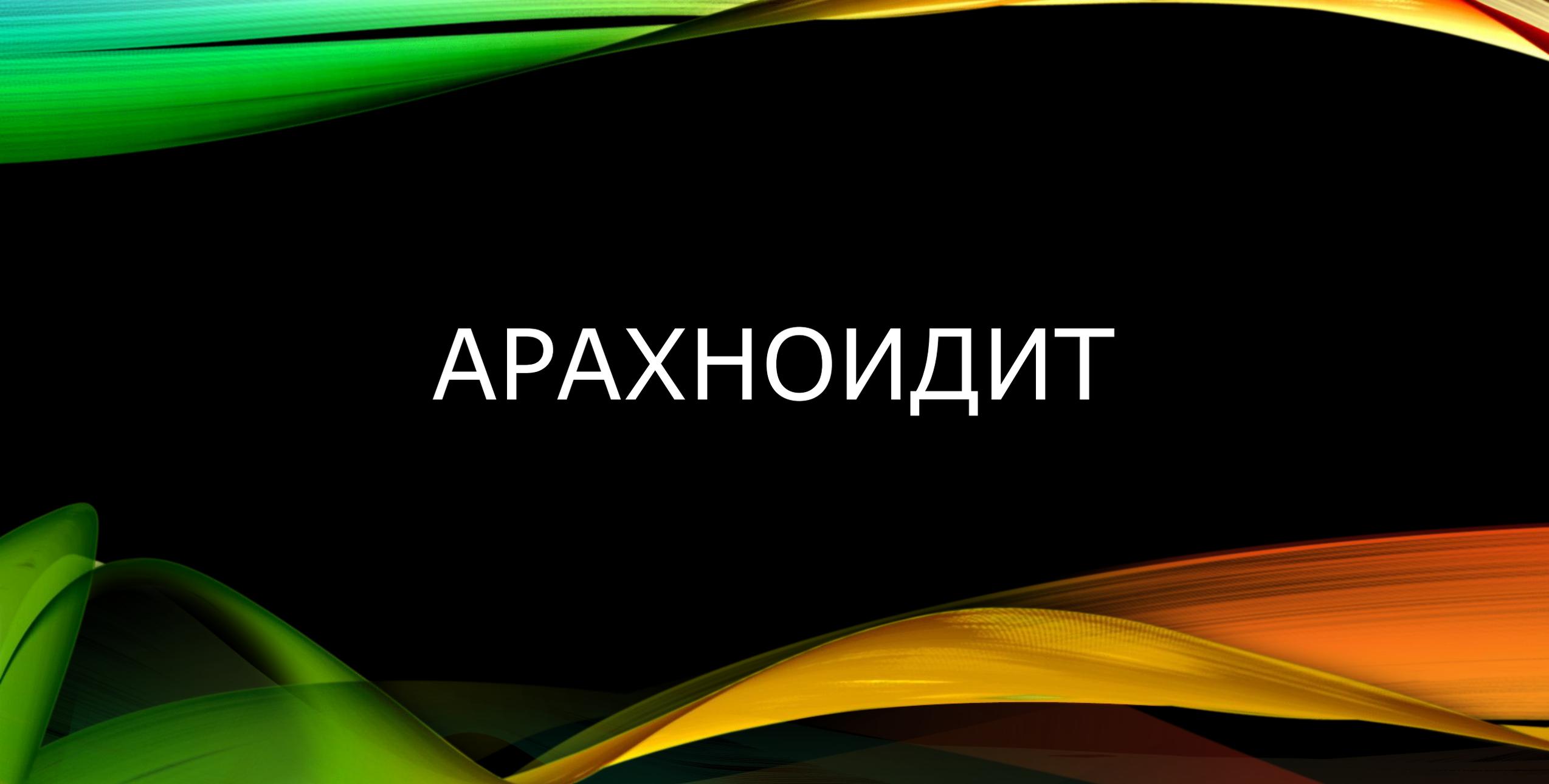
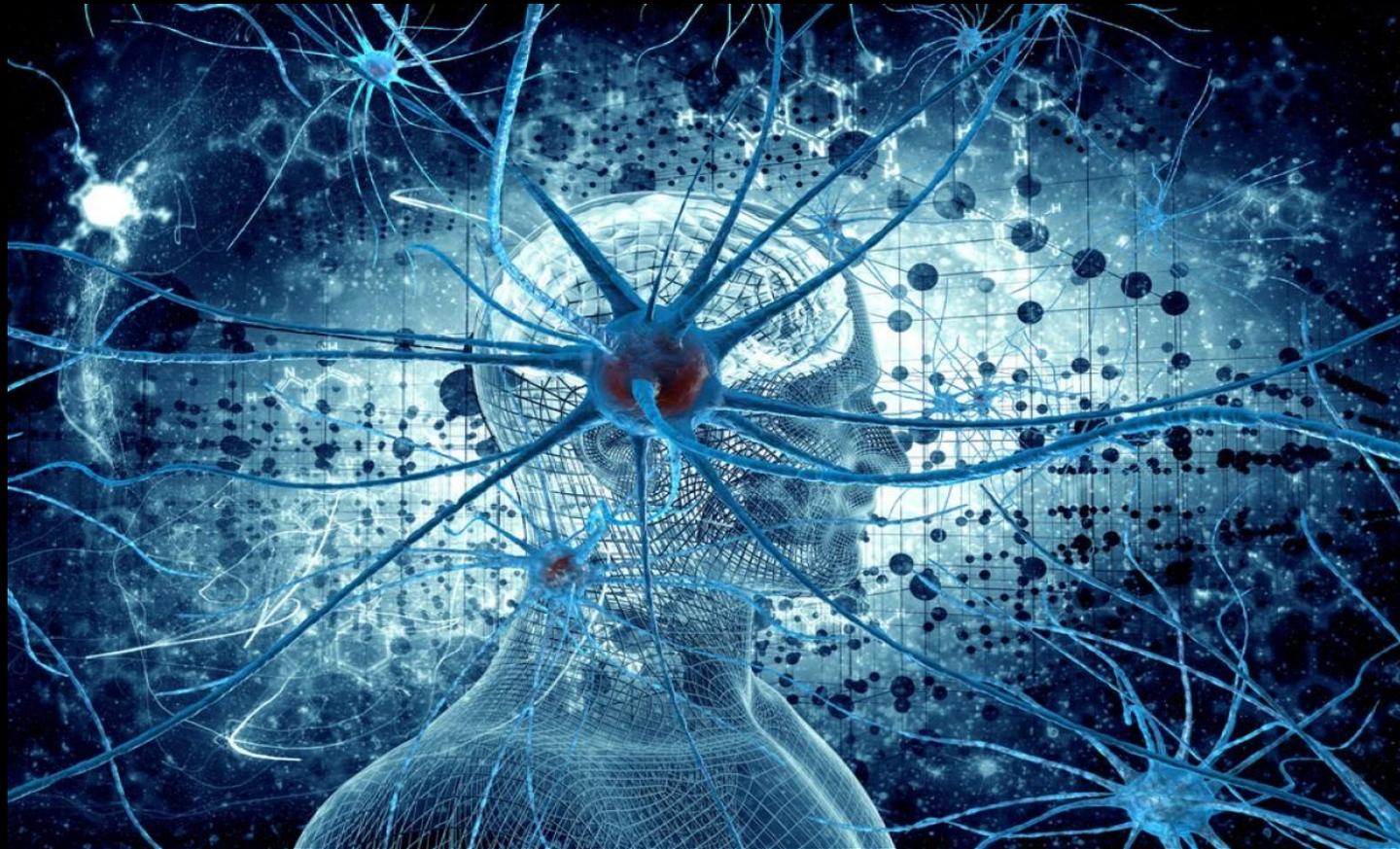


# АРАХНОИДИТ

The image features a black background with abstract, flowing, wavy bands of color. On the left side, there are vibrant green waves that curve upwards and then downwards. On the right side, there are warm orange and yellow waves that curve downwards and then upwards. The waves have a soft, ethereal quality, with some areas appearing more translucent than others. The overall composition is dynamic and modern.

## Арахноидит



Verspreiden niet toegestaan

- воспаление мягкой оболочки головного или спинного мозга с преимущественным поражением паутинной оболочки.

Название заболевания было предложено А. Т. Тарасенковым в 1845 году.

Синонимы:  
отграниченная  
слипчивая  
менингопатия,  
хронический  
фиброзирующий  
лептоменингит.

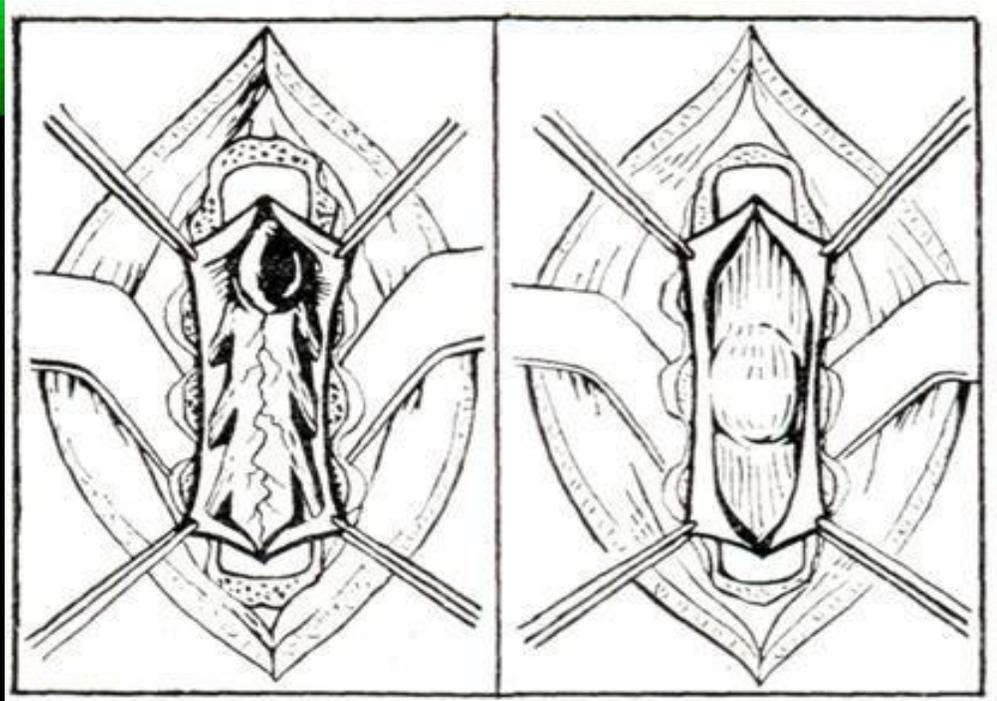
# ЭТИОЛОГИЯ

- Чаще всего встречаются инфекционные и инфекционно-токсические арахноидиты, связанные с гриппом, ангинами, тифом, пневмонией, туберкулезом, сепсисом, токсоплазмозом, ревматизмом, бруцеллезом, сифилисом, паротитом, инфекционными заболеваниями ЛОР-органов. Арахноидит часто развиваются после травм черепа и позвоночника (в том числе закрытых). Реже арахноидиты связаны с эндокринными и обменными нарушениями. Точно установить этиологию арахноидита не всегда удается.
- Многие заболевания центральной нервной системы и позвоночника могут осложняться арахноидитом, особенно часто опухоли, энцефалиты, сирингомиелия, эпилепсия, остеомиелит костей черепа, спондилит и другие, причем реактивный арахноидит иногда развивается далеко от первичного патологического очага в мозге.

Факторы, повышающие риск возникновения воспаления паутинной оболочки головного мозга:

- Острые инфекции – менингит, менингоэнцефалит.
- Острые гнойные заболевания – синусит, тонзиллит, мастоидит, отит.
- Черепно-мозговая травма – даже закрытая травма очень опасна, особенно если случается уже не в первый раз.
- Хронический алкоголизм.
- Вредные условия работы, тяжелый физический труд.

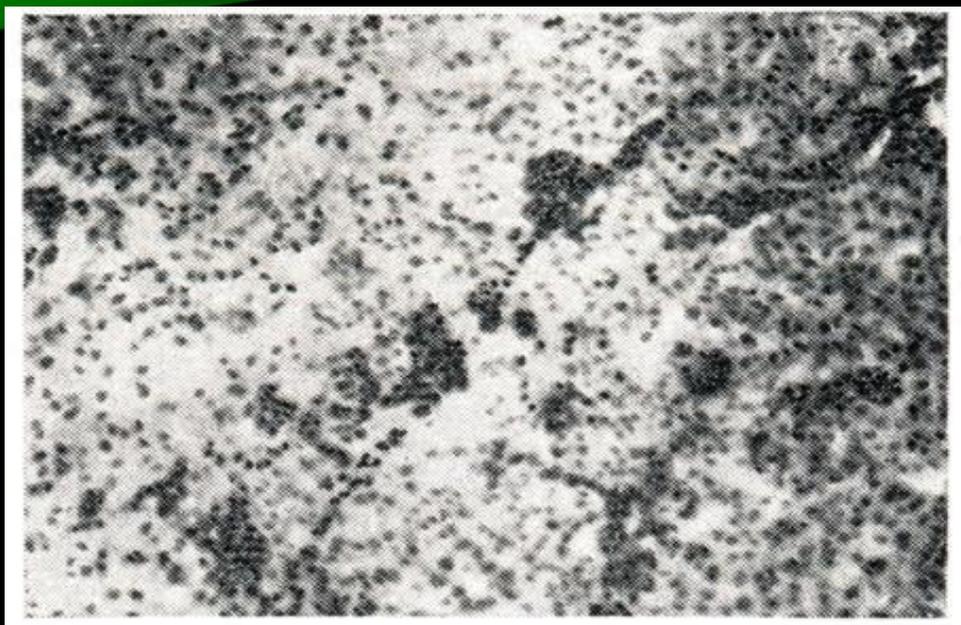
# ПАТОГЕНЕЗ



Арахноидальные кисты спинного мозга  
(на левом рисунке — вверху, на правом —  
в центре)



Грубое утолщение паутинной оболочки  
с образованием фиброзных тяжей  
различной величины.



Диффузная клеточная инфильтрация паутинной оболочки.

Ведущую роль играют аутоиммунные и аутоаллергические реакции на антигены мягкой оболочки, сосудистых сплетений и эпендимы желудочков с преимущественно пролиферативными изменениями в них в ответ на разнообразные повреждающие факторы.

**Патоморфология.** Определяются помутнение и утолщение паутинной оболочки, соединительнотканые спайки, иногда кисты, наполненные прозрачной или мутноватой жидкостью. Выделяют распространенный и ограниченный, слипчивый, кистозный и кистозно-слипчивый арахноидиты.

# СИМПТОМЫ АРАХНОИДИТА

Головная боль – особенно

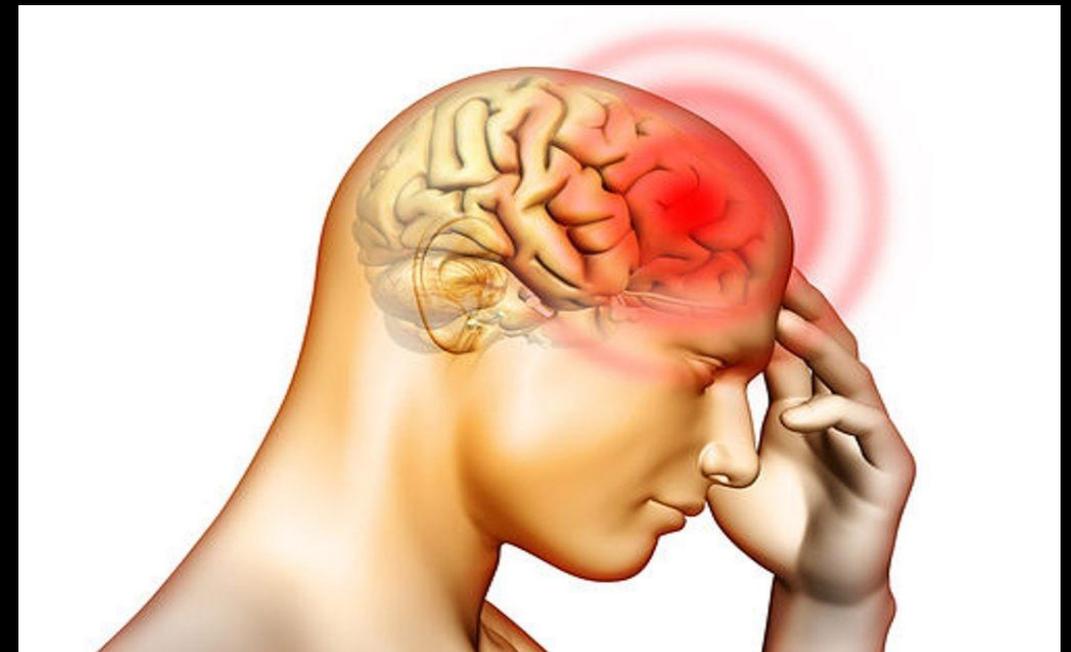
- утром. Головокружение,
- обморок.
- Бессонница.
- Депрессия, страх, беспокойство,
- агрессивность.

Чувствительность к погодным

- изменениям, часто бросает то в дрожь, то в пот.

Притупление или повышение кожной

- чувствительности – человек не чувствует прикосновений, боли, жары, холода или чувствует их очень остро.

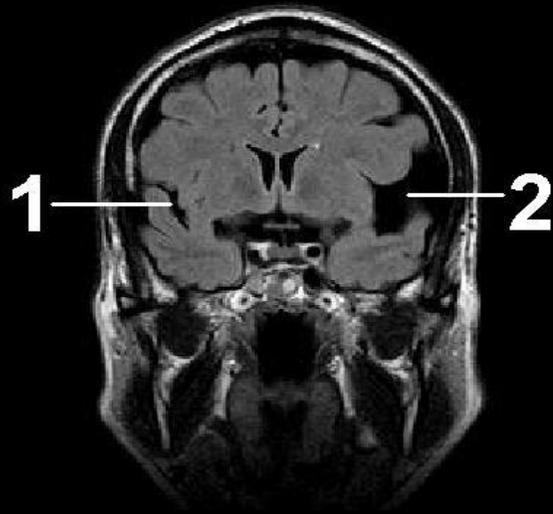


# КЛАССИФИКАЦИЯ

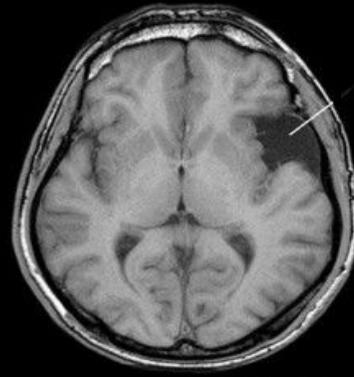
По локализации воспалительного процесса		
Церебральный <ul style="list-style-type: none"><li>• Конвекситальный</li><li>• Оптико-хиазмальный</li><li>• Арахноидит задней черепной ямки</li></ul>		Спинальный
По характеру течения болезни		
Острый	Подострый	Хронический
По механизму возникновения		
Первичный <ul style="list-style-type: none"><li>• Слипчивый</li><li>• Кистозный</li><li>• Слипчиво-кистозный</li></ul>	Одноочаговый	Вторичный <ul style="list-style-type: none"><li>• Многоочаговый</li><li>• Диффузный</li><li>• Ограниченный</li></ul>

# ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ

## АРАХНОИДИТ



1 – нормальное щелевидное жидкостное пространство между височной и теменной долями мозга  
2 – арахноидальная киста, в веществе головного мозга видно скопление жидкости



Кистозно-слипчивый арахноидит

• При церебральном арахноидите проявляются как общие симптомы, так и очаговые.

- Слипчивый церебральный арахноидит – очень трудно диагностируется. Основные симптомы – головная боль, головокружение, рвота могут свидетельствовать о самых различных заболеваниях. Для выявления необходимо проведение специальных диагностических мер.
- Конвексальный арахноидит – локализуется в области центральной борозды, сопровождается приступами эпилепсии, сильными головными болями, диффузными изменениями биотоков мозга и др.
- Арахноидит задней черепной ямки – часто встречающийся и один из наиболее опасных видов церебрального арахноидита. Поражаются черепные нервы, ликворные пути слипаются, возникают сильные боли в затылке, которые распространяются дальше – в шею и спину. Нередко в этом случае возникают невралгия тройничного нерва и паралич лицевого нерва.

# ОПТИКО- ХИАЗМАЛЬНЫЙ

## АРАХНОИДИТ

- В области хиазмы и внутричерепной части зрительных нервов при арахноидите образуются множественные спайки и кисты.
- Развивается медленно. Сначала арахноидит захватывает один глаз, затем постепенно (через несколько недель или месяцев) вовлекается и другой.
- Медленное и часто одностороннее развитие оптико-хиазмального арахноидита помогает дифференцировать процесс от ретробульбарного неврита.
- Поля зрения изменяются в зависимости от преимущественной локализации процесса. Наиболее типичны темпоральная гемианопсия (одно- или двусторонняя), наличие центральной скотомы (часто двусторонней), концентрическое сужение поля зрения.

# АРАХНОИДИТ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

- Наиболее часто встречающаяся форма среди церебральных арахноидитов.
- Клиническая картина арахноидита задней черепной ямки напоминает опухоли этой локализации и состоит из мозжечковых и стволовых симптомов. Поражение черепно-мозговых нервов (VIII, V и VII пар) наблюдается главным образом при локализации арахноидита в мостомозжечковом углу. Мозжечковые симптомы складываются из атаксии, асинергии, адиадохокинеза.
- Наряду с неустойчивостью в позе Ромберга — отклонением или падением в сторону пораженного уха, шаткой походкой, нарушениями указательной и пальце-носовой проб, адиадохокинезом, непостоянным спонтанным нистагмом (направленным в сторону больного уха или двусторонним) — отмечается частая дисгармоничность вестибулярных проб (например, выпадение калорической реакции при сохраненной вращательной). Иногда отмечается перемена направления нистагма, нистагм положения. Не все компоненты этого вестибуло-мозгового синдрома постоянны и четко выражены. Редки гомолатеральные пирамидные знаки и ещё более редки гемипарезы конечностей. В ликворе изменения обычно сводятся к повышенному давлению, иногда слабо выраженному. Редко отмечается



АРАХНОИДАЛЬНАЯ КИСТА  
ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НА  
НСГ  
(нейросонография)

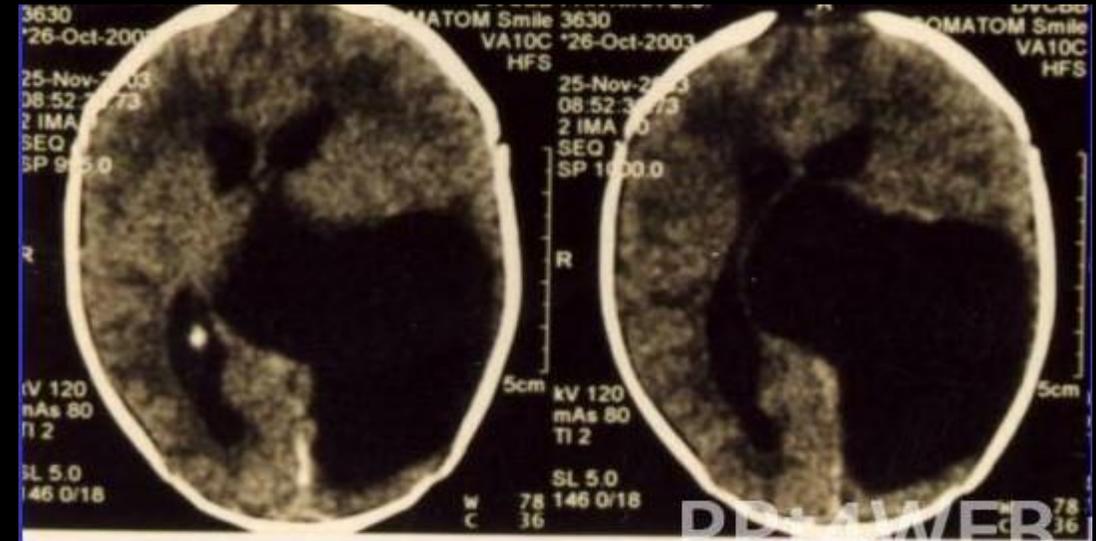
- Арахноидит мосто-мозжечкового угла обычно проявляется раньше всего поражением VIII нерва, периферическим параличом лицевого нерва или невралгией (невритом) тройничного нерва. Могут одновременно проявиться симптомы страдания всех этих трех нервов. Позднее присоединяются мозжечковые симптомы и двусторонние пирамидные знаки, большей частью нерезко выраженные. Арахноидит мосто-мозжечкового угла нередко связан с инфекционным процессом в ухе.
- Воспалительный процесс нередко вызывает заращение срединного отверстия IV желудочка (Мажанди) и бокового отверстия IV желудочка (Лушки), окклюзию ликворных путей, внутреннюю мозговую водянку с расширением всех желудочков и мозгового (сильвиева) водопровода. Болевые ощущения локализуются в затылочной области, иррадиируют в шею, верхний отдел спины. Головные боли приступообразно обостряются, часто сопровождаются рвотой.

# СПИНАЛЬНЫЙ АРАХНОИДИТ

- Диффузный спинальный – прогрессируют двигательные расстройства, нарушения чувствительности. Течение болезни очень разнообразно, обычно поражается спинной мозг и его оболочки. Отголоски менингита проявляются в виде симптома Кернига и симптома Брудзинского.
- Спинальный ограниченный слипчивый арахноидит – часто протекает бессимптомно, по характеру поражения напоминая радикулит: возникает межреберная невралгия, ишиас и др.
- Кистозный спинальный – своими проявлениями очень сходен с опухолью спинного мозга. Человеку трудно двигаться, возникают сильные боли в спине, как правило, сначала с одной стороны, затем переходят на всю спину. Спайки ликвора создают давление на спинной мозг, формируется так называемый компрессионный спинальный синдром.
- У детей возникает достаточно редко, на него приходится примерно 2-3% всех заболеваний нервной системы. Основные причины: осложнения после пневмонии, гриппа, отита, синусита, травмы головы, травмы позвоночника и др.

# ДИАГНОСТИКА

- Эхоэнцефалография.
- Люмбальная пункция.
- Краниография - рентгенографическое исследование черепа.
- Пневмоэнцефалография.
- Контрастное исследование спинного мозга.
- Компьютерная томография, МРТ.
- Исследование глазного дна.
- Осмотр пациента у отоларинголога для выявления возможных причин арахноидита.
- Осмотр у психиатра для выявления симптомов, которые на первый взгляд



Арахноидальная порэнцефалическая киста левой теменно-затылочной области с окклюзией боковых желудочков

# ЛЕЧЕНИЕ



Verspreiden niet toegestaan

- Преднизолон – 60 мг/сутки в течение 2 недель.
- Препараты для снижения внутричерепного давления.
- Антигистаминные препараты.
- Анальгетирующие средства – при сильной головной боли.
- Препараты для стимуляции работы мозга – церебролизин и др.
- Средства для лечения психических расстройств – антидепрессанты, транквилизаторы.
- Если наблюдаются приступы эпилепсии – их также необходимо лечить противосудорожными препаратами.

- Прогноз. В отношении жизни обычно благоприятный. Опасность может представлять арахноидит задней черепной ямки с окклюзионной гидроцефалией. Трудовой прогноз ухудшается при частых рецидивах или прогрессирующем течении с частыми гипертоническими кризами, эпилептическими припадками, при оптико-хиазмальной форме.
- Хирургическое лечение арахноидита. Основной целью операций при арахноидите является удаление или разъединение оболочечных сращений, рубцов, кист, давящих на мозговую ткань либо вызывающих нарушения циркуляции цереброспинальной жидкости.

# ПРОФИЛАКТИКА

- Общая профилактика вирусных инфекций. Ведение здорового образа жизни.
  - Своевременное лечение возникающих заболеваний инфекционного или травматического характера.
  - Полная диагностика арахноидита при закрытой черепно-мозговой травме.
  - Регулярное посещение отоларинголога, окулиста. В случае проблем психического характера – обращение к психиатру на осмотр.
- После успешного лечения арахноидита – профилактика рецидивов.



**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**

Verspreiden niet toegestaan