

В последние годы при помощи микроэлектродной техники было доказано, что существуют различные проводники поверхностной чувствительности. Часть волокон имеет толстую миелиновую обкладку. Они проводят импульсы с большой скоростью и обеспечивают тонкую (эпикритическую) чувствительность. Другие волокна покрыты очень тонкой миелиновой обкладкой (раньше их считали безмякотными волокнами, под обычным микроскопом миелиновой оболочки у них не видно, однако при электронной микроскопии тонкий слой миелина все же обнаруживается).

Скорость проведения биоэлектрических импульсов по ним значительно меньшая. Возможно, эти волокна имеют синаптические связи с клетками сетевидного образования мозгового ствола, поэтому ощущения при их раздражении возникают через длительный скрытый период, взрывчато, с плохой локализацией. Участие **сетевидного образования**

проведении импульсов

В

[протопатической чувствительности](#)

объясняет тот клинический факт, что при перерыве кожно-коркового (т. е. прямого трехнейронного, или лемнискового) пути раздражение все же доходит до коры мозга и ощущается как гиперпатия. Гиперпатия появляется всегда на фоне гипестезии. Существует еще один вид расстройства болевой чувствительности — так называемая каузалгия (жгучая боль). Она наблюдается при травматическом неполном перерыве некоторых крупных нервных стволов.

Расстройству болевой чувствительности часто **сопутствуют** нарушения температурной. Полное выпадение ее обозначают термином термоанестезия, понижение — термогипестезия. Изредка может наблюдаться извращение восприятия тепла и холода — термодизестезия. Следует заметить, что чувство холода и жара может изредка расстраиваться отдельно. Такого же рода изменения могут наступать при расстройствах тактильной чувствительности — анестезия, гипестезия и гиперестезия. Встречается и извращение — дизестезия.

Наконец, может страдать и глубокая чувствительность. Бывают и парциальные выпадения, например, при рассеянном склерозе иногда расстраивается только вибрационная чувствительность. Утрату способности распознавания знакомых предметов путем ощупывания называют астереогнозом.

Какими признаками расстройства чувствительности следует пользоваться в топической диагностике?

Прежде всего надо принимать во внимание локализацию зоны измененной чувствительности. Это относится не только к явлениям выпадения, но и раздражения (боли, парестезии). Область анестезии или другого вида расстройства чувствительности всегда можно отнести к определенному уровню пострадавшего афферентного пути. На этом и строится [топическая диагностика](#) по данным сенсорных расстройств. Не всегда страдают все виды чувствительности, одни из них могут выпадать, другие сохраняются. Нарушение одних видов чувствительности при сохранности других получило название диссоциированных расстройств. Диссоциированная анестезия указывает на поражение участка мозга, где проводники разной модальности проходят отдельно. Особенно характерно это для поражения задних рогов и передней спайки спинного мозга, а также для очагов в мозговом стволе.

Важным критерием топической диагностики является совпадение или несовпадение локализации двигательных и чувствительных расстройств. При поражении половины поперечника спинного мозга вследствие разных уровней перехода нервных волокон с одной стороны на другую возникает своеобразная картина: двигательные выпадения развиваются на одной стороне, а чувствительные на другой — так называемый синдром **Броун-Секара**

.

Прочитать еще:

1) [Гидропическая дистрофия и ее причины](#)

2) [Частные случаи амилоидоза](#)

3) [Общий гемосидероз](#)