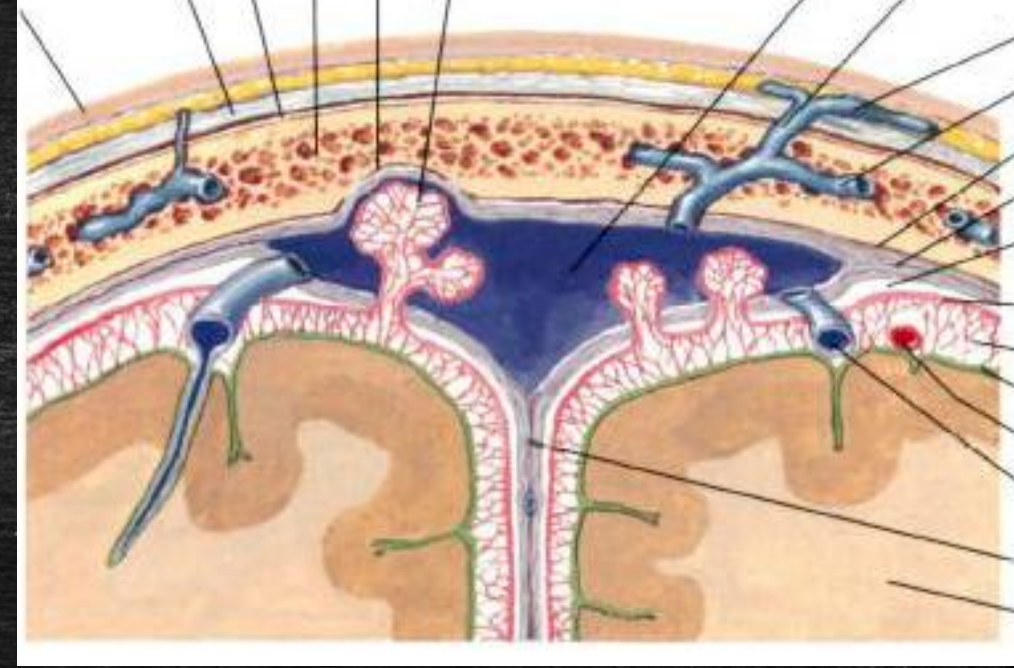




Арахноидит

Выполнила к/о Храмайкова С.В.

Церебральный арахноидит

- разновидность серозного воспаления мозговых оболочек с преимущественным поражением паутинной оболочки (фиброзирующий лептоменингит отграниченная слипчивая менингопатия).
- различают истинный арахноидит, имеющий аутоиммунный генез, и резидуальные состояния, обусловленные фиброзными изменениями паутинной оболочки после перенесенной черепно-мозговой травмы или нейроинфекции

Этиология

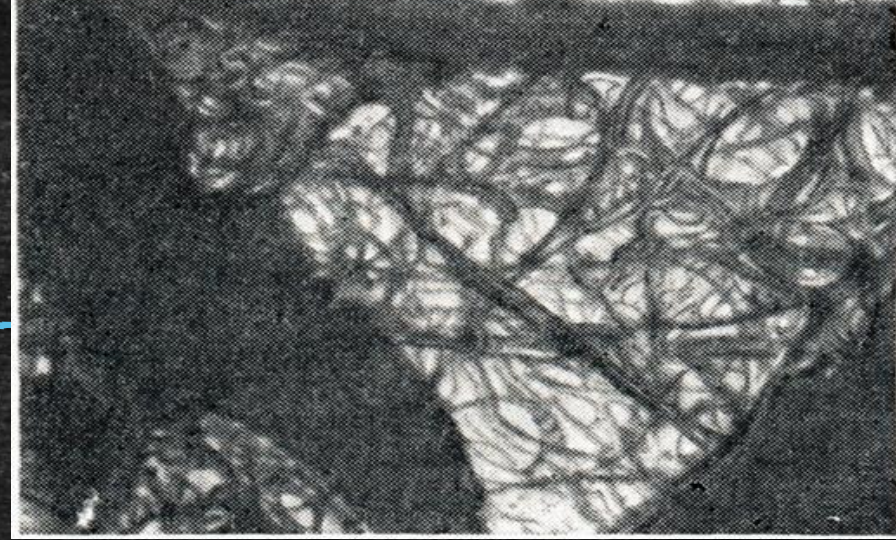
- Заболевание полиэтиологично.
- Чаще всего встречаются инфекционные и инфекционно-токсические арахноидиты, связанные с гриппом, ангинами, тифом, пневмонией, туберкулезом, сепсисом, токсоплазмозом, ревматизмом, бруцеллезом, сифилисом, паротитом
- А так же местные инфекционные процессы ЛОР-органов (воспаление придаточных пазух носа, заболевания уха – осложнения хронического гнойного среднего отита, значительно реже - острого)
- Арахноидит часто развиваются после травм черепа и позвоночника (в том числе закрытых) или сопровождает опухоли (реактивный арахноидит).
- Реже арахноидиты связаны с эндокринными и обменными нарушениями. Точно установить этиологию арахноидита не всегда удастся.

Патогенез

▪ 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.

- Спайки, образование которых характеризуется арахноидит, приводят к облитерации указанных путей оттока цереброспинальной жидкости с развитием гидроцефалии и ликворно-гипертензионных кризов, обуславливающих возникновение общемозговой симптоматики. Сопровождающая арахноидит очаговая симптоматика связана с раздражающим воздействием и вовлечением в спаечный процесс подлежащих мозговых структур.



Грубое утолщение паутинной оболочки с образованием фиброзных тяжей различной величины.

Классификация

По локализации: - Конвекситальный

- Базальный

- Оптико-хиазмальный

- Мостомозжечкового угла

- Задней черепной ямки

По течению: - Подострый

- Хронический

По характеру: - распространенный

- ограниченный

По морфологии: - слипчивый

- кистозный

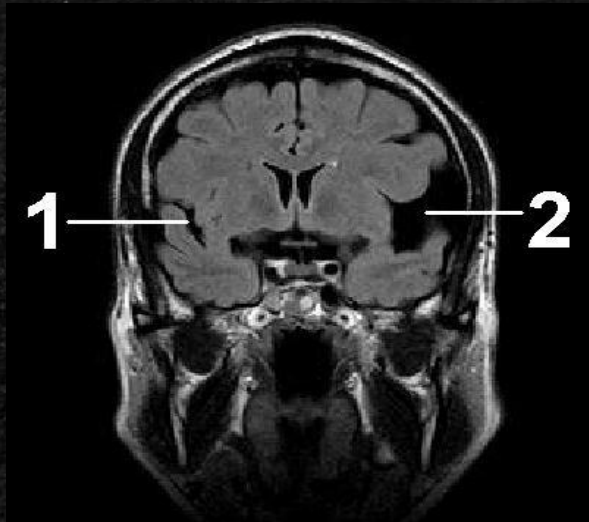
- кистозно-слипчивый

Клиническая картина

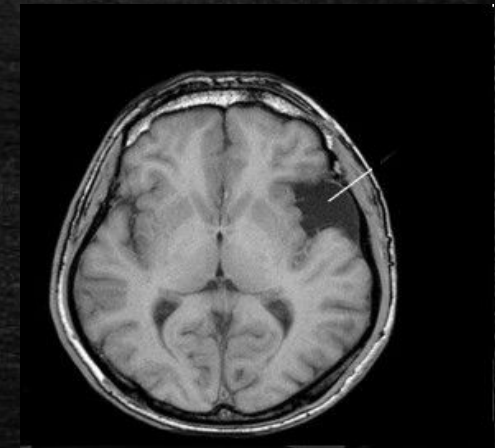
- Заболевание формируется подостро, с переходом в хроническую форму.
- Клинические проявления обусловлены как преимущественной локализацией арахноидита, так и общемозговыми нарушениями, связанными с затруднением всасывания и циркуляции цереброспинальной жидкости и частым повышением внутричерепного давления.
- Из общемозговых симптомов наиболее частым признаком является упорная головная боль, наиболее интенсивная в ранние утренние часы, иногда сопровождающаяся тошнотой и рвотой. В ряде случаев головная боль может быть локальной. При этом натуживание, напряжение или неловкое движение с твердой опорой на пятки приводит к усилению этой локальной головной боли ("симптом прыжка" - локальная головная боль при подпрыгивании с неамортизированным опусканием на пятки).

Конвекситальный

- Локализуется в области центральной борозды. Обычно не приводит к выраженным парезам и параличам или грубым расстройствам чувствительности, но очень часто проявляется судорожными приступами локального характера (джексоновская эпилепсия). Возможны также и эпилептические припадки общего характера, с утратой сознания. В спинномозговой жидкости отмечаются нерезкие воспалительные изменения.



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



Кистозно-слипчивый арахноидит

Базальный арахноидит

Процесс на основании приводит к поражению функций черепных нервов, в том числе зрительных ("сетка" перед глазами, снижение остроты зрения, скотома или сужение полей зрения, атрофия зрительных нервов).

Оптико-хиазмальный

- 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.
- симметричной отрицательной динамикой зрительных функций;
- головными болями;
- плеоцитозом в ликворе.

Арахноидит мосто-мозжечкового угла

- Сопровождается мозжечковыми расстройствами на стороне очага, пирамидными симптомами на противоположной, а также нарушениями функций нервов мосто-мозжечкового угла (5,6,7 и 8 пары) на своей стороне.
- ✓ нарушение вкуса на передних 2/3 языка.
- ✓ спонтанный нистагм, возникающий во время приступа,
- ✓ головокружение,
- ✓ шум в ухе или в затылочной области на стороне поражения, одностороннее снижение слуха вплоть до полной глухоты,
- ✓ неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе,
- ✓ почти никогда не изменяется координация в конечностях.
- ✓ легкое нарушение функций тройничного нерва наблюдается в виде гипестезии на лице и снижения корнеальных рефлексов.

Арахноидит задней черепной ямки

Наиболее часто встречающаяся форма. Инфекция

проникает в заднюю черепную ямку через

- периваскулярные и периневральные щели,
- внутренний слуховой проход,
- водопроводы внутреннего уха
- перифлебнитические зоны при тромбозе синусов

- ремитирующие приступы головной боли,
- Головокружение, часто системное,
- вынужденное положение головы,
- рвота,
- Ликворная гипертензия приводит к изменениям на глазном дне. Застойные соски выражены различно в разных стадиях заболевания. Острота зрения при этом почти никогда не страдает.



Арахноидальная киста задней черепной ямки на нейросонографии

Диагностика

- На ПЭГ, КТ, МРТ находят неравномерное (вследствие спаек) заполнение воздухом наружного субарахноидального пространства, кисты, а также расширение желудочков мозга (сопутствующая гидроцефалия).
- Цереброспинальная жидкость чаще с небольшой белково-клеточной диссоциацией — 0,66 г/л, реже гидроцефальный со снижением содержания белка до 0,099—0,26 г/л.
- Эхоэнцефалография. Краниография.
- Пневмоэнцефалография.
- Исследование глазного дна.
- Осмотр пациента у отоларинголога для выявления возможных причин арахноидита.
- Осмотр у психиатра для выявления симптомов, которые на первый взгляд незаметны, но присутствуют у пациента

Консервативное лечение

- При установлении очаговой инфекции - санация инфекционного очага.
- антибиотикотерапия(пенициллин 2-6 млн.ЕД в сут, оксациллин 0,5 г 4-6 раз/сут, левомецетин 1 г 4 раза/сут)Проводят лечение одним из препаратов, чередуя каждые 10 дней. Одновременно с а/б применяют сульфаниламидные препараты в течение 7-10 дней на курс лечения (сульфадиметоксин 0,5 г 2 раза в день, бисептол, сульфален, этазол)
- дезинтоксикация(в/в 40% р-р глюкозы в сочетании с 40% р-ом уротропина 5-10 мл, до 10 вливаний на курс). Под контролем состава мочи.
- противовоспалительная терапия(преднизолон в дозе 60-80 мг/сут с преимущественным приемом в утренние часы в течении 5-7 дней, затем снижают дозу до 10 мг в теч. 5-7 дней)
- десенсибилизирующая терапия (тавегил 0,001г; димедрол 0,05г; супрастин 0,025г по 1-2 таб/день). Глюконат кальция 10%р-р по 5-10 мл в/в или в/м.
- дегидратационная терапия(фуросемид 0,04г, диакарб 0,25г 1-2 раза в день в таб.)
- ретробульбарные инъекции дексазона 0,5мл и гентамицина 20мг в оба глаза 10-15 инъекций

Лечение

- Из средств патогенетической терапии применяют рассасывающие средства (пирогенал, лидаза, стекловидное тело, алоэ)
- пневмоэнцефалография (как метод лечения),
- препараты, улучшающие трофику головного мозга (ноотропы, сосудистые),
- дегидратирующие средства,
- противосудорожные,
- антигистаминные,
- снотворные,
- седативные средства,
- анальгетики,
- физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия.

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.

Показания:

- наличие диагностированного кистозно-спаечного процесса
- неэффективность консервативного лечения в хронической стадии в первые 6 мес. от начала заболевания с остротой зрения ниже 0,1;
- отсутствие грубых изменений в поле зрения и атрофических процессов в зрительных нервах

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.