

of psychotic disturbances of neurotic register, big specific gravity of hysteric inclusions, inadequate or irregular treatment at the early stages of the disease development are found out to be the factors, promoting the development of the therapeutic resistivity.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамов В. А. Ж. невропатол. и психиатр., 1986, 4, с. 562.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. М., 1981.
3. Белов В. П. В кн.: Актуальные вопросы профилактики и лечения основных психических болезней. М., 1986, с. 5.
4. Голодец Р. Г., Максимова Э. Л., Авербах Я. К., Афанасиев Ю. И. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983, с. 40.
5. Князева Н. А. В кн.: Новое в терапии и организации помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами. М., 1986, с. 95.
6. Куликов Л. С. Материалы VII Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1981, с. 211.
7. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., 1986.
8. Бурцев Е. М., Бобров А. С. Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы. М., 1986.
9. Cronholm B. Scand. J. Rehab. Med., 1972, 4, 35.

УДК 616.833—001.12

В. Л. ГОЛУБЕВ, А. М. АРЗУМАНЯН

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИЦЕВЫХ ДИСКИНЕЗИЙ

Предложенная на основании анализа литературы и собственных данных классификация является одной из первых попыток систематизации существующих данных о лицевых дискинезиях. Такая классификация может послужить основой для дальнейшей разработки этой проблемы, а также быть полезной в практической деятельности врачей разных специальностей.

Лицевые дискинезии являются важной клинической проблемой. Наши многолетние наблюдения свидетельствуют о чрезвычайно высоком проценте диагностических ошибок при этой патологии, что обусловлено не только дефицитом теоретических знаний о патогенезе лицевых дискинезий, но, в первую очередь, отсутствием рубрификаций, детальных описаний клинических проявлений этих синдромов. При этом существуют лицевые гиперкинезы, не описанные в отечественной литературе. Мы полагаем, что в настоящее время назрела необходимость создания более или менее полной классификации лицевых дискинезий, и придаем ей не только теоретическое, но, прежде всего, важное практическое значение.

До сих пор неврологами не предпринималось серьезных попыток создания достаточно полной классификации лицевых дискинезий. В ряде работ вопросы классификации обсуждаются, но они, как правило, ограничиваются нозологической рубрификацией какого-либо отдельного семиотического типа гиперкинеза. К ним можно отнести нозологическую классификацию блефароспазма [2, 4], тикозных гиперкинезов [3]. В 1981 г. была предложена [1] для практических дифференциально-диагностических целей классификация лицевых гипер-

кинезов, которая заключается в простом перечислении 10 форм (лицевой гемиспазм, эссенциальный блефароспазм, лицевая миокимия, привычный спазм или тик, фокальные корковые эпилептические припадки с вовлечением мышц лица, абберентная регенерация нерва после паралича Белла, поздняя дискинезия, сенильная хорea, атетоз с вовлечением лицевых мышц, столбняк). Перечень этот далеко не полный, хотя простое его дополнение сделало бы классификацию слишком громоздкой, а следовательно, неудобной для практического использования. К тому же здесь отсутствует единый принцип выделения гиперкинезов, так как в одном и том же списке содержатся и синдромальные (лицевая миокимия, атетоз) и нозологические определения (столбняк, поздняя дискинезия). Во многом эти замечания относятся и к вышеупомянутым классификациям [2, 4].

Видимо, наиболее удобной в практическом отношении является классификация, построенная на синдромальном принципе подобно последней международной классификации экстрапирамидных расстройств, где сначала перечисляются и даются определения семиотических типов гиперкинезов (хорea, тики, миоклонии, тремор, баллизм и т. д.), а затем перечисляются все первичные и вторичные заболевания мозга, при которых эти гиперкинетические синдромы могут встречаться. Однако перенесение этого принципа в неизменном виде на классификацию лицевых гиперкинезов привело бы к исчезновению специфики двигательного дефекта именно лицевой локализации. Поэтому мы стремились построить синдромальную классификацию, в которой нашли бы свое отражение и особенности топики гиперкинезов на лице. Существуют гиперкинезы, встречающиеся только на одной половине лица (лицевой гемиспазм) или только в верхней (блефароспазм, миокимия верхней косой мышцы глаза), или нижней его части (лицевые крампи, спонтанная орофациальная дискинезия и др.). Наконец, в классификации целесообразно учитывать гиперкинезы, ограничивающиеся лицевой локализацией или первично возникающие в лице, и гиперкинезы, первично возникающие в других частях тела, но на последующих этапах заболевания вовлекающие мышцы лица.

В предлагаемой классификации в отдельную группу выделены гиперкинезы мышц, иннервируемых нелицевым нервом (мышцы языка, глазодвигательные, жевательные). К этой группе примыкают также такие гиперкинезы, как ларингоспазм, фарингоспазм, эзофагоспазм, являющиеся феноменами нелицевой локализации (наряду с некоторыми другими гиперкинезами в области головы и шеи).

В классификации выделяются также основные формы лицевых гиперкинезов. Это гиперкинезы, специфичные для лица и ограничивающиеся преимущественно лицевой мускулатурой, и лицевые гиперкинезы, наблюдаемые в картине более распространенных гиперкинетических синдромов, возникающих при самых разнообразных страданиях как органического, так и психогенного происхождения.

Классификация лицевых гиперкинезов и насильственных движений в области лица

А. Гиперкинезы органического происхождения.

I. Гиперкинетические синдромы с преимущественным вовлечением мимических мышц.

1. Блефароспазм: а) рефлекторный, б) нейролептический, в) при органических заболеваниях мозга—симптоматический, г) эссенциальный, д) синдром «блефароспазм-оромандибулярная дистония» (лицевой параспазм, синдром Межа, синдром Брейгеля).
2. Оральные гиперкинезы: а) поздняя дискинезия, б) лекарственно-индуцированные оральные гиперкинезы, в) спонтанная орофациальная дискинезия у пожилых, г) прочие формы (синдром «галопирующего языка», нижний синдром Брейгеля и др.).
3. Лицевой гемиспазм: а) идиопатический, б) симптоматический.
4. Постпаралитическая контрактура лицевых мышц (постпаралитические «тики», первичная лицевая контрактура, лицевые синкинезии);
5. Болевой тик.

II. Лицевые гиперкинезы, сочетающиеся или возникающие на фоне более распространенных гиперкинетических и других неврологических синдромов.

1. Болезнь Туретта (болезнь генерализованного тика).
2. Генерализованные полиморфные лекарственные дискинезии (Л-дофа, холинолитики, антидепрессанты и др.).
3. Хореические гиперкинезы в лице (хорея Гентингтона, хорея Сиденгама, доброкачественная наследственная хорея и др.).
4. Лицевые миокимии.
5. Лицевые крампи.
6. Лицевые гиперкинезы эпилептической природы.

III. Гиперкинетические синдромы в области лица, не связанные с участием мимических мышц.

1. Окулогирные кризы.
2. Синдромы избыточной ритмической активности в глазодвигательных мышцах: а) опсоклонус, б) нистагм век, в) flapping, г) nodding, д) взоровый синдром «пинг-понга», е) периодическая альтернирующая девиация взора с диссоциированными движениями головы, ж) периодический альтернирующий нистагм, з) циклический окуломоторный паралич со спазмами, и) периодическая альтернирующая асимметричная девиация, к) синдром миокимий верхней косой мышцы глаза, л) синдром Дюана.
3. Мasticatorный спазм (тризм). Гемимастикаторный спазм.

IV. Гиперкинетические синдромы в области головы и шеи нелицевой локализации.

1. Тремор, тики, хорея, миоклонус, дистония.
2. Ларингоспазм, фарингоспазм, эзофагоспазм.
3. Миоклония мягкого неба. Миоритмия.

- Б. Психогенные гиперкинезы в области лица.
В. Стереотипии при психических заболеваниях.
Г. Патологический смех и плач.

I. Психогенные тики.

- II. Истерические гиперкинезы: а) спазм конвергенции, б) губо-язычный спазм, в) псевдоблефароспазм, г) псевдотикозные гиперкинезы, д) «геотропная девиация взора», е) прочие формы.

Из представленной классификации видно, что центральное место в ней отведено основным формам лицевых гиперкинезов, первично возникающих в мышцах лица, а также лицевым гиперкинезам, которые сопровождаются более генерализованными неврологическими феноменами. При этом в основу классификации положен синдромальный принцип, так как все исходные рубрики мы стремились обозначить синдромальными определениями гиперкинезов, вслед за которыми следуют пункты, уточняющие их нозологическую природу. Функциональная топография мышц лица также была учтена, и в классификацию были включены различные синдромы избыточной двигательной активности в области лица и смежных с ним областей. Стремление к полноте и завершенности классификации побудило нас включить в нее не только традиционно описываемые группы органических и психогенных гиперкинезов, но и группу синдромов, встречающихся в клинике психических заболеваний и приближающихся по своей феноменологии к гиперкинезам (так называемые лицевые стереотипии при психических заболеваниях).

Последняя группа в нашей классификации не относится собственно к гиперкинезам. Она отражает тот вариант насильственных движений в лице, который очень часто встречается в неврологической клинике. Этот синдром включает в себя не только проявления псевдобульбарного паралича, но и приступы смеха при истерии, патологический смех при психических заболеваниях, приступы смеха при эпилепсии (гелелепсия).

Предлагаемая классификация является, по существу, первой попыткой обобщения разнообразных насильственных движений в области лица и может служить базой для создания в будущем более усовершенствованной и унифицированной классификации.

I MMI им. И. М. Сеченова

Поступила 21/VI 1988 г.

Վ. Լ. ԳՈՂՈՒԲԵՎ, Ա. Մ. ԱՐՁՈՒՄԱՆՅԱՆ

ԴԻՄԱՅԻՆ ԴԻՍԿԻՆԵԶԻԱՆԵՐԻ ԴԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Գրականության և անձնական տվյալների վերլուծության հիման վրա մշակված դասակարգումը հանդիսանում է դիմային դիսկինեզիաների վերաբերյալ գոյություն ունեցող տվյալների խստեմամբորման առաջին փորձերից մեկը: Տվյալ դասակարգումը կարող է հիմք հանդիսանալ այդ հարցի հետագա զարգացման համար և օգտակար էլ էլնի տարբեր բժշկ մասնագետների պրակտիկ գործունեության համար:

V. L. GOLOUBEV, A. M. ARZOUMANIAN
CLASSIFICATION OF FACIAL DYSKINESIAS

On the base of analysis of the literature and own data the classification is suggested, which is one of the first attempts to systematize the data concerning facial dyskinesias. This classification can become the basis for the further elaboration of this problem and be valuable in medical practice.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Blair R., Eerry H. J. Otolaryngol., 1981, 10, 6, 459.
2. Harrison M. S. J. Laryngol. Otol., 1976, 90, 6, 561.
3. Henderson J. M. Trans. Am. Ophthalm. Soc., 1956, 54, 453.
4. Jankovic J., Havins W. E., Wilkins R. B. JAMA, 1982, 248, 3160.

УДК 616.3:—068.8—07

Г. А. МИНАСЯН

О ПСИХОГЕННЫХ ДИСФУНКЦИЯХ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Обследованы больные с дисфункциями желудка. Показано, что личностные особенности и психоэмоциональное состояние оказывает существенное влияние на функциональную активность желудка. Отмечено, что эффективность лечения дисфункций желудка зависит от успешности коррекции психоэмоциональных нарушений и определенных личностных акцентуаций.

В основу современных взглядов на роль нервной системы в патогенезе заболеваний желудочно-кишечного тракта легли кортико-висцеральная [2], психосоматическая [4, 5] и стресс-адаптационная [3]-теории. К настоящему времени накоплен значительный фактический материал, посвященный этому вопросу, в частности, имеется обширная литература относительно психосоматического аспекта возникновения язвенной болезни. Однако на сегодняшний день нет ответа на вопрос: как конкретно отражается та или иная личностная особенность или эмоция на состоянии желудка и его определенных морфофункциональных показателях. Имеющаяся информация касается главным образом воздействий на желудок чрезвычайных раздражителей (острый психоэмоциональный стресс, ожог, охлаждение, хирургическая травма, иммобилизация и т. п.). Между тем, гастродуоденальная патология нередко встречается у лиц, не подвергавшихся острым стрессовым воздействиям и, наоборот, последние не всегда вызывают у человека ожидаемые изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке. Как показывают многочисленные эпидемиологические наблюдения [6], различные жизненные стрессовые ситуации встречаются, например, у больных язвенной болезнью не чаще, чем у лиц контрольной группы, и психосоциальный стресс не имеет существенного значения в патогенезе заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Это обстоятельство требует в рамках нейрогенной концепции переоценить устоявшиеся взгляды на исключительную