изд-во АН СССР. – 1951. – Т. 4 – 451 с.
18. Перельман, И.М. Симптом Гофмана и его клиническое значение / И.М. Перельман // Советск. невропат., псих., психогиг. – 1935. – Т. 4. – № 4. – С. 145–150.
19. Пулатов, А.М. Справочник по семиотике нервных болезней / А.М. Пулатов, А.С. Никифоров. – Ташкент: Медицина, 1983. – 199 с.
20. Северцов, А.Н. Происхождение и эволюция конечностей / А.Н. Северцов // Собрание соч. – Т. 2. – М-Л.: Изд-во АН СССР, 1950. – 406 с.
21. Скоромец, А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А.А. Скоромец, Т.А. Скоромец. – СПб.: Политехника, 2000. – 399 с.
22. Скоромец, А.А. Нервные болезни / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – М.: МЕД-пресс-информ, 2007. – 552 с.
23. Скоромец, А.А. Клиническое обследование / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец // Неврология: нац. руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 21–103.
24. Словарь-справочник синдромов и симптомов заболеваний / под ред. М. Фейгина. – Варшава: Польское государственное медицинское издательство, 1962. – 240 с.
25. Триумфов, А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. / А.В. Триумфов. – М.: Медицина, 1974. – 244 с.
27. Хаит, М.Б. О патологических рефlekсах на верхних конечностях / М.Б. Хаит // Невропат. и псих. – 1939. – Т. 8, № 2–3. – С. 115–122.
28. Ходос, Х.Г. Рефлексы и их расстройства / Х.Г. Ходос // Много-томное руководство по неврологии. Т. 2. – М.: Медгиз, 1962. – С. 163–200.
29. Шмидт, Е.В. Евгений Константинович Сепп / Е.В. Шмидт // Лечение нервных болезней. – 2003. – № 4. – С. 42–43.
30. Babinski, J. Inversion du reflexe du radius / J. Babinski // Bull. et memor societ. d. hopit. de Paris. – 1910. – Т. 30. – P. 185–186.
31. Babinski, J. Reflexes tendineux et reflexes osseux / J. Babinski // Le Bull. medic. Paris. – 1912. – № 84. – P. 929–936.
32. Bechterew, V.M. Ueber reflexe distaler abschnitte der oberen extremitat und uber ihre diagnostische bedeutung / V.M. Bechterew // Neurol. Centralbl. – 1905. – Jg. 24. – № 9 – S. 392–395.
33. Curshmann, H. Ueber die diagnostische bedeutung des Babinskischen phänomens im präurämischen zustand / H. Curshmann // Munchen medicin. wochenschr. – 1911. – Jg. 58. – № 39. – S. 2054–2057.
34. Jacobsohn, L. Ueber den Fingerbeugereflex / L. Jacobsohn // Deutsch. medicine. wochenschr. – 1908. – Jg. 34. – № 46 – S. 1971–1973.
35. Jacobsohn-Lask, L. In discussion «Ueber eine art mendelschen reflexes an der hand» Kempner / L. Jacobsohn-Lask // Klinisch. wochenschr. – 1926. – Jg. 5. – № 32. – S. 1471.
36. Kempner. Ueber eine art mendelschen reflex an der hand / Kempner // Klinisch. wochenschr. – 1926. – Jg. 5. – № 27. – S. 1255.
37. Mohr, L. Zur physiologie und patologie der sehnenphänomene an der oberen extremitäten / L. Mohr // Deutsch. zeitschr. nervenheilkunde. – 1901. – Bd. 19 – H. 2–4. – S. 197–205.
38. Wartenberg, R. Studies in reflexes. History, physiology, synthesis and nomenclature / R. Wartenberg // Archives neurol. a. psych. – 1944. – Vol. 51. – № 2. – P. 113–133. – Vol. 52. – № 5. – P. 341–382.

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

Jakobson — Lask phenomenon and his diagnostic value in neurologic practice

Abstract. At 220 healthy faces of different age and at 205 patients with dyscirculatory encephalopathy (90 persons, 20–73 years old), Parkinson's disease (50 persons, 39–84 years old) and a multiple sclerosis (65 persons, 20–65 years old) have been studied separately all components wrist-beam and Jakobson-Lask of reflexes and degree of their associativity to such signs pyramidal insufficiency, as a hyperreflexion and hands pathological phenomena. It is established, that frequencies of registration bending reactions of fingers at calling of a reflex at healthy and illness man are comparable, but at patients with pyramidal pathology dominated (67%) high and average degree of expressiveness of the reflex answer which in clinical practice is presented as a hyperreflexion. Frequent detectability bending of fingers at calling carp-radial reflexes at healthy faces (47%), including in some cases and high degree of expressiveness, does not allow to interpret such reaction of fingers (Jakobson-Lask reflex) as pathological hands reflex. Besides, at healthy faces the reflex in 51,9% of supervision either did not come to light, or had unicomponent character, and at illness man dominated (87,5%) two- and three-componental reflex reaction. As indirect acknowledgement to that Jakobson-Lask bright symptom is hyperreflexion display, instead of pathological hands reflex considerable frequency bending serves reaction of fingers, along with increase miotatic reflexes, at minimum occurrence (14%) hands pathological signs at Parkinson's disease. Ease of transformation of a physiological wrist-beam reflex in a pathological symptom (hyperreflexion) is seen in initial biological mission of a hand – to carry of seizing function.

Key words: wrist-beam and Jakobson-Lask reflexes, a hyperreflexion, pyramidal insufficiency, pathological, hands, healthy, dyscirculatory encephalopathy.

Контактный телефон: 8-911-764-34-21, e-mail: nika_il12@mail.ru