**Краснуха**

Краснуха, или коревая краснуха, широко распространенное острое инфекционное заболевание, характеризующееся кожной сыпью и увеличением лимфатических узлов. Заболевание обычно протекает в легкой форме и непродолжительно по времени. В англоязычных странах краснуху иногда называют «немецкой корью», так как наиболее подробно эта болезнь была изучена в Германии в конце 19 в. Особое значение краснухи как инфекционного заболевания связано с потенциальной опасностью тяжелых осложнений для ребенка, которые могут развиться в случае заражения матери в первые месяцы беременности.

Возбудитель. В течение нескольких веков краснуха, корь и скарлатина рассматривались как единое заболевание из-за сходных внешних признаков. Впервые краснуха была описана немецким терапевтом Ф. Хофманом в 1740, но только в 1881 признана самостоятельным заболеванием.

Возбудителем краснухи является РНК-содержащий вирус, который относится к семейству тогавирусов (см. ВИРУСЫ). Инфекция распространяется воздушно-капельным способом или при непосредственном контакте с выделениями больного организма. Во время беременности вирус передается из крови матери плоду через плаценту (структуру, через которую осуществляется питание плода).

Эпидемиология. Краснуха распространена во всем мире. На Американском континенте заболеваемость имеет сезонные колебания, с пиком в мае-июне. Краснуха менее заразна, чем корь: заболевание развивается в 30–60% случаев контакта с больным. У грудных детей краснуха почти не встречается; чаще всего ею заболевают в возрасте 5–15 лет. Она нередко возникает и у взрослых, однако случаи заболевания после 40 лет практически неизвестны. Лица мужского и женского пола в равной степени подвержены болезни. После заболевания развивается стойкий иммунитет; подтвержденные клиническими анализами случаи повторного заболевания редки. Иммунитет к краснухе не защищает от кори. Краснуха проявляется в виде эпидемических волн, причем наиболее крупные эпидемии возникают с интервалом от 10 до 20 лет.

Клиническая картина. Инкубационный период, т.е. время от контакта с больным до первых проявлений болезни, колеблется в пределах от 14 до 21 дня, в среднем ок. 18 дней. Чаще всего первым и иногда единственным симптомом бывает сыпь. В продромальном (за 24–36 ч до появления сыпи) периоде наблюдаются головная боль, небольшое повышение температуры, незначительный насморк, першение в горле, увеличение лимфатических узлов (затылочных, заднешейных). В типичных случаях сыпь сначала появляется на лице и шее, разгибательных поверхностях конечностей, затем быстро распространяется по всему телу и сохраняется ок. трех суток. В начале болезни появление сыпи нередко сопровождается покраснением окружающих ее участков кожи, что делает сыпь похожей на скарлатинозную. Другие симптомы обычно проявляются в легкой форме. Температура редко поднимается выше 38° и держится не более 3–4 дней, после чего больной начинает быстро поправляться. Он заразен ок. 14 дней: неделю до и неделю после первых высыпаний. Дети, заразившиеся от матери внутриутробно, еще до рождения, могут оставаться заразными в течение нескольких месяцев, а иногда до двух лет.

Лечение только симптоматическое; средства против возбудителя отсутствуют. При повышении температуры рекомендуются постельный режим, легкая пища, изоляция больного на 7–10 дней.

Осложнения при краснухе бывают редко. Однако заболевание очень опасно при беременности: в случае заражения будущей матери в первый месяц беременности вероятность преждевременных родов (выкидышей) или рождения ребенка с пороками развития достигает 50%. К числу возможных пороков относятся слепота, глухота, аномалии развития сердца и головного мозга. По оценкам, риск осложненной беременности при заражении на втором месяце составляет 25%, а на третьем месяце – 15%. В 1966 американские специалисты разработали простой и быстрый способ определения антител к вирусу краснухи. Женщины, подвергшиеся опасности заразиться краснухой в первые месяцы беременности, могут теперь выяснить, есть ли у них иммунитет к этому заболеванию. Врач в случае необходимости должен предупредить их о возможной патологии будущего ребенка. Лекарственных препаратов, предупреждающих развитие патологии плода, пока нет. В последние годы разработана убитая вакцина, которая применяется для профилактики краснухи у детей.

**Корь**

Корь - острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся повышением температуры, наличием интоксикации, катаром верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, этапным высыпанием пятнисто-папулезной сыпи.

Инкубационный период 9-17 дней (при серопрофилактике - 21 день).

Начальный катаральный период длится в среднем 3-4 дня: повышение температуры, общее недомогание, вялость, разбитость, понижение аппетита, нарушение сна, головная боль, насморк, склерит, конъюнктивит, сухой кашель. Со 2-3-го дня - снижение температуры, усиление насморка, грубый кашель, энантема, пятна Бельского-Филатова-Коплика.

Период высыпания: усиление интоксикации, экзантема - пятна и папулы, склонные к слиянию, на неизмененном фоне кожи, характерна этапность (1-е сутки - за ушами, лицо, шея и частично грудь; 2-й день - туловище и проксимальные отделы конечностей; 3-й день - на всю кожу конечностей). С 4-го дня угасание сыпи в том же порядке, пигментация, изредка шелушение.

Осложнения: круп, пневмония, поражение пищеварительного тракта, отит, менингоэнцефалит.

Митигированная корь (у детей, получавших иммуноглобулин): субфебрильная температура, слабо выраженные катаральные явления, пятен Бельского-Филатова-Коплика и этапности высыпания нет, сыпь необильная, мелкая. Осложнений не наблюдается.

Лабораторная диагностика кори

Вирусологический метод. С первых дней болезни проводят исследование смывов из носоглотки или крови с целью выделения вируса в культуре ткани.

Серологический метод. Исследуют в РСК или РТГА парные сыворотки с целью обнаружения АТ и нарастания их титра.

Иммунофлуоресцентный метод. В конце продромального периода и в период высыпания проводят исследование мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа, обработанных специальной люминесцирующей сывороткой, с целью выделения антигенов вируса кори.

Мероприятия в отношении больных и контактных лиц. Госпитализация. По клиническим и эпидемиологическим показаниям (из закрытых детских учреждений, общежитий).

Изоляция контактных. Дети, не привитые против кори и не болевшие корью, разобщаются на 17 дней от момента контакт, а получившие иммуноглобулин, - на 21 день. При установлении точного дня контакта разобщение начинают с 8-го дня. За дошкольниками, привитыми живой коревой вакциной, устанавливается медицинское наблюдение на 17 дней с момента контакта.

Условия выписки. Клиническое выздоровление, но не ранее 4-го дня, а при наличии осложнений (пневмония) - не ранее 10-го дня после начала высыпания. Допуск в коллектив. После клинического выздоровления.

Диспансеризация: Не проводится.

Специфическая профилактика кори

Коревой живой вакциной прививают детей в возрасте 12 месяцев. Ревакцинируют не болевших корью перед школой в 6-7 лет. В очагах с целью экстренной профилактики кори всем детям старше 12 месяцев возможно проведение вакцинации только до 5-го дня от момента контакта.

Иммуноглобулином проводят экстренную профилактику детям, не болевшим корью и непривитым; контактным с больным корью - при противопоказаниях к вакцинации.

Для оценки напряженности вакцинального иммунитета проводятся серологические исследования. Контингент: дети, своевременно и правильно привитые от кори, раздельно по каждой возрастной группе; в коллективах, где в течение последнего года не регистрировались случаи кори. По результатам обследования детей 4-5 лет можно судить о качестве прививок, сделанных 1-2 года назад, а школьников - о напряженности вакцинального иммунитета в отдаленные сроки после иммунизации либо после повторной прививки. Критерием защищенности кори является выделение в каждой обследуемой группе не более 10% серонегативных лиц (с титрами специфических антител мене 1:10 в РПГА). При выявлении в коллективе учащихся более 10% серонегативных и невозможности расширения серологического обследовании всех учащихся данной школы (ПТУ, техникума), за исключением тех, кто уже был привит.

**Ветрянка**

"Ветрянка" - этим немудреным словом называется болезнь, хотя это название которое принято применять в народе, а на самом деле ее правильное название, то есть под медицинским именуется ветряная оспа. Этой болезнью болеют практически все дети, в возрасте до 12 лет и лишь единицы, кого болезнь миновала. Но сразу уточним - этот возраст не барьер, после которого болезнью не заболеть, ветрянкой болеют и взрослые люди, и как правило, ветряная оспа у них протекает в достаточно тяжелой форме. Дети же болеют значительно легче и поэтому переболеть ветрянкой в детстве считается нормальным и даже нужным.

Перенос болезни (заражение) при ветрянке происходит воздушно капельным путем, но вирус ветряной оспы не такой уж и сильно стойкий во внешней среде, поэтому, заразиться через окружающих больного людей или предметы достаточно сложно. Также практически исключены повторные заболевания, потому что к ветрянке вырабатывается очень хороший иммунитет и переболевший организм редко заражается снова.

Основной симптом ветряной оспы - это мелкая сыпь на коже живота, груди, рук, ног, и даже коже головы скрытой волосяным покровом. Сыпь постепенно превращается в пузырьки до 4мм диаметром, которые, подсыхая, покрываются корочкой и отпадают. В начальном периоде болезни возможно поднятие температуры до 38 градусов, а также общая слабость, потеря аппетита, сонливость, как при обычной простуде, но с появлением сыпи ветрянку трудно не выявить.

Инкубационный период у ветряной оспы 10-20 дней, активная фаза, когда ветрянка проявляется сыпью и повышением температуры длится всего 7-8 дней. Больной ветряной оспой заразен уже за 2 дня до появления первой сыпи, поэтому болезнь распространяется быстро. Достаточно контакта с больным всего 1-1,5 часа, чтобы заболеть. Вот по этой причине при появлении в детском саде больного - ветрянкой переболеет 85-90% группы.

Как же лечить эту болезнь. Вообще такого специального лечения при ветрянке нет, так как болезнь протекает обычно в довольно легкой форме и большинство детей переносят ее не очень болезненно. Однако в тяжелых случаях необходимо обратиться к врачу, иначе, особенно при большом возрасте больного - могут возникнуть осложнения.

При легкой же форме ветрянки - основное лечение направлено на борьбу с сыпью, основная цель применяемых методик - это рижигание антисептиками, для того чтобы устранить зуд. Это необходимо, потому что при расчесывании можно занести вторичную инфекцию, которая может привести к гнойному дерматиту, что может стать на много более трудноизлечимой. Кроме того если отрывать подсохшие пузырьки то могут остаться оспины на всю жизнь.

Лечение большинства больных проводится в домашних условиях и направлено на предотвращение развития осложнений за счет попадания в повреждения кожи вторичной инфекции. Оно ограничивается постельным режимом на 6-7 дней, молочно-растительной пищей, обильным питьем и гигиеническим уходом. Особое внимание уделяется чистоте постельного и нательного белья ведь от соблюдения гигиены зависит нераспространение сыпи. С целью ускорения подсыхания пузырьков рекомендуется смазывать их 10% раствором марганцовокислого калия или бриллиантовым зеленым. Для ослабления зуда кожи применяется обтирание кипяченой водой с уксусом с последующим припудриванием тальком. Для предотвращения расчесов кожи необходимо следить за регулярной короткой стрижкой ногтей. После подсыхания всех пузырьков показаны теплые гигиенические ванны.

Предупреждение болезни. Беременным женщинам, заболевшим ветряной оспой за 5 дней до родов или через 48 ч после родов, вводится иммуноглобулин, содержащий антитела против вируса ветряной оспы.

**Кишечные инфекции**

Острые кишечные инфекции являются широко распространенной патологией, занимающей второе место (после острых респираторных инфекций) среди всех инфекционных заболеваний в детском возрасте. На современном этапе ОКИ по-прежнему имеют широкое распространение. На долю детей приходится около 60-65% всех случаев, регистрирующихся в разных возрастных группах. Согласно материалам ВОЗ в развивающихся странах у детей младше 5 лет ежегодно возникает 1 млрд. эпизодов диареи (в среднем 3 – 4 эпизода диареи в год на 1 ребенка). Вследствие диареи ежегодно умирает 3 миллиона детей (около 80% из них в возрасте до 2 лет).

Острые кишечные инфекции – полиэтиологическая группа инфекционных заболеваний, сопровождающихся нарушением моторики желудочно-кишечного тракта с развитием диареи, интоксикации, а в ряде случаев - обезвоживания. Для кишечных инфекций характерна массовость заболевания, возникновение пищевых и водных вспышек. Актуальность проблемы кишечных инфекций в детском возрасте связана не только с высоким уровнем заболеваемости, но и с высокой вероятностью развития осложнений и даже - летального исхода. В мире диарейные заболевания остаются основной причиной детской смертности. Из осложнений, которые развиваются у детей с ОКИ и которые реально угрожают жизни ребенка, следует, в первую очередь, упомянуть токсикоз с эксикозом (обезвоживание различной степени), нейротоксикоз, гемолитико-уремический синдром.

Возбудители инфекции – многочисленная группа бактерий, вирусов, простейших и гельминтов, которые могут вызывать дисфункцию кишечника. Наиболее часто в клинической практике заболевание обусловлено дизентерийными палочками (шигеллами), сальмонеллами, патогенными кишечными палочками (эшерихиями), стафилококками, клебсиеллами, протеем, кампилобактериями, иерсиниями, синегнойной палочкой, холерными вибрионами и др. Из вирусов наибольшее значение имеют ротавирусы, энтеровирусы Коксаки и ЭКХО, корона-вирусы, аденовирусы, вирусы Норволк и др. Диарея может быть также обусловлена амебами, лямблиями, криптоспоридиями. Данный перечень возбудителей инфекций далеко не полон, многие из них недостаточно изучены, постоянно открываются все новые возбудители инфекций.

Возбудители устойчивы во внешней среде, могут длительное время сохранятся на руках, посуде, игрушках и предметах обихода, в почве и воде, инфицированных фекалиями больного. Некоторые из них способны размножаться в продуктах питания при комнатной или даже низкой температуре. Они обычно погибают при кипячении и обработке хлорсодержащими дезинфицирующими веществами.

Заболеваемость высока и регистрируется в течение всего года с подъемом в летне-осенний период. Болеют взрослые и дети, наиболее часто – в возрасте от 1 года до 7 лет.

Летальность при ОКИ относительно невысока и наблюдается преимущественно у детей раннего возраста.

Источник инфекции – больной человек, а также носители возбудителей заболевания. Наиболее опасны больные легкими, стертыми и бессимптомными формами острых кишечных инфекций. В детских коллективах источниками эпидемических вспышек нередко бывают работники пищеблоков.

Пути передачи инфекции. Основной механизм передачи – фекально-оральный, реализующийся пищевым, водным и контактно-бытовым путями, реже – воздушно-пылевым путем. Факторами передачи являются пища, вода, предметы обихода, игрушки, инфицированные фекалиями больного, в передаче некоторых инфекций имеют значение насекомые (мухи). Заражению кишечной инфекцией способствуют антисанитарные условия жизни, несоблюдение правил личной гигиены, употребление зараженных продуктов питания, хранившихся или готовившихся с нарушением правил.

Восприимчивость к инфекциям высокая. Риск заражения зависит от дозы попавшего в организм возбудителя, его вирулентности, а также от состояния барьерной и ферментативной функции желудочно-кишечного тракта и активности иммунной системы. Наиболее восприимчивыми к острым кишечным инфекциям являются дети раннего возраста, недоношенные, а также находящиеся на искусственном вскармливании. Иммунитет после инфекций типоспецифический, нестойкий, продолжительностью от 3 –4 месяцев до 1 года, в связи с чем высока возможность повторных заболеваний.

Периоды болезни. Инкубационный – от нескольких часов до 7 дней, период разгара заболевания, период реконвалесценции. Длительность периодов может быть различной и зависит от этиологии, клинической формы болезни и тяжести заболевания.

**Менингит**

Среди многочисленных человеческих болезней менингит - одна из самых опасных. Можно перенести "на ногах" воспаление легких, можно годами ходить с туберкулезом, можно с помощью "целителей" в течение длительного времени пытаться вылечиться от венерических болезней. С менингитом подобные "номера" не проходят - или в больницу, или…

Менингит - болезнь известная. По крайней мере, средний человек, без какого-либо специального медицинского образования, слово "менингит" знает и, хотя особенности самой болезни не очень понятны, менингита боятся все. Врач скорой помощи может сказать: "У Вашего ребенка ангина (грипп, пневмония, энтероколит, гайморит и т.д.). Быстренько собирайтесь в больницу". В ответ он обязательно услышит: "Доктор, а дома полечиться никак нельзя?". Но если будет произнесено слово "менингит", пусть даже не категорично - "У Вас менингит!", а с сомнением - "похоже на менингит" - можно с уверенностью заявить: ни о каком лечении дома нормальный человек даже не заикнется.

Такое отношение к менингиту в целом понятно - с того времени, как появились возможности его (менингит) лечить, не прошло и 50-ти лет. Но, если смертность от большинства детских болезней уменьшилась за это время в 10-20 и более раз, то при менингите - лишь в 2 раза.

Прежде всего, следует отметить, что менингит болезнь инфекционная. Т.е. непосредственной причиной заболевания являются определенные микробы. Большинство человеческих инфекций позволяет установить четкую взаимосвязь между названием болезни и именем конкретного ее возбудителя. Сифилис - бледная спирохета, скарлатина - стрептококк, сальмонеллез - сальмонелла, туберкулез - палочка Коха, СПИД - вирус иммунодефицита и т.п. В то же время конкретной связи "менингит - возбудитель менингита" нет.

Под самим словом "менингит" подразумевается воспаление оболочек головного мозга, а причиной этого воспаления может быть огромное число микроорганизмов - бактерий, вирусов, грибков. Инфекционисты не без уверенности заявляют, что при определенных условиях любой микроорганизм может вызвать менингит у человека любого возраста. Отсюда понятно, что менингиты бывают разными - разными и по быстроте развития, и по тяжести состояния, и по частоте возникновения, и, что особенно важно, по способам лечения. Объединяет все менингиты одно - реальная угроза жизни и высокая вероятность осложнений. Для развития менингита конкретный возбудитель должен попасть в полость черепа и вызвать воспаление оболочек головного мозга. Иногда это происходит при возникновении очагов инфекции в непосредственной близости от оболочек мозга - при гнойном отите, например, или при гайморитах. Нередко, причиной менингита является черепно-мозговая травма. Но чаще всего в полость черепа микробы попадают с током крови. Очевидно, что сам факт попадания микроба в кровь, сама возможность его "заноса" и последующего размножения на мозговых оболочках обусловлены состоянием иммунитета.

Следует заметить, что имеется целый ряд, как правило, врожденных дефектов иммунной системы, предрасполагающий к заболеванию менингитом. Неудивительно, что в некоторых семьях все дети болеют менингитом, - хотя болезнь эта не такая уж и частая, в сравнении, например, с ангиной, коклюшем, ветрянкой или краснухой. Но если роль иммунитета в целом понятна, то до настоящего времени не удается найти убедительного объяснения тому факту, что мальчики болеют менингитом в 2-4 раза чаще, чем девочки.

В зависимости от вида возбудителя менингиты бывают вирусными, бактериальными, грибковыми. Некоторые простейшие (например, амеба и токсоплазма) тоже могут вызвать менингит.

Развитие вирусного менингита может сопровождать течение широко известных инфекций - ветряной оспы, кори, краснухи, эпидемического паротита, поражение мозговых оболочек встречается при гриппе, при инфекциях, вызванных вирусами герпеса. У ослабленных больных, у стариков, у младенцев встречаются менингиты, вызванные грибками (понятно, что в этих ситуациях именно недостаточность иммунитета играет ведущую роль в возникновении болезни). Особое значение имеют менингиты бактериальные. Любой гнойный очаг в организме - пневмония, инфицированный ожог, ангина, разнообразные абсцессы и т.п. - может стать причиной менингита, при условии, что возбудитель попадет в кровь и с током крови достигнет мозговых оболочек. Понятно, что всем известные возбудители гнойных процессов (стафилококки, стрептококки, синегнойные палочки и т.д.) и будут в этом случае возбудителем менингита. Одним из самых страшных являются менингит туберкулезный, почти забытый, он сейчас встречается все чаще и чаще.

В то же время существует микроорганизм, вызывающий менингиты наиболее часто (60-70% всех бактериальных менингитов). Неудивительно, что он так и называется - менингококк. Заражение происходит воздушно-капельным путем, менингококк оседает на слизистых оболочках носоглотки и может вызвать состояние очень сходное с обычной респираторной вирусной инфекцией - небольшой насморк, покраснение горла - менингококковый назофарингит. Я не зря употребил словосочетание "может вызвать" - дело в том, что попадание менингококка в организм довольно редко приводит к возникновению болезни - ведущая роль здесь принадлежит совершенно особым индивидуальным сдвигам в иммунитете. Легко объяснимы, в этой связи, два факта: первый - опасность развития менингита при контактах, например, в детских учреждениях составляет 1/1000 и второй - частое обнаружение менингококка в носоглотке у совершенно здоровых лиц (от 2 до 5% детей являются здоровыми носителями).

Неспособность организма к тому, чтобы локализовать микроб в носоглотке, сопровождается проникновением менингококка через слизистую оболочку в кровь.

С током крови он попадает в мозговые оболочки, глаза, уши, суставы, легкие, надпочечники и в каждом из этих органов может возникнуть очень опасный воспалительный процесс. Очевидно, что поражение мозговых оболочек сопровождается развитием менингококкового менингита. Иногда, менингококк попадает в кровь быстро и в огромных количествах. Возникает менингококковый сепсис или менингококкемия - самая, пожалуй, страшная из всех детских инфекционных болезней. Микроб выделяет токсины, под их воздействием происходит множественная закупорка мелких сосудов, нарушается свертываемость крови, на теле появляются множественные кровоизлияния. Иногда уже через несколько часов после начала болезни происходит кровоизлияние в надпочечники, резко падает артериальное давление и человек погибает.

Существует удивительная по своему драматизму закономерность в возникновении менингококкемии, которая состоит в следующем. Дело в том, что при проникновении микроба в кровь он начинает реагировать с определенными антителами, пытающимися менингококк уничтожить. Доказано, что существует перекрестная активность ряда антител, - т.е. если в большом количестве имеются антитела, например, к стрептококку, пневмококку, стафилококку - то эти антитела способны оказывать тормозящее воздействие на менингококк. Вот и получается, что дети болезненные, имеющие хронические очаги инфекций, перенесшие воспаление легких и множество других болячек, менингококкемией не болеют почти никогда. Страшность менингококкемии как раз и состоит в том, что в течение 10-12 часов может погибнуть абсолютно здоровый и никогда ранее не болевший ребенок!

Вся приведенная выше информация не имеет своей целью запугивание читателей. Менингиты лечатся. Но результаты (продолжительность и тяжесть болезни, вероятность осложнений) теснейшим образом связаны со временем, которое будет потеряно до начала адекватной терапии.

Очевидно, что вышеупомянутые "сроки начала адекватной терапии" зависят от того, когда люди-человеки обратятся за медицинской помощью. Отсюда настоятельная необходимость конкретных знаний, чтобы потом "не было мучительно больно"… Воспалению мозговых оболочек присущ целый ряд симптомов, но многие из них не являются специфичными, - т.е. их (симптомов) возникновение возможно и при других болезнях, значительно менее опасных. Чаще всего так оно и случается, но малейшее подозрение на развитие менингита не позволяет рисковать, требует немедленной госпитализации и тщательного врачебного наблюдения.

Рассмотрим теперь наиболее типичные ситуации, каждая из которых не позволяет исключить развития менингита.

Если на фоне любой инфекционной болезни - ОРЗ, ветрянки, кори, свинки, краснухи, "лихорадки" на губах и т.п. - возможно не в начале заболевания (даже чаще именно не в начале) появляется интенсивная головная боль, настолько сильная, что она волнует больше, чем все остальные симптомы, если головная боль сопровождается тошнотой и рвотой.

Во всех случаях, когда на фоне повышенной температуры тела имеются боли в спине и шее, усиливающиеся при движении головы.

Сонливость, спутанное сознание, тошнота, рвота.

Судороги любой интенсивности и любой продолжительности.

У детей первого года жизни - лихорадка + монотонный плач + выбухание родничка.

Любая (!!!) сыпь на фоне повышенной температуры.

Помимо вышеописанных симптомов совершенно определенным образом меняются некоторые рефлексы, и это обнаружить может только врач.

Еще раз повторяю: важно помнить и понимать, что такие нередкие симптомы как рвота, тошнота и головная боль в обязательном порядке требуют врачебного осмотра - береженного Бог бережет.

Любая сыпь на фоне повышенной температуры может оказаться менингококкемией. Вы (или Ваши умные соседи) можете пребывать в уверенности, что это краснуха, корь или "диатез". Но врач должен сыпь увидеть и чем быстрее, тем лучше. Если же элементы сыпи имеют вид кровоизлияний, если новые высыпания появляются быстро, если это сопровождается рвотой и высокой температурой - следует использовать любой шанс для того, чтобы больной немедленно оказался в больнице, желательно сразу в инфекционной. Помните, - при менингококкемии счет идет не на часы, а на минуты.

Следует отметить, что врач даже самой высочайшей квалификации может диагностировать менингит с абсолютной уверенностью только в одном случае, - когда симптомы раздражения мозговых оболочек сочетаются с типичной сыпью, которая описана выше. Во всех остальных случаях диагноз можно лишь заподозрить с разной степенью вероятности.

Единственным способом подтверждения или исключения менингита является спинномозговая (поясничная) пункция. Дело в том, что в головном и спинном мозге циркулирует особая спинномозговая жидкость - ликвор.

При любом воспалении мозга и (или) его оболочек в ликворе накапливаются воспалительные клетки, вид ликвора (в норме бесцветный и прозрачный) часто меняется - он становит мутным. Исследование ликвора позволяет не только установить диагноз менингита, но и ответить на вопрос о том, какой это менингит - бактериальный (гнойный) или вирусный, что имеет решающее значение в выборе варианта лечения.

К сожалению, на чисто обывательском уровне очень распространено мнение об огромных опасностях, которые таит в себе спинномозговая пункция. На самом деле эти страхи абсолютно не обоснованы - прокол спинномозгового канала проводится между поясничными позвонками на том уровне, где от спинного мозга уже не отходят никакие нервные стволы, поэтому никаких мифических параличей после этой манипуляции не бывает. С юридической точки зрения врач обязан провести спинномозговую пункцию при реальном подозрении на менингит. Следует отметить, что пункция имеет не только диагностическую, но и лечебную целесообразность. При любом менингите, как правило, имеет место повышение внутричерепного давления, следствием последнего и является сильнейшая головная боль. Взятие небольшого количества ликвора позволяет снизить давление и существенно облегчает состояние больного. Во время пункции в спинномозговой канал нередко вводят антибиотики. Так, например, при туберкулезном менингите единственный шанс спасти больного - частые (нередко ежедневные) пункции, во время которых в спинномозговой канал вводится особый вариант стрептомицина.

С учетом приведенной выше информации становится понятным, что лечение менингита зависит от вида возбудителя. Главное в терапии бактериальных менингитов - использование антибиотиков. Выбор конкретного лекарства зависит от чувствительности конкретной бактерии и от того, способен ли антибиотик проникать в спинномозговую жидкость. При своевременном использовании антибактериальных препаратов шансы на успех очень велики.

С вирусными менингитами ситуация принципиально иная - противовирусных препаратов практически нет, исключение - ацикловир, но используется он лишь при герпетической инфекции (напомню, что ветряная оспа - один из вариантов герпеса). К счастью вирусные менингиты имеют более благоприятное течение, в сравнении с бактериальными.

Но помощь больному не ограничивается лишь воздействием на возбудителя. Врач имеет возможность нормализовать внутричерепное давление, устранить токсикоз, улучшить работу нервных клеток и сосудов головного мозга, применить мощные противовоспалительные средства.

Своевременно начатое лечение менингита в течение двух-трех дней приводит к значительному улучшению состояния, а в дальнейшем почти всегда к полному излечению без каких-либо последствий. Еще раз подчеркиваю: своевременно начатое лечение…