

А.А. Михайленко, Н.С. Ильинский, Д.А. Искра,
Н.В. Цыган, А.Г. Труфанов

Дискуссионные вопросы клинической манифестации рефлекторно-двигательной микросимптоматики и ее значения для неврологической практики

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Резюме. Обсуждаются вопросы значимости клинического изучения микросимптоматики в неврологической практике, частоты выявления, неврологической характеристики и клинической информативности подобных симптомов у здоровых, которые традиционно рассматриваются как проявление пирамидной недостаточности. Приведены литературные сведения о клиническом изучении количественной частоты отдельных рефлексов области лица и кисти. Представлены данные о результатах изучения неврологической микросимптоматики у значительного числа молодых здоровых лиц. Определена частота встречаемости различных групп и подгрупп рефлексов в соответствии с предложенными классификациями. Расширена, дополнена и уточнена предложенная ранее оригинальная классификация рефлекторно-двигательной микросимптоматики и некоторые критерии клинической дифференциации ее гетерогенных вариантов. Определена целесообразность мониторинга признаков, обуславливающих необходимость профилактических или лечебных вмешательств, потребность и обязанность принятия экспертных вердиктов. Выявляемая семиотика у данной категории лиц находит объяснение в рамках биогенетической концепции. Объясняются причины более легкого возникновения и более частого выявления в клинической практике на руках и в области лица функционирования нервно-мышечных ансамблей, предназначенных для филогенетически старых рефлекторных актов – аксиальных и кистевых патологических рефлексов. Рефлекторно-двигательная микросимптоматика, в частности, может быть тонким индикатором пирамидной недостаточности и моторной несостоятельности, а клиническая классификация может способствовать своевременной дифференциации полиморфных этиологических и патогенетических вариантов пирамидной микросимптоматики и рефлекторно-двигательных асимметрий как инициальных проявлений моторной дефектности.

Ключевые слова: рефлексология рук, рефлексология ног, аксиальные симптомы, пирамидный синдром, патологические кистевые рефлексы, неврологическая микросимптоматика, здоровые люди.

Введение. Рефлексы – важнейшая часть неврологической семиологии, и их исследование имеет исключительное значение в клинической практике. Между тем вся история неврологической симптоматологии, сопряженная с исследованием моторной функции, изобилует множеством энергичных и ярких, иногда яростных творческих дискуссий о физиологическом или патологическом характере рефлексов (стопных, кистевых, аксиальных) и других проявлений легкой пирамидной несостоятельности и дефектности, о дифференцированной клинической оценке и диагностической значимости подобного рода микросимптомов. Тем более что в свое время были широко распространены гипотезы и взгляды, подобные тем, которые исповедовал, в частности, Х. Людвиг, ученик великого Г. Бургава: «Никто из смертных совершенно здоровым назваться не может, и что должно, в теле отправляемое, не всегда равномерным во всех частях согласием или надлежащим постоянством совершаются» [22]. Формулировка современного аргумента у оппонентов звучит менее привлекательно и более прозаично: «Нет здоровых людей, есть недостаточно обследованные».

Утверждалось, что патологические рефлексы могут обнаруживаться не только у лиц с органической патологией, но и у больных неврозами, душевнобольных, у здоровых лиц. Возможность выявления таких рефлексов у последней категории лиц относится к числу наиболее дискуссионных в неврологической семиологии.

Проблема адекватной и соразмерной оценки микросимптомов (микроаномалий, «стигм», дизрафических признаков, единичных и эпизодически проявляющихся патологических рефлексов) продолжает оставаться актуальной, так как использование современных информативных методик нейровизуализации не освобождает врачей от необходимости совершенствования клинических критериев распознавания неврологической патологии. Появилась угроза утраты навыков неврологического обследования и это даже получило свое название – гипоскилия [23]. В тоже время достаточно хорошо известно, что именно клиническое исследование часто позволяет уловить инициальные и самые тонкие признаки поражения нервной системы. Это прекрасно понимали наши

великие предшественники. основоположник отечественной внутренней медицины М.Я. Мудров в не лишенном изящной словесности и поэтической прелести умозаключении наставлял: «Прикосновением перстов твоих познай волнение крови, обременение мозга, слабость чувственных жил» [35]. Не менее содержателен и убедителен был крупнейший отечественный невролог В.А. Муратов, утверждавший, что «в деле познания болезней клиника должна сохранять свое руководящее положение» [37].

Первостатейный и принципиальный смысл в изучении микросимптоматики обретают пирамидные признаки, так как этой системе в силу эволюционной «молодости» свойственна высокая чувствительность по отношению к различным внешним возмущающим и вредоносным событиям, относительно легкая ранимость и повреждаемость. Это находит свое выражение в том числе в гетерохронности инволютивных процессов и неравномерности старения отдельных систем, что определяют как «капитальные явления позднего онтогенеза человека» [1]. Широко известно, что параллельно старению растёт выявляемость пирамидной симптоматики, патологических рефлексов у практически здоровых людей. Серьезным предупреждением звучит следующее утверждение: в период старения влияние на ход онтогенетической эволюции не только жизненного пути человека (с заболеваниями, травмами и т.д.), но и «меры его активности» неизмеримо больше, чем в ранние годы. Вместе с тем литература, посвященная пирамидной микросимптоматике и патологическим рефлексам, в частности, насколько обширна, настолько и противоречива. В большинстве литературных источников сведения о патологических рефлексах у здоровых лиц содержат лишь качественную характеристику – избыточно декларативную и относительно малоинформативную.

Проблема этиологии, патогенеза, клинической значимости микросимптоматики и патологических рефлексов у неврологически здоровых лиц была традиционной для кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, и она нашла отражение в научных публикациях ее сотрудников и питомцев – М.И. Аствацатурова, И.Я. Раздольского, М.М. Гордона, С.И. Карчикяна, А.Г. Панова, А.П. Зинченко, В.С. Лобзина, Н.И. Команденко, Ю.А. Захарова, А.А. Михайленко, М.М. Одинака и др.

Цель исследования. Предложить вариант оригинальной классификации неврологической микросимптоматики у здоровых лиц.

Материалы и методы. Исследование различных совокупностей патологических рефлексов у здоровых лиц проводилось в два этапа. На первом этапе (1970–1980-е гг.) в группах здоровых призывников и студентов медицинского института изучались наиболее распространенные в повседневной практике патологические рефлексы различных локализаций (4 аксиальных и 4 кистевых рефлексов). На втором этапе (2010–2014 гг.) проводилось исследование

всего спектра патологических рефлексов области лица и верхних конечностей у здоровых лиц разного возраста (студенты-медики, военнослужащие срочной и контрактной службы, медицинский персонал клиник, пациенты терапевтического профиля). На основании полученных данных определялась частота встречаемости различных групп и подгрупп рефлексов в соответствии с предложенными авторами [30] классификациями.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что частота отдельных рефлексов области лица и кисти у здоровых лиц по данным различных авторов имеет неодинаковую распространенность (табл. 1 и 2).

Частота встречаемости патологических рефлексов у здоровых лиц, представленная в 1 и 2 таблицах, имеет удивительно разноречивый характер со значительной амплитудой разнородности результатов научного изучения аксиальных и кистевых рефлексов. Подобные противоречивые данные не поддаются рациональному объяснению и вероятно связаны с разным пониманием ожидаемого клинического эквивалента рефлекторного ответа.

Особого упоминания заслуживает рефлекс Якобсона – Ласка. Малообоснованная интерпретация рефлекса как патологического, если (по данным литературы) он выявляется в 18,3–58,5% у здоровых лиц. При целенаправленном изучении искомого рефлекса у 220 практически здоровых лиц разного возраста он регистрировался в 21,5–56% наблюдений, что сопоставимо с частотой его выявления у пациентов с неврологической патологией (44,6–66%) [32]. Выявлена сопряженность рефлекса с гиперрефлексией и отсутствием взаимосвязи с кистевыми патологическими рефлексами. Это дает основание полагать, что рефлекс Якобсона – Ласка не патологический рефлекс, а «выражает собой повышение запястно-лучевого рефлекса», так как является проявлением гиперрефлексии [6, 41].

Ранее нами [20, 21, 25, 33] сообщалось о результатах клинического анализа неврологической микросимптоматики: а) в 60–80-е гг. XX в. – у 6600 флотских призывников и абитуриентов медицинского института, у 22 испытуемых со сроками гипокинезии 70–100 суток, у 12 испытуемых в условиях 7-суточного пребывания в резко ограниченном пространстве; б) в первом десятилетии XXI в. – у 330 солдат и студентов медицинского института. Общие сведения о частоте таких рефлексов представлены в таблице 3.

Спустя четверть и более века выявляемость аксиальных и кистевых рефлексов у практически здоровых лиц фактически не изменилась и не находит подтверждения распространенное мнение о высокой встречаемости таких рефлексов у изученного контингента лиц.

В последнее десятилетие рядом сотрудников и учеников кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова предпринималась всестороннее и целенаправленное изучение

Таблица 1

Частота встречаемости патологических рефлексов в области лица у здоровых, %

Автор	Рефлекс									
	пальмоментальный	хоботковый	назобувиальный	дистанс-оральный	назоцервикальный	корнеомандибулярный	корнеоментальный	сосательный	глабеллярный	Геннеберга
А.Л. Эпштейн, 1930	-	3-5	-	-	-	-	-	-	-	-
А.Я. Сандлер, 1937	2,6	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
М.М. Гордон, 1933	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
А.М. Серебров, 1975	22,5	9,17	10,5	0,5	-	6,3	-	-	-	0,67
Э.Р. Финкельштейн, 1929	-	10,7	-	-	-	6,3	-	-	-	-
С.Е. Быстрицкий с соавт., 1970	44,3	13,3	1,4	-	-	-	-	-	-	-
П.С. Бабкин, 1956, 1966, 1973	1-14,5	9,3-41,8	-	-	7,5	-	-	-	-	-
Г.И. Цуканов, 1964	1-13	3-28	-	-	0,5-2,5	-	-	-	-	-
С.И. Карчикян, 1938	7,5-95,3	24,7-96	10,9-54,2	0,9-2,8	-	-	-	-	-	-
А.Я. Сальман, 1934	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-
Я.М. Балабан, 1935	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ю.Г. Рузанова, 1934	16,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
А.Б. Френкель, 1938	8	-	-	-	-	6	16	-	-	-
G. Ritter, 1968	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V. August, R.B. Miller, 1952	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tremont-Lukats J.W., 1993	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P. Macx, J. Reschop, 1980	12,6-90	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F. Sölder, 1902	-	-	-	-	-	50	-	-	-	-
Jl. Marti-Vilatta, F. Graus, 1984	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A. Damasceno, 2005	5	27	-	-	-	-	-	62	17	-
J.P.A. Jensen et al., 1983	11	-	-	-	-	-	-	-	36	-
D. L. Brown, 1998	23	-	-	-	-	-	-	3	3	-
F.W. Vreeling et al., 1993	4-8	10	-	-	-	-	-	9	12	-
P.J. Martin et al., 2006	16-36	30-41	-	-	-	-	-	0-7	10-22	-
Д.М. Залкан, А.Б. Френкель, 1938	8	-	-	-	-	5	16	-	-	-

Таблица 2

Частота встречаемости кистевых патологических рефлексов у здоровых лиц, %

Автор	Рефлекс								
	Якобсона – Ласка	Гоффманна	Россолимо	Жуковского	Стембо – Гордона	Бехтерева	Тремнера – Вендеровича	Вартенберга	Хватательный
П.С. Бабкин, 1965, 1973	59,5	-	-	-	-	-	57,6	92,4	-
А.Н. Штемпелев, 1956	-	-	-	-	-	-	2,7	-	-
М.Б. Хаит, 1939	44,5	2,25	0,001	7	-	1	-	-	-
Ю.А. Захаров, 1961	18,3	6	12,2	-	-	2,3	-	-	-
И.М. Перельман, 1935	-	2	-	-	-	-	-	-	-
D.H. Echols, 1936	-	1,63	-	-	-	-	-	-	-
T. Fay, H.B. Gotten, 1933	-	5,3	-	-	-	-	-	-	-
D.L. Brown, 1998	-	-	-	-	-	-	-	-	1
L. Stembo, 1894	-	-	-	-	70-80	-	-	-	-

Таблица 3
Частота выявления аксиальных и кистевых рефлексов у молодых (18–30 лет) здоровых лиц, %

Время исследования	Аксиальные рефлексы	Кистевые рефлексы
60–80-е гг. XX в.	4–10,7	1,7–6,1
Первое десятилетие XXI в.	5,7–10	2,8–6,6

всего спектра стопных, кистевых и аксиальных рефлексов: исследованию 83 стопных, 35 кистевых и 44 аксиальных рефлексов подверглись соответственно 400, 516, 464 пациентов с разнородной неврологической и психиатрической патологией (нарушения мозгового кровообращения, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга, неврозы, эндогенные психозы), а также всех аксиальных и кистевых рефлексов у 380 здоровых лиц преимущественно молодого возраста [14, 19, 26–34].

В таблицах 4 и 5 представлены результаты дифференцированного изучения всего спектра аксиальных и кистевых патологических рефлексов у практически

Таблица 4
Дифференцированное изучение рефлексов области лица у здоровых людей, n=320

Рефлекс	Частота обнаружения, %
1. Глазной: глабеллярный	0,5
2. Ротовой: 2.1. Хоботковый	4,7
2.2. Сосательный: сосательный	3,6
носо-губной Аствацатурова	0,5
2.3. Ангулярный: верхнегубной Бехтерева	2,8
скуловой Бехтерева	0,28
3. Подбородочные: Маринеску – Радовичи	6,2
Флатау	1,1
Брейка	0,5

Таблица 5
Дифференцированное изучение кистевых рефлексов у здоровых лиц, n=320

Рефлекс	Частота выявления, %
1. Пальце-кистевой: Гоффманна	0,28
Тремнера	1,4
крючка	0,28
Клиппеля – Вейля	0,5
2. Ладонно-кистевой: Жуковского	2,5
Галанта	0,28
Вартенберга	2,5
3. Тыльно-кистевой: Бехтерева (пястно-пальцевой)	0,28
4. Внекистевой: Боголепова	2,8

здоровых лиц. Челюстные и внелицевые патологические рефлексы области лица не обнаруживались. Средняя частота встречаемости аксиальных рефлексов достигала 7,2%. Средняя частота выявляемости кистевых рефлексов составила 4,4%.

Опыт проведения исследований в последние годы выявил настоятельную необходимость дополнения, расширения и уточнения первого избыточно лапидарного варианта систематизации рефлекторно-двигательных асимметрий, предложенного В.С. Лобзиним и А.А. Михайленко [21], введения дополнительных рубрик для патологических феноменов в соответствии с их предполагаемым генезом и временными периодами клинической выявляемости (рис.).

Дискуссии о патологических стопных рефлексах у здоровых лиц в значительной мере остались в прошлом, хотя ранее встречались утверждения о том, что у здоровых рефлекс Бабинского регистрировался в 11% наблюдений, а рефлекс Жуковского и вовсе в 81,7% [39], рефлекс Бехтерева – Менделя – в 10–56% [49, 50].

Врожденная микросимптоматика может либо отражать морфологические особенности строения и иннервации, либо являться проявлением резидуальной симптоматики, индуцированной внутриутробными заболеваниями и травмами. В первом случае микросимптоматика не сказывается заметным образом на функции, дефектность носит парциальный характер (охватывает фрагмент соответствующей иннервационной зоны), однозначное топическое проецирование обычно не удается, клиническая динамика отсутствует. Эти неврологические микросимптомы могут сопровождаться костными аномалиями.

Резидуальной врожденной симптоматике могут сопутствовать сведения о заболеваниях и травмах в период беременности, функциональная слабость во всей иннервационной зоне нерва, удается однозначное топическое проецирование, при дополнительном воздействии полиморфных факторов внешней среды возможны более яркие клинические проявления искомых симптомов. С.И. Карчикян [18] патологические рефлексы у здоровых считал следствием «врожденной неполноценности соответствующих корково-мышечных путей». Хорошо известно, что степень совершенства моторики у отдельных здоровых людей простирается от «моторной одаренности» до «моторной дебилности».

Сходный клинический эквивалент имеет приобретенная на относительно ранних этапах онтогенеза резидуальная микросимптоматика. Фактически о ней очень точно и емко писал М.Я. Мудров: «... болезни юности и греха неведения» могут «открываться только в мужестве», а «труды, поднятые в мужестве, сказываются только в старости» [35].

Актуальная приобретенная микросимптоматика отражает активную стадию и этапы динамики патологического процесса, она прогрессирует, сочетается с другими присоединяющимися признаками поражения нервной системы.

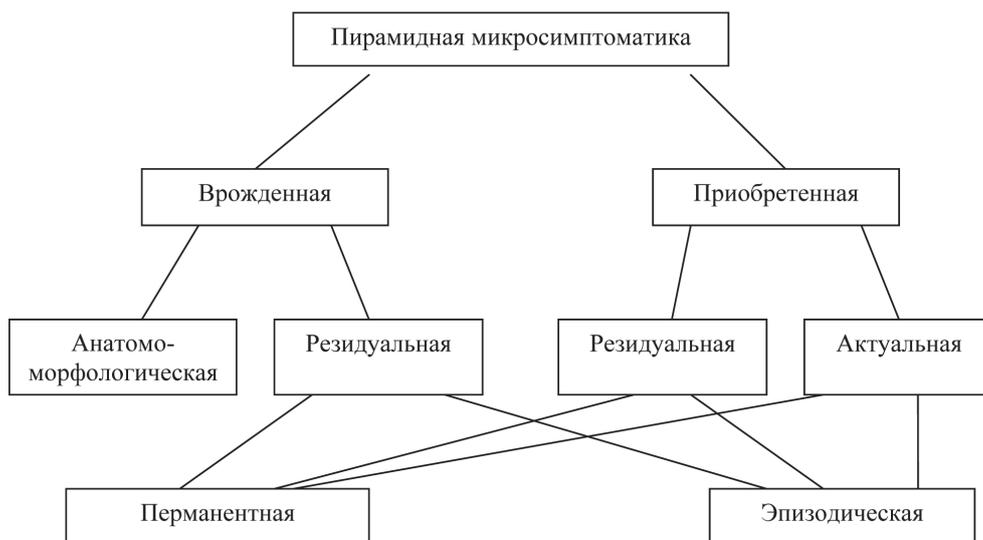


Рис. Классификация рефлекторно-двигательной (пирамидной) микросимптоматики

Патогенетически обоснованным и клинически существенным представляется выделение перманентного (постоянного, непрерывного) и эпизодического вариантов клинической представленности микросимптоматики. Перманентное выявление патологических признаков может быть свойственно любому варианту врожденной или приобретенной симптоматики в тех случаях, когда регресс неврологических феноменов в резидуальном статусе завершился или когда актуальный процесс уже обусловил формирование очевидного клинического паттерна разнородных заболеваний.

Значительно больший и принципиальный интерес представляет эпизодическая симптоматика, возможная на ранних этапах актуального процесса или в случаях, когда компенсаторные возможности системы позволяют функционально нивелировать представленность резидуальной симптоматики в повседневных рядовых условиях. Но последняя может относительно легко клинически выявляться при дополнительном воздействии полиморфных средовых факторов. Своевременное распознавание такого варианта пирамидной микросимптоматики может приобретать исключительное клиническое (лечебно-профилактическое, экспертное) значение.

С первых лет научного анализа клинической информативности патологических рефлексов было установлено, что они могут выявляться не только у лиц с полиморфной органической патологией, но и у здоровых лиц при воздействии большого перечня профессиональных, бытовых, психогенных, экстремальных и других факторов: во время сна, при оперативных вмешательствах под наркозом, вдыхании гипоксической смеси, прыжках с парашютом, длительных полетах на самолетах, во время космических полетов, на этапах гипокинезии, у лиц с невротами и др. [2, 8, 13, 20, 25, 38, 46].

В литературе [10, 11, 12] привлекается внимание к тому обстоятельству, что существует прямая

связь церебральной патологии с функциональным состоянием мозга и что в формировании клико-неврологического эквивалента при безусловно органических заболеваниях головного мозга усматривается несомненная роль и функционального состояния мозга (В.Л. Голубев [12] термину «функциональное» предпочитает выражение «нейродинамическое»). Давно установлено, что разные функциональные состояния имеют не тождественное нейроморфологическое отражение: нейроны в утренние и вечерние часы содержат разное количество лабильных компонентов нервной клетки (хроматофильного вещества и др.). У животных при экспериментальной гипокинезии в клетках передних рогов спинного мозга регистрировался гиперхроматоз, сочетавшийся с деформацией нервных волокон в периферическом нерве и деформацией и огрубением нервных окончаний в мышцах. После вращения на центрифуге (нагрузки в 5–6 ед.) регистрировались достаточно распространенные проявления хроматолиза [25]. В экспериментах также было установлено, что изменения терминального спрутинга и новообразования синапсов, а также разрушения и ретракции терминалей аксонов в периферической нервной системе возможно в физиологических условиях, а повреждение (дегенерация, некроз, фагоцитоз) может быть рядовым событием в процессе адаптации мышцы к повышенной нагрузке (беличье колесо, тредбан).

Многообразие факторов, способных индуцировать формирование стереотипной неврологической симптоматики, свидетельствует о возможности малодифференцированных и достаточно однотипных реакций центральной нервной системы на воздействие самых разнородных факторов внешней среды.

Исходной позицией, объединяющей в рамках искомой проблематики органические и функциональные возмущающие или повреждающие стимулы окружающей среды, является общепринятое пред-

ставление о том, что патологические рефлексy – это некогда нормальные и востребованные моторные акты, которые на этапах эволюционирования, становления и совершенствования моторики утратили свою целесообразность, перешли в разряд архаической моторики и филогенетически новыми системами были ингибированы. У здоровых лиц, кроме ранних этапов онтогенеза, они не обнаруживаются. Но всякий раз, когда в патологический процесс вовлекается, в частности, пирамидная система, когда утрачивается (снижается) функциональная дееспособность механизмов торможения реликтовой моторики, клинически выявляются патологические рефлексy. Инактивировать дееспособность этих физиологических механизмов, при всех клинических и патогенетических отличиях влияний принципиально неоднородных внешних событий, способны как факторы органической, так и функциональной природы. В частности, В.Л. Голубев [12] у лиц с психогенными гиперкинезами неврологическую симптоматику выявлял у каждого второго пациента (в 54,1%) и сопрягал ее с резидуальной симптоматикой и отдельными признаками дизрафического статуса.

Широкая палитра органических и функциональных факторов, способных достаточно закономерно актуализировать архаическую моторику, делает необходимым выделение клинически значимых и причинно разнородных вариантов микросимптоматики по морфофункциональному субстрату (характеру морфологических и/или функциональных изменений) – функциональной, органической, смешанной.

Пирамидные признаки функционального генеза, в отличие от органических, имеют некоторые отличия: преимущественно умеренная клиническая выраженность, обычно нестойкость и возможность быстрого регресса, часто двусторонняя представленность, относительно быстрая эффективность устранения каузального фактора.

Смешанный вариант подразумевает появление функционального генеза симптомов на фоне явных или скрытых признаков, индуцированных ранее факторами органической природы. Патологические симптомы у «невротиков» С.И. Карчикян [18], в частности, расценивал, как резидуальные.

В неврологической практике хорошо известна разная частота обнаружения аксиальных, кистевых и стопных патологических рефлексов.

Эта клиническая диссоциация находит удовлетворительное объяснение в сопряженности клинической манифестации архаичной моторики с рядом факторов: 1) с длительностью «культивирования» («запечатлевание») моторного акта (симптома, рефлекса) на этапах филогенеза; 2) с длительностью функционирования механизмов сдерживания (торможения, ингибирования) реликтовой моторики; 3) со степенью востребованности элементов древней моторики, встроившихся в соответствующие произвольные движения.

При трансформации хватательной стопы в плантиградную, когда начинается дивергенция в эволюцио-

нировании верхних и нижних конечностей, уже на этапах совершенствования ходьбы стали формироваться механизмы сдерживания тыльной флексии большого пальца, «растопыривания пальцев», подошвенной флексии пальцев при отталкивании. Следовательно, угнетение невостребованных стопных моторных актов, «запечатлевание» которых нельзя считать продолжительным, восходит к далеким эволюционным этапам с длительными сроками функционирования соответствующих механизмов торможения искомым двигательных реакций. Субстрат же рано появляющихся функций является менее ранимым и более доступным репарации [43]. К тому же в современной повседневной жизни произвольная тыльная флексия первого пальца стопы востребована нечасто.

Хватательную же функцию верхняя конечность успешно выполняет и у обезьян и у человека и, следовательно, была востребована длительное время. Равно как у человека сохранилась свойственная более ранним эволюционным этапам тесная связь передних (верхних) конечностей (ладоней) с околоротовой (подбородочной) мускулатурой для использования при захватывании, раздирании, разрывании и поглощении пищи, защите или нападении.

И сегодня на ранних этапах эмбриогенеза у человека «формируются механизмы, обеспечивающие функциональное единство руки и ротового аппарата» [3]. Установлено, что хватательная реакция у эмбриона человека появляется фактически первой (около 11,5 нед.), а после 21-й недели ей часто сопутствуют сосательные движения губами и языком [47]. В отличие от деятельности на основании индивидуального опыта, которая обеспечивается корой головного мозга, деятельность на основании видового опыта обеспечивает стриарная система [40]. Подкорковые узлы содержат аппараты врожденных, стереотипных, безусловнорефлекторных действий – хватания, сосания, оборонительных движений, эмоционально выразительных движений. Такая моторика продолжает оставаться востребованной у человека до настоящего времени преимущественно на ранних этапах онтогенеза. Ярким свидетельством востребованности и значимости околоротовой мускулатуры в эмоционально выразительной моторике служит удивительно емкое и не лишнее поэтической прелести утверждение из монографии почти полуторавековой давности: «Верхняя губа передает наклонности, порывы, волнения любви; надменность и гнев искривляют рот; хитрость утончает губы, добродушное настроение округляет их, распутство расслабляет и опускает вниз; любовь же и страсти воплощаются в них с невыразимой прелестью» [24].

У человека эволюционирование моторики верхних конечностей и области лица пойдет по пути торможения произвольного хватания (произвольное схватывание – сложное, избирательное, целесообразное – напротив, будет культивироваться). Торможение предполагает не уничтожение, а «опосредование» («заслонение») их новыми функциональными отно-

шениями. Однако адаптированные к новым условиям жизнедеятельности моторные системы со значительным филогенетическим возрастом продолжают оставаться субстратом прежних рефлекторных механизмов и унаследованных инстинктивных актов. Понятно, что механизмы сдерживания непроизвольной моторики области лица и верхних конечностей филогенетически относительно молодые и хрупкие, легче подвергаются разрушительному воздействию возмущающих внешних стимулов органической и функциональной природы, нежели механизмы угнетения филогенетически древней стопной моторики. Вместе с тем в повседневной жизни востребованность акта хватания продолжает оставаться высокой. Все эти обстоятельства объясняют причину более легкого возникновения и более частого выявления в клинической практике на руках и в области лица функционирования нервно-мышечных ансамблей, предназначенных для филогенетически старых рефлекторных актов – аксиальных и кистевых патологических рефлексов. Относительная несложность разрушения механизмов сдерживания кистевых и аксиальных рефлексов делает их клиническое обнаружение информативным для распознавания начальных стадий вредоносного воздействия факторов среды обитания. Однако их специфичность заметно уступает стопным феноменам в силу широкого спектра факторов деструктивной и функциональной природы, сопряженных с манифестацией таких рефлексов.

Таким образом, целесообразность дополнительного введения новых рубрик в классификацию рефлекторно-двигательной микросимптоматики диктуется как необходимостью углубленного понимания конкретных механизмов происхождения патологических рефлексов, так и потребностью формирования оптимального комплекса обязательных и дифференцированных профилактических и лечебно-диагностических рекомендаций и процедур и их использования в неврологической практике. Кроме того, классификационные построения способствуют содержательному постижению и осмыслению таких фундаментальных понятий, как болезнь и здоровье, которые официально презентуются следующим образом: «болезнь – это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов...»; она «характеризуется общим или частичным снижением приспособительности к среде и ограничению свободы жизнедеятельности больного»; в соответствии с рекомендацией ВОЗ «здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [38].

В свое время С.Н. Давиденков [16] достаточно определенно и остроумно утверждал, что «все микроаномалии являются вполне невинными, не отражают никакой специальной малоценности организма и если бы захотели обозначить их старым названием признаков вырождения, мы неизбежно вынуждены были

бы признать вырождающимся все современное человечество без остатка». Человек, несущий в рудиментарной степени признаки, характеризующие развитую форму, не должен быть признан неблагополучным в связи с этой симптоматикой. Если экстраполировать это умозаключение на всю микросимптоматику, сопряженную с моторной функцией, то представляется очевидным, что наличие отдельных микросимптомов (в том числе единичных аксиальных, кистевых и других рефлексов) в статусе не следует переоценивать, а их носителей причислять к больным людям [4, 5, 9, 13, 17, 18, 42, 44, 45, 51].

Но всегда ли рефлекторно-двигательные асимметрии, аномалии, пирамидные микросимптомы носят «вполне невинный» характер? В более ранней работе С.Н. Давиденков [15] справедливо указывал, что «особые диспластические наследственные типы» с низкой проявляемостью, сопрягаясь с воздействием экзогенных факторов, могут быть выведены из «дремотного состояния» и иметь своим исходом клинически значимую манифестацию соответствующего признака. М. Мументалер с соавт. [36], в частности, растормаживание архаической моторики (хоботкового, хватательного, ладонно-подбородочного рефлексов) относил к признакам деменции.

Заключение. Эпизодическое или разовое обнаружение единичных или минимальных совокупностей умеренно выраженных, нередко симметричных, нестойких и легко поддающихся регрессированию микросимптомов в неврологическом статусе, которые в клинической практике традиционно рассматриваются как симптомы поражения центрального двигательного нейрона, не может служить аргументированным доказательством значимой функциональной дефектности пирамидных путей и быть причиной признания таких индивидуумов неврологически больными лицами. Распознавание пирамидной недостаточности должно предполагать совокупность разнородных и разнородных перманентно выявляемых патологических рефлексов и других общепризнанных симптомов пирамидной недостаточности, сочетающихся с критериями функциональной несостоятельности. В таких случаях микросимптоматика приобретает клиническое значение. Однако эпизодическая микросимптоматика требует исключительного внимания, так как на определенных этапах такие феномены могут трансформироваться в перманентную симптоматику, а клинически этот процесс далеко не всегда легко предсказуем.

Тщательное клиническое обследование больного и скрупулезный сбор анамнеза презентуются как в значительной мере русский подход клинического изучения пациента [7]. Именно клинические данные послужили базой для создания многих концептуальных и незыблемых позиций в классической неврологии. Чтобы не девальвировать основное достоинство клинициста – клиническое мышление, в век современных технологий и инноваций не следует пренебрегать

клиническими методами. Рефлекторно-двигательная микросимптоматика (реликтовая моторика), в частности, может быть тонким индикатором пирамидной недостаточности и моторной несостоятельности, а клиническая классификация может способствовать своевременной дифференциации полиморфных этиологических и патогенетических вариантов пирамидной микросимптоматики и рефлекторно-двигательных асимметрий как инициальных проявлений моторной дефектности.

Литература

- Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – Л.: изд-во ЛГУ, 1968. – 339 с.
- Аствацатуров, М.И. Сборник избранных трудов М.И. Аствацатурова / М.И. Аствацатуров / под ред. Б.С. Дойникова, Д.И. Панченко. – Л.: ВМА, 1939. – 438 с.
- Бабкин, П.С. О руко-ротовых рефлексах человека / П.С. Бабкин / Сборник научн. трудов Красноярского мед. ин-та. – Красноярск, 1955. – Т. 4. – С. 326–329.
- Бабкин, П.С. Рефлексы и их клиническое значение / П.С. Бабкин. – М.: Медицина, 1973. – 163 с.
- Балабан, Я.М. Рефлекс Маринеско – Радовичи и его клиническое значение / Я.М. Балабан // Советская невропатол., псих. и психогигиена. – 1935. – Т. 4, № 8. – С. 101–112.
- Богородинский, Д.К. Руководство к практическим занятиям по нервным болезням / Д.К. Богородинский, А.А. Скоромец, А.И. Шварев. – М.: Медицина, 1977. – 328 с.
- Бородулин, Ф.Р. 200 лет 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М. Сеченова / Ф.Р. Бородулин // Очерки по истории 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М. Сеченова. – М.: Медгиз, 1959. – С. 5–69.
- Бряннов, И.И. Особенности стато-кинетических реакций / И.И. Бряннов [и др.] // Космические полеты на кораблях «Союз». – М.: Наука, 1976. – С. 195–229.
- 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.
- Вейн, А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга / А.М. Вейн. – М.: 1-й ММИ им. И.М. Сеченова, 1974. – 120 с.
- Вейн, А.М. Паркинсонизм. Клиника, этиология, патогенез, лечение / А.М. Вейн, В.Л. Голубев, Ю.Э. Берзиньш. – Рига: Зинатне, 1981. – 328 с.
- Голубев, В.Л. Гиперкинетические синдромы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Л. Голубев. – М.: 1-й ММИ им. И.М. Сеченова, 1983. – 36 с.
- Гордон, М.М. К вопросу объективизирования эмоций при парашютировании / М.М. Гордон // Воен.-мед. журн. – 1933. – Т. 4, № 6. – С. 357–367.
- Гусева, Н.А. Частота встречаемости и информативность патологических стопных рефлексов: дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Гусева. – СПб.: ВМА, 2004. – 158 с.
- Давиденков, С.Н. Наследственные болезни нервной системы / С.Н. Давиденков. – М.: Гос. мед. изд-во, 1932. – 375 с.
- Давиденков, С.Н. К теории дизрафического генотипа / С.Н. Давиденков // Советск. невропат., псих., психогигиена. – 1935. – Т. 4, № 5. – С. 1–9.
- Захаров, Ю.А. К оценке значения некоторых неврологических симптомов при массовых исследованиях здоровых лиц / Ю.А. Захаров // Тр. Воен.-мед. академии. – Л.: ВМА, 1961. – Т. 122. – С. 196–200.
- Карчикян, С.И. Субкортикальные рефлексы в области лица, их биологическая сущность и клиническое значение: дис. ... д-ра мед. наук / С.И. Карчикян. – Л.: ВМА, 1938. – 204 с.
- Литвиненко, И.В. Нейровизуализационные основы патологических рефлексов на 2–3 стадиях (по Хён и Яру) болезни Паркинсона / И.В. Литвиненко [и др.] // Вестник Рос. воен.-мед. акад. – 2012. – № 4. – С. 116–119.
- Лобзин, В.С. Клиническая нейрофизиология и патология гипокинезии / В.С. Лобзин, А.А. Михайленко, А.Г. Панов. – Л.: Медицина, 1979. – 216 с.
- 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.
- Людвиг, Х. Пафология или полезные наставления о существе, причинах, припадках и знаках болезней, в человеческом теле случающихся / Х. Людвиг; пер. с латинского Ф. Ершева. – М.: Университетская типография В. Окорова, 1790. – 328 с.
- Макарова, В.А. И.Я. Раздольский. Очерки жизни и творчества / В.А. Макарова, А.Ю. Макаров, С.А. Громов. – СПб.: изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. – 48 с.
- Мантегацца, П. Физиономия и выражение чувств / П. Мантегацца. – Киев: типограф. И.Н. Кушнерева и Ко, 1886. – 304 с.
- Михайленко, А.А. Влияние продолжительной гиподинамии на нервную и мышечную системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Михайленко. – Л.: ВМА, 1972. – 21 с.
- 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.
- Михайленко, А.А. Стопные патологические рефлексы: частота обнаружения и клиническая значимость / А.А. Михайленко, Н.А. Гусева, А.И. Красноуржский // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2005. – № 2. – С. 51–54.
- Михайленко, А.А. Биогенетическая концепция и патологические рефлексы в области лица / Михайленко А.А. [и др.] // Невролог. журн. – 2009. – № 1. – С. 49–56.
- Михайленко, А.А. Дискуссионные вопросы теории и практики изучения патологических рефлексов лица / А.А. Михайленко [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2009. – № 2. – С. 212–216.
- Михайленко, А.А. Кистевые патологические рефлексы: классификация, клиническая значимость, эволюционная концепция генеза / А.А. Михайленко [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2011. – № 2. – С. 236–243.
- Михайленко, А.А. Идиопатический акинетико-ригидный синдром и патологические рефлексы / А.А. Михайленко [и др.] // Вестн. национал. медико-хирург. центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 81–85.
- Михайленко, А.А. Феномен Якобсона – Ласка и его клиническое значение в неврологической практике / А.А. Михайленко, М.М. Одинак, Н.С. Ильинский // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 1. – С. 14–18.
- Михайленко, А.А. Патологические рефлексы у неврологически здоровых лиц / А.А. Михайленко, М.М. Одинак, Н.С. Ильинский // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 1. – С. 106–111.
- Михайленко, А.А. Патогенез возникновения и клиническая манифестация аксиальных рефлексов при болезни Паркинсона / А.А. Михайленко [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 2. – С. 11–15.
- Мудров, М.Я. Избранные произведения / М.Я. Мудров. – М.: Изд-во АМН СССР, 1949. – 295 с.
- Мументалер, М. Дифференциальный диагноз в неврологии. Руководство по оценке, классификации и дифференциальной диагностике неврологических симптомов / М. Мументалер, К. Бассетти, К. Дэтвайлер. – М.: МЕД-пресс-информ, 2009. – 360 с.
- Муратов, В.А. Клинические лекции по нервным и душевным болезням / В.А. Муратов. – М.: издание А.А. Карцева, 1899. – Вып. 2. – 100 с.

38. Панов, А.Г. Неврологические показатели утомления летного состава ДА и ВТА / А.Г. Панов, Н.И. Команденко // Воен.-мед. журн. – 1973. – № 1. – С. 76–78.
39. Россолимо, Г.И. К патологии спинальных рефлексов / Г.И. Россолимо // Журн. невропат. и псих. – 1902. – Т. 2., № 1/2. – С. 239–241.
40. Сепп, Е.К. История развития нервной системы позвоночных / Е.К. Сепп. – М.: Медгиз, 1959. – 428 с.
41. Скоромец, А.А. Нервные болезни / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – М.: МЕД-пресс-информ, 2007. – 552 с.
42. Скоромец, А.А. Неврологический статус и его клиническая интерпретация: руководство для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 240 с.
43. Филимонов, И.Н. Избранные труды / И.Н. Филимонов. – М.: Медицина, 1974. – 340 с.
44. Хаит, М.Б. О патологических рефлексах на верхних конечностях / М.Б. Хаит // Невропатология и психиатрия. – 1939. – Т. 8, № 2/3. – С. 115–122.
45. Цуканов, Г.И. Оральные рефлексы у здоровых людей / Г.И. Цуканов // Тр. Воен.-мед. акад. – Л.: ВМА, 1964. – Т. 151. – С. 190–192.
46. Шварев, А.И. Экспериментальная гипоксия в диагностике поражений нервной системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Шварев. – Л.: ВММА, 1954. – 17 с.
47. Шулейкина, К.В. Морфо-физиологическая характеристика эмбрионального развития хватательного рефлекса человека: автореф. дис. ... канд. биол. наук / К.В. Шулейкина. – М.: АМН СССР, ин-т хирургии им. А.В. Вишневского, 1953. – 23 с.
48. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3-х томах / гл. ред. – Б.В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – Т. 1. – 464 с.
49. Krug, C.W. M., 1911. цит. по Wartenberg, R. «Studies in reflexes» // Archiv. neurolog. psych. – 1944. – Vol. 52, № 5. – P. 359–382.
50. Osan, E. Untersuchungen über den Mendel – Bechterewschen Fussruckenreflex / E. Osan // Munchen. med. wochenschr. – 1907. – Jg. 54, № 50. – S. 2468–2471.
51. Ritter, G. Beobachtungen zur diagnostischen Verwertbarkeit des Palmomentarreflexes / G. Ritter // Deutsch. Zeitschr. f. nervenheilkunde. – 1968. – Bd. 193. – S. 279–286.

A.A. Mikhailenko, N.S. Ilinskiy, D.A. Iskra, N.V. Tsygan, A.G. Trufanov

Controversial issues of clinical manifestation of reflex and motor symptomatology and its implications for neurological practice

Abstract. We presented discussion of significance of the clinical examination in neurological practice, the detection rate, neurological and clinical characteristics of symptomatology in healthy subjects, which is traditionally evaluated as a manifestation of pyramidal insufficiency. Literary data on clinical studying of quantitative frequency of separate reflexes of area of the person and brush are resulted. Data about results of studying of neurologic microsemiology at considerable number of young healthy faces is presented. Extended, supplemented and revised original classification of etiologic and pathogenetic variants reflex motor symptomatology, which was previously proposed, and some criteria of clinical differentiation of these heterogeneous options are described. The feasibility of monitoring of the signs that show the necessity of preventive or therapeutic interventions, the need and obligation of the expert evaluation is determined. The revealed semiotics at the given category of persons finds an explanation within the limits of the biogenetic concept. In clinical practice the reasons of easier occurrence and more frequent revealing speak hands and in the field of the person of functioning of the nervously-muscular ensembles intended for older phylogenetic reflex certificates – axial and hands pathological reflexes. The is reflex-impellent microsemiology, in particular, can be the thin indicator pyramidal insufficiency and a motor inconsistency, and clinical classification can promote timely differentiation polymorphic of etiologic and pathogenetic variants pyramidal microsymptomatology and is reflex-impellent asymmetries as initial displays of motor deficiency.

Key words: hand reflexology, foot reflexology, axial symptoms, pyramidal syndrome, pathological hands reflexes, neurologic microsymptomatology, healthy people.

Контактный телефон: 8-921-928-94-70, e-mail: tn@live.ru