

При локализации очага в передней спайке спинного мозга на уровне нижнешейных и грудных сегментов зона расстройства чувствительности имеет очертания куртки. Диссоциированная анестезия такой локализации встречается при сирингомиелии — очаги эндогенного разрастания глии, иногда с распадом и образованием полостей в сером веществе спинного мозга. То же наблюдается при сосудистых заболеваниях и интрамедуллярных опухолях. По-другому распределяется [анестезия](#) при очагах в головном мозге. В этом случае проводниковая анестезия всегда находится на противоположной стороне. При поражении правого полушария образуется левосторонняя гемианестезия, и наоборот.

Следовательно, границей патологии и нормы оказывается не горизонтальная (поперечная) линия, а вертикальная — срединная линия тела. Следует знать, что при органических (деструктивных) поражениях головного мозга анестезия на 2-3 см не доходит до средней линии туловища и головы (закон захождения смежных чувствительных зон одна за другую).

Как известно, в задней ножке внутренней капсулы **таламокор-тикальные волокна**, проводящие все виды чувствительности, проходят компактным пучком. Очаги поражения в этом участке мозга (часто размягчение или кровоизлияние) приводят к развитию гемианестезии на противоположной половине тела. Больше страдают дистальные отделы конечностей.

Уже говорилось выше, что при повреждении задней ножки внутренней сумки вовлекается и пирамидный пучок. Гемианестезия на стороне, противоположной очагу, будет сочетаться с гемиплегией.

При поражении какого-то участка постцентральной извилины (цитоархитектонические поля 3, 1, 2) анестезия охватывает не всю противоположную половину тела, а только зону проекции очага. **Расстройства** чувствительности ограничиваются пределами руки, или ноги, или туловища. Иногда [анестезия](#) занимает дистальную часть верхней или нижней конечности с верхней поперечной границей в виде перчатки или чулка. Обычно больше страдает глубокая чувствительность.

Патологический очаг может захватывать не только постцентральную извилину, но и верхнюю, и нижнюю теменные доли (поля 5, 7). В этом случае расстраиваются сложные виды чувствительности, появляются астереогноз, расстройства дискриминационного чувства, неузнавание изображаемых на коже цифр, других знаков.

При корковом патологическом очаге (опухоль, рубец, арахноидальная киста) возможны не только симптомы выпадения, но и раздражения афферентных проводников. Это может проявляться приступами различных парестезии в соответствующих участках противоположной половины тела — так называемый сенсорный тип парциальной эпилепсии. Парестезии могут распространиться на всю половину тела и заканчиваться общим судорожным припадком.

Прочитать еще:

- 1) [Люмбальная пункция](#)

- 2) [Особенности проведения люмбальной пункции](#)

- 3) [Различные потенциалы человека и их регистрация](#)