**Арахноидит**

Арханоидит - воспалительное заболевание паутинной (арахноидальной) с вовлечением в процесс мягкой мозговой оболочки.

**Этиология.**

Возникает при общих инфекциях (грипп, пневмония, корь и др. ), очагах фокальной инфекции (гайморит, тонзиллит, фронтит, отит и др. ), черепно-мозговой травме. В ряде случаев развивается у больных энцефалитами (арахноэнцефалит), миелитами (арахномиелит).

**Патогенез**

В паутинной оболочке развивается реактивное воспаление вследствие воздействия возбудителя, его токсинов, отека мозга, нарушений крово- и лимфообращения. В зависимости от характера и локализации изменений различают слипчивый, кистозный, слипчиво-кистозный; церебральный (конвекситальный и базальный-оптохиазмальный, задней черепной ямки, мосто-мозжечкового угла) и спинальный арахноидит. Последний у детей встречается редко. По характеру течения может быть острым (редко), подострым и хроническим.

**Клиническая картина**

При церебральном арахноидите с подострым и хроническим течением наблюдаются умеренно выраженные общемозговые нарушения: головная боль распирающего или давящего характера, тошнота, иногда рвота, головокружения. Головная боль — постоянный симптом арахноидита. Она обычно носит постоянный характер, периодически усиливаясь под влиянием физического и умственного перенапряжения, переохлаждения, перегревания, и других причин. На высоте головной боли возможна рвота. Отмечаются общая слабость, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность. Очаговые неврологические нарушения зависят от преимущественной локализации поражения.

При конвекситальном арахноидите нередко возникают фокальные судорожные припадки, которые могут переходить в генерализованные с потерей сознания. Наблюдаются также рассеянная или очаговая неврологическая симптоматика.

Для оптохиазмального арахноидита характерно медленно прогрессирующее или быстро наступающее снижение зрения с одной или двух сторон. На глазном дне возможны явления застоя или неврита, атрофия дисков зрительных нервов, атрофия зрительного нерва. Может быть двоение в глазах, птоз. В ряде случаев развиваются гипоталамические обменные нарушения (несахарный диабет, ожирение и др. ).

Арахноидит задней черепной ямки проявляется интенсивной, периодически усиливающейся головной болью с тошнотой и рвотой, возможно развитие гидроцефалии. Характерны мозжечковые расстройства — мышечная гипотония, нарушение координации, нистагм. Может быть застой на глазном дне. Заболевание нередко напоминает опухоль головного мозга. Наиболее характерные признаки арахноидита мостомозжечкового угла — одностороннее снижение слуха, поражение лицевого нерва, позже присоединяются мозжечковые расстройства. Возможен спастический парез противоположных конечностей.

**Диагноз**

Диагноз обосновывается данными неврологического обследования и окончательно подтверждается результатами пневмоэнцефалографии или компьютерной томографии. Следует избегать гипердиагностики арахноидитов.

**Лечение**

При остром течении заболевания показаны антибиотики: пенициллин, полусинтетические пенициллины (метициллин, ампициллин, ампиокс, оксациллин) в среднетерапевтических дозах. Для лечения под- острых и хронических арахноидитов назначаются дегидратирующие — диакарб, фуросемид, глицерин, рассасывающие — экстракт алоэ, плазмол, стекловидное тело, лидаза; общеукрепляющие (витамины группы В, АТФ) и симптоматические средства. Можно использовать йод-электрофорез по глазнично-затылочной методике. При наличии припадков назначаются противосудорожные средства. Проводится лечение фокальной инфекции. В случае кистозных арахноидитов иногда показано нейрохирургическое лечение.

**Профилактика**

Ранняя диагностика и лечение острых инфекционных заболеваний, профилактика инфекционных заболеваний , очагов фокальной инфекции, черепно-мозговых травм.