

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему Патологические рефлексy

Выполнила: Торосян Лаура Саргисовна
ординатор 1 - го года по специальности неврология

Красноярск 2018г.

РЕФЛЕКСЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ (лат. reflexus повернутый назад, отраженный; греч. pathos страдание, болезнь + logos учение) — рефлексy, возникающие вследствие измененной деятельности нервной системы.

И. П. Павлов (1898) называл патол. рефлексами отрицательные трофические реакции слизистой оболочки полости рта собак с поврежденной брюшной стенкой, предполагая, что в их основе лежит органическое нарушение рефлекторных связей. Параллельно понятие патол. рефлекса возникло в неврол. клинике. В 1896 г. Ж. Бабинский опубликовал исследование «О так называемом пирамидном знаке большого пальца ноги», назвав этот знак патол. рефлексом, патогномоничным для поражения пирамидного пути. Ж. Бабинский положил начало периоду интенсивного клин. изучения двигательных нарушений. Разнообразные рефлекторные феномены, возникающие при заболеваниях нервной системы и отсутствующие у большинства здоровых людей, были описаны Шеффером (M. Schaffer, 1899), Гоффманном (J. Hoffmann, 1900), Менделем (K. Mendel, 1901), Г. И. Россолимо (1902), Г. Оппенгеймом (1902), В. М. Бехтеревым (1901, 1903, 1904, 1906), Зельдером (F. Solder, 1902), Гордоном (A. Gordon, 1904), Редли-хом (E. Redlich, 1908), Якобсоном (L. Jacobsohn, 1908), М. Н. Жуковским (1910), Фуа (Ch. Foix) и П. Мари (1910), Радовичем (J. G. Radovici) и Г. Маринеску (1920), С. Н. Давиденковым (1921), М. И. Аствацатуровым (1922), Л. М. Пуссепом (1923), И. И. Русецким (1935), С. И. Карчикяном (1936), Вартенбергом (R. Wartenberg, 1941), Н. К. Боголеповым (1953) и др.

Многочисленные клин. описания, а также данные экспериментальных патофизиол. исследований утвердили представление о Р. п. как о рефлексe, осуществляемом патологически измененной нервной системой. Однако существует и другая точка зрения, согласно к-рой Р. п. может возникнуть в неизменной нервной системе под влиянием неадекватных, сверхсильных раздражителей, что и определяет парадоксальность ответных реакций. Обе точки зрения могут быть приемлемы, если определить Р. п. с биол. позиций как рефлекс, нарушающий адаптацию организма к условиям окружающей среды и имеющий отрицательное биол. значение для организма (см. [Рефлекс](#)).

В клин. практике термин «патологические рефлексy» используется более узко, гл. обр. для обозначения тех [безусловных рефлексов](#) (см.), к-рые обнаруживаются при патол. изменениях нервной системы с помощью принятых методов неврол. обследования и помогают в постановке диагноза. Основные Р. п., способы вызывания, их проявления и диагностическое значение приведены в таблице.

Среди безусловных Р. п. большую группу составляют патологически усиленные, видоизмененные рефлексy, имеющиеся в норме. Возникновение их обусловлено дефицитом тормозных и преобладанием активирующих влияний ретикулярной формации на фазические мотонейроны спинного

мозга (см. [Пирамидная система](#), [Мозжечок](#)), наблюдающихся при поражении ретикулоспинального пути, тормозных зон ретикулярной формации мозгового ствола и их афферентных связей с корой головного мозга, базальными ядрами, мозжечком. Повышение возбудимости альфамотонейронов и уменьшение межсинаптического торможения способствует распространению возбуждения в спинном мозге. В результате этого фазические рефлексы, к-рые в норме приближаются по электрофизиологическим показателям к моносинаптическим, становятся полисинаптическими, их латентный период увеличивается, в рефлекторный ответ вовлекается большее число мышц. Распространением возбуждения на интернейроны объясняется появление так наз. парадоксальных рефлексов. Напр., удар по сухожилию четырехглавой мышцы бедра может вызвать не разгибание, а сгибание голени.

К таким Р. п. может быть отнесен аддукторный рефлекс бедра. В норме при ударе по внутреннему мышелку бедра нога слегка приводится к средней линии. При повышении возбудимости рефлекторной дуги (напр., при центральном параличе) этот аддукторный рефлекс можно вызвать не только с области внутреннего мышелка бедра, но и при ударе молоточком по гребню подвздошной кости противоположной стороны и по большеберцовой кости (аддукторный рефлекс Мари), по пятке вытянутой ноги (аддукторный рефлекс Балдуччи), по ахиллову сухожилию, по внутренней лодыжке голени. ЛТ. Г. Членов в 1925 г. описал дорсальный аддукторный рефлекс, вызываемый поколачиванием в паравертебральной области. Вартенберг, М. Б. Кроль на основании анализа обширной литературы и собственных наблюдений пришли к выводу, что все аддукторные рефлексы являются нормальными собственными рефлексами приводящих мышц бедра с широко иррадиирующей рефлексогенной зоной и наблюдаются при поражении [пирамидной системы](#) (см.). Такие же соображения были высказаны относительно широкой иррадиации зоны [ахиллова рефлекса](#) (см.) при патологии нервной системы.

Так наз. сгибательные пальцевые рефлексы стопы, проявляющиеся однотипным подошвенным сгибанием пальцев при раздражении подошвы, тыла стопы, области голеностопного сустава (рефлексы Россолимо, Бехтерева, Жуковского — Корнилова, Бинга-II и др.), следует рассматривать как результат повышения физиол. сгибательного рефлекса пальцев, к-рый в норме слабо выражен у большинства здоровых людей.

На руках при центральных [параличах](#), [парезах](#) (см.) можно обнаружить ряд рефлекторных феноменов, к-рые представляют собой усиление имеющих в норме, но слабо выраженных проприоцептивных рефлексов. К их числу относятся: рефлекс Бехтерева — Якобсона — Ласка, запястно-пястный и ладонный рефлексы Бехтерева, сгибательный рефлекс Боголепова, сгибательный и пальцевой рефлексы Вартенберга, рефлексы Тремнера — Русецкого, Жуковского — Корнилова, Клиппе-ля — Вейля, Лещенко, Бахтиярова.

Другую группу Р. п. представляют собой реакции, в норме отсутствующие у взрослых, но наблюдающиеся на ранних стадиях онтогенеза, отражая собой функцию эволюционно более древних отделов нервной системы. По мере развития ц. н. с. эти реакции включаются в сложные автоматизированные функции. При патологии ц. н. с. происходит как бы растормаживание этих примитивных рефлексов. К этой группе рефлексов относят рефлекс Бабинского (см. [Бабинского рефлекс](#)), являющийся одним из наиболее постоянных признаков поражения пирамидной системы.

Наряду с рефлексом Бабинского существует многочисленная группа рефлексов, проявляющихся разгибанием большого пальца или всех пальцев стопы. К ним относят: рефлексы Шеффера, Оппенгейма, Гордона, Редлиха, рефлекс Гроссмана, Румянцева, Чаддока, Бинга-I, Биттигера. Все эти рефлексы имеют в своей основе повышение рефлекторной возбудимости разгибателя большого пальца. Механизмы такой избирательной гипервозбудимости на уровне спинного мозга остаются неизвестными.

Разгибательные рефлексы большого пальца стопы являются наиболее ранними симптомами, указывающими на органическое поражение ц. н. с. и, в частности, пирамидной системы. Из них наибольшую диагностическую ценность имеет рефлекс Бабинского, к-рый может возникать еще до выраженных изменений мышечного тонуса. К группе патол. стопных рефлексов, свидетельствующих о поражении пирамидной системы, относят также рефлексы Пуссера и Гнуди.

Большую группу рефлексов, отсутствующих в норме у взрослых, составляют рефлексы орального автоматизма (см. [Бульбарные рефлексы](#)), характеризующие как бы возврат к филогенетически древнему акту сосания и захватывания пищи. Рефлексы орального автоматизма могут быть как проприоцептивными, возникающими в ответ на постукивание (хоботковые рефлексы Бехтерева — Эпштейна, Тулуза — Вюрпа и др.), так и экстероцептивными, появляющимися в ответ на штриховое раздражение или прикосновение к области губ или слизистой оболочке рта (рефлекс еды Оппенгейма, хоботковый рефлекс Геннеберга и др.).

Дистанс-оральные рефлексы, описанные С. И. Карчикяном (1949), проявляются выпячиванием губ в трубочку при приближении предмета к лицу испытуемого. Иногда к выпячиванию губ присоединяются сосательные или глотательные движения. У нек-рых больных дистанс-оральный рефлекс проявляется не сокращением губ, а открыванием рта. Этот рефлекс, по данным П. С. Бабкина, может наблюдаться в норме до 7 лет, а не только в первые месяцы жизни, как это считалось ранее.

Поисковый рефлекс вызывают штриховым раздражением области губ и окружающей их кожи. Ответная реакция — открывание рта и поворот головы в сторону наносимого раздражения. Рефлекс в норме угасает к 1 — 1,5 годам; наличие его у взрослых свидетельствует о патол. процессе в нервной системе. Н. К. Боголепов описал его у больных с нарушениями мозгового

кровообращения, находящихся в коматозном состоянии (щечно-ротовой симптом Боголепова).

Рефлексы орального автоматизма бывают ярко выражены при двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей и характерны для псевдобульбарного паралича (см.).

Большую группу Р. п. в области лица и головы составляют рефлексы, имеющиеся в латентном состоянии в норме и усиливающиеся при патологии центральных двигательных путей, моторной и премоторной области коры головного мозга. К ним относят: нижнечелюстной рефлекс, подбородочный рефлекс Бехтерева, назолабиальный рефлекс Аствацатурова, назоментальный рефлекс Сим-ковича, лабиоментальный рефлекс и др. (см. Бульбарные рефлексы). Эти рефлексы часто сочетаются с рефлексами орального автоматизма.

Филогенетическая общность между «захватыванием рта и кистью» имеется в ладонно-ротовом рефлексе новорожденных, описанном П. С. Бабкиным (1955). Как рудимент этого филогенетически и онтогенетически древнего рефлекса рассматривают ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску — Радовича, выражающийся в сокращении подбородочной мышцы при штриховом раздражении ладонной поверхности кисти, особенно области тенара. По мнению описавших его ученых, рефлекс характерен для органических поражений головного мозга, в частности он наблюдается при повреждениях лобной доли, пирамидных и кортико-бульбарных путей.

При поражениях лобных долей головного мозга, мозолистого тела, реже височной области наблюдают хватательный рефлекс (рефлекс Яни-шевского — Бехтерева, феномен автоматического навязчивого хватания). Рефлекс вызывают штриховым раздражением ладони у основания пальцев, либо прикосновением к ладони или пальцам кисти. При этом больной захватывает предмет, сжимает его в руке и крепко удерживает так, что иногда довольно длительное время невозможно разжать кисть. Хватательный рефлекс может быть спонтанным и появляется без специального раздражения ладони больного: последний схватывает и с силой удерживает все, до чего может дотронуться (одеяло, простыня и др.). С биол. точки зрения хватательный рефлекс рассматривают как результат растормаживания филогенетически древнего механизма лазания. Дистантный хватательный рефлекс — попытка захватить предмет, показываемый на расстоянии («магнитная реакция Шустера»), наблюдается при поражении лобной доли.

Денни-Браун (D. Denny-Brown, 1956) различает 3 вида хватательного рефлекса при различной локализации очага в нервной системе. Первый вид — хватание, вызываемое слабым прикосновением к любой части ладони (экстероцептивный рефлекс); ответной реакцией является ощупывание, а потом сжатие пальцев. Такой рефлекс появляется при поражении лобной доли кпереди от поля 6 и 8 (см. Архитектоника коры головного мозга). Второй вид — проприоцептивный рефлекс, вызываемый надавливанием на область ладони между большим и указательным пальцем. Ответной реакцией

является напряжение длинных сгибателей пальцев. Рефлекс появляется при повреждении поля 6 и 8 коры головного мозга и части поясной извилины, относящейся к лобной доле.

Третий вид хватательного рефлекса представляет собой рефлекс, возникающий с проприорецепторов мышц плеча в ответ на их растяжение. В основе рефлекса лежит синергия между сгибателями и абдукторами плеча и сгибателями пальцев. Он наблюдается при поражении поля 4 коры головного мозга. У ребенка по мере формирования мозга можно наблюдать все три вида хватательного рефлекса.

Подошвенный хватательный рефлекс Гольдштейна, также как и хватательный рефлекс ладони, наблюдают при поражении лобных долей головного мозга (определяется в норме у детей до 1 года). Его вызывают слабым давлением кончиков пальцев руки исследователя на подошвенную поверхность основания пальцев ноги обследуемого, лежащего на спине; при этом наблюдают сгибание всех пальцев тонического характера, подошва на несколько секунд принимает вогнутую форму, затем возвращается в первоначальное положение. Р. М. Гольдштейн полагал, что этот рефлекс может быть одним из ранних признаков поражения коры лобных долей головного мозга.

При поражениях спинного мозга наблюдают группу Р. п., называемых защитными (см. [Защитные рефлекс](#)ы). Их выявляют при резких болевых и температурных раздражениях и относят к патол. экстероцептивным рефлексам.

Патологические позно-тонические рефлекс

В норме тонические и фазические рефлекс

Патол. повышение тонических рефлекс

нервной системы. Это во многом определяет позу больного. При патологии на уровне оральных отделов мозгового ствола, когда соотношение импульсов на тонические мотонейроны резко сдвигается в сторону усиления, наблюдается максимальное повышение тонуса мышц-разгибателей — поза децеребрационной ригидности (см.).

Лабиринтные и шейные тонические рефлексy представляют собой рефлекторные изменения тонуса под влиянием проприоцептивных раздражений, исходящих из мышц и суставов шеи и из лабиринтов. Эти рефлексy отмечаются у новорожденных, а затем как бы редуцируются, включаясь в более высокоорганизованные реакции выпрямления и равновесия. Нарушение интеграции позно-тонических реакций приводит к растормаживанию лабиринтных и шейных тонических рефлексов. Задержка их обратного развития у детей раннего возраста в связи с патологией ц. н. с. является отрицательным фактором, тормозящим формирование произвольной активности и статических функций. М. Б. Кроль (1966) полагал, что стволовые механизмы тонуса могут «растормаживаться» при поражении различных отделов нервной системы и прежде всего лобно-мосто-мозжечковых путей.

Тонический лабиринтный рефлекс проявляется резким повышением экстензорного мышечного тонуса в положении лежа на спине и флексорного — в положении лежа на животе. Рефлекс является отражением филогенетически древней зависимости мышечного тонуса от положения лабиринтов вестибулярного аппарата.

Симметричный тонический шейный рефлекс отражает зависимость мышечного тонуса от состояния проприо-орецепторов мышц шеи. Разгибание головы усиливает экстензорную спастичность мышц, приводя к падению назад. Сгибание головы вызывает повышение тонуса мышц сгибателей, и больной падает вперед.

Асимметричный шейный тонический рефлекс — при повороте головы отмечается повышение тонуса мышц разгибателей тех конечностей, к которым обращено лицо и мышц-сгибателей конечностей, к которым обращен затылок. Возникает так называемая «поза фехтовальщика».

К позно-тоническим рефлексам относят так наз. реакцию опоры Магнуса. Пассивное тыльное сгибание кисти и стопы вызывает резкое усиление тонуса разгибателей в мышцах соответствующих конечностей. При этом наблюдается рефлекторное разгибание предплечья и голени и наоборот, при ладонном сгибании кисти и подошвенном сгибании стопы наблюдается рефлекторное сгибание предплечья и голени — так наз. отрицательная реакция опоры.

Реакция опоры является физиологическим рефлексом у детей первого месяца жизни. В дальнейшем она включается в более сложный механизм формирования опорного тонуса. Реакцию опоры обнаруживают при поражениях мозжечка и его связей, при повреждениях лобных долей.

В клинике наблюдают также и другие позно-тонические рефлексy с вовлечением в ответ более ограниченных групп мышц, напр, постуральный рефлекс Вестфалья, феномен голени Фyа — Тевенара.

Патол. интероцептивные рефлексy представляют собой нецелесообразные для организма ответные реакции со стороны внутренних органов на различные, обычно сверхсильные раздражители. Примерами таких рефлексов являются пульмокоронарный рефлекс (остановка сердца при раздражении инородным телом наружной стенки легочной артерии), рено-ренальный рефлекс (спазм мочеоточника при раздражении другого мочеоточника мочевым камнем), гепа-токоронарный рефлекс (спазм коронарных сосудов во время приступа печеночной колики)