

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УША, ГОРЛА, НОСА, ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

Под редакцией проф. А.Ю. Овчинникова

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по направлению подготовки 34.02.01 (060501) «Сестринское дело»

Регистрационный номер рецензии 323 от 17 июня 2015 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

ОСТРЫЙ РИНИТ, РИНОФАРИНГИТ

Острый ринит — воспаление слизистой оболочки полости носа, обычно вирусной этиологии, которое каждый человек в течение жизни переносит неоднократно. Синонимы в быту — «острый насморк» или «простуда», поскольку заболеванию часто предшествует общее переохлаждение.

ЭТИОЛОГИЯ

Основной возбудитель острого вирусного ринита — большая группа респираторных или пневмотропных вирусов: аденовирусы, риновирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, вирусы гриппа и парагриппа, коронавирусы и другие.

Основные бактериальные возбудители острого инфекционного ринита — *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Streptococcus pyogenes*. Разные серотипы этих микроорганизмов, последовательно сменяя друг друга, колонизируют носоглотку сразу после рождения, в результате даже у здоровых людей они существуют в носоглотке в единичных экземплярах.

ПАТОГЕНЕЗ

Инфекция передается воздушно-капельным путем. Продолжительность инкубационного периода —

2–5 сут (в среднем 2–3 сут). В это время вирус соединяется с молекулами адгезии, экспрессируемыми на поверхности эпителиальных клеток. Это способствует его проникновению внутрь клетки с репликацией вирусного генетического материала и образованием дочерних вирионов, которые распространяются по слизистой оболочке, разрушая эпителиальные клетки с образованием очагов деэпителизации и нарушая мукоцилиарный транспорт. Помимо этого вирусное инфицирование инициирует каскад защитных реакций — расширение кровеносных сосудов и повышение их проницаемости, клеточная инфильтрация, гиперпродукция секрета желез, выделение медиаторов и стимуляция чувствительных нервных окончаний. Каскад защитных реакций приводит к элиминации вируса и формированию защитного иммунного механизма, который не стоек и не предотвращает повторное вирусное инфицирование. При наличии преходящих или стойких дефектов иммунитета либо нарушения мукоцилиарного транспорта вирусное инфицирование становится лишь первой фазой заболевания, которая открывает путь бактериальной суперинфекции. Через образовавшиеся в результате воздействия вируса дефекты в эпителиальном покрове эти бактерии проникают в собственный слой слизистой оболочки, что ведет к усиленной миграции нейтрофилов, макрофагов и активации механизмов антибактериальной защиты.

Острый ринит развивается и при ряде инфекционных заболеваний: дифтерия, грипп, корь, гонорея, ВИЧ-инфекция.

В зависимости от вирулентности этиологического агента воспаление из полости носа распространяется сначала в носоглотку, далее в глотку и нижележащие отделы дыхательных путей. При первичном поражении глотки возможен обратный процесс. Такое распространение инфекции в большей степени характерно для детей, учитывая малые размеры полости носа и отсутствие полноценной иммунной защиты. В этом случае заболевание называют **ринофарингит** или **назофарингит**.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Типичная клиническая картина острого ринита состоит из трех последовательных стадий, которые у каждого больного выражены в разной степени либо полностью отсутствуют, если не наступает бактериальное инфицирование.

Первая стадия (рефлекторная или продромальная) развивается быстро вследствие переохлаждения организма и длится несколько часов. Сначала происходит спазм сосудов, далее их паралитическое расширение с переполнением кавернозных венозных сплетений

и отеком носовых раковин. Клинические симптомы этой стадии — сухость, жжение в полости носа, затруднение носового дыхания, частое чихание. Передняя риноскопия: слизистая оболочка носа гиперемирована, отделяемое из носа скудное, слизистое.

Вторая стадия (катаральная или серозная) длится 2–3 дня и развивается в результате дальнейшего течения воспаления и реакции иммунной системы с образованием медиаторов воспаления. Для этой стадии характерны усиление заложенности носа и выделений из носа, которые по-прежнему носят водянистый или слизистый характер, снижение обоняния, слезотечение, чувство заложенности ушей и гнусавый оттенок речи. Обильное отделяемое из носа раздражает кожу преддверия носа и верхней губы, особенно у детей. Слизистая оболочка носа в этой стадии гиперемирована и отечна, в просвете носовых ходов определяют обильную слизь.

Третья стадия наступает на 4–5-е сутки в связи с присоединением бактериальной инфекции, что приводит к смене слизистого экссудата слизисто-гнойным, содержащим продукты фагоцитарной активности. Появление таких выделений из носа не всегда свидетельствует о развитии гнойного синусита, для которого характерны тяжесть или боль в проекции околоносовых пазух, ухудшение общего состояния, повышение температуры тела. Помимо слизисто-гнойных выделений из носа больного беспокоит стекание носового секрета по задней стенке носоглотки с мучительным кашлем, особенно характерным для детей. Слизистая оболочка носа в этой стадии остается гиперемированной и отечной, но цвет ее постепенно нормализуется, просвет носовых ходов расширяется. Общее состояние улучшается, восстанавливаются носовое дыхание и обоняние. Весь цикл болезни продолжается 7–10 дней, но при неблагоприятных условиях (аллергия, снижение иммунитета, детский или пожилой возраст, работа в коллективах или резкие температурные колебания) затягивается и приводит к осложнениям — синусит, отит, трахеобронхит и др.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика острого ринита не сложная — анализ жалоб, анамнеза и клинической картины. Если внимательно проследить очередность появления симптомов, можно легко определить стадию ринита.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Основные вопросы дифференциальной диагностики острого ринита — определение вирусной и бактериальной фаз заболевания

с учетом клинических признаков ринита, вызванного возбудителями кори, скарлатины, дифтерии и других заболеваний.

Дифтерийный ринит вызывает *Corynebacterium diphtheriae* — обычно распространенный процесс с вовлечением не только полости носа, но и остальных отделов верхних дыхательных путей. Отличительные клинические признаки — наличие плотно прилегающих к слизистой оболочке распространенных желтоватых налетов, при отделении которых обнажается ее кровоточащая поверхность. Симптомы со стороны полости носа — нарушение носового дыхания, примесь крови при высмаркивании, общая интоксикация. Дифтерией болеют преимущественно люди, которым не проведена специфическая вакцинация. Поражение дыхательной системы — далеко не единственное клиническое проявление дифтерии, поскольку в процессе жизнедеятельности коринебактерии продуцируют биологически активные вещества: гиалуронидазу, нейраминидазу — некротизирующие и диффузионные факторы. Действие токсина на ткани приводит к поражениям нервной и сердечно-сосудистой систем — невриты и миокардиту. Такой больной нуждается в экстренной помощи и госпитализации. Для диагностики дифтерии помимо анамнеза и клинических признаков имеет значение микроскопия мазков из пораженной области с выявлением возбудителя.

Острый ринит при скарлатине вторичен при распространении воспаления, вызванного стрептококками из небных миндалин. Отличительные признаки ринита при скарлатине:

- тяжелая интоксикация, проявляющаяся высокой температурой тела, ознобами, повышенной потливостью и головной болью;
- увеличение подчелюстных, передних и задних шейных, околоушных лимфатических узлов, которые подвижны и болезненны при пальпации;
- появление на 3–4-й день заболевания мелкоочечной сыпи на теле за исключением носогубного треугольника, где кожа шелушится и остается обычного цвета;
- ярко-красный («малиновый») язык.

Острый ринит при кори часто встречаются у маленьких детей, заразившихся вирусом кори. Коревой насморк напоминает аллергический. Ребенок начинает чихать, появляются слезотечение и воспаление конъюнктивы глаз. Слизистая оболочка носа и конъюнктивы глаз гиперемирована и отечна. Общее состояние ребенка ухудшается, повышается температура тела, появляется головная боль и другие симптомы общей интоксикации.

Отличительный признак ринита при кори — появление мелкоочечной сыпи с белой окантовкой на внутренней поверхности щек, в полости носа, на губах.

Распространенное заболевание, при котором необходимо проводить дифференциальную диагностику с острым вирусным ринитом, — **аллергический ринит**, который носит хронический характер. При обострениях, особенно при сезонном аллергическом рините (поллинозе), он напоминает картину острого вирусного ринита.

При аллергическом рините больной обычно указывает на наличие в анамнезе аналогичных эпизодов весной или летом в период цветения определенных растений. Клинические симптомы помимо заложенности и обильных слизистых или чаще водянистых выделений — приступы многократного чихания, «щекотания» в носу, зуд в глазах и слезотечение. Эти симптомы характерны и для вирусного ринита, и дифференцировать эти заболевания помогает передняя риноскопия и дополнительные методы исследования. При передней риноскопии отмечают бледный или синюшный цвет слизистой оболочки и обильное водянистое отделяемое из полости носа. Подтверждающие тесты — повышение уровня общего иммуноглобулина Е в крови или аллерген-специфических иммуноглобулинов, числа эозинофилов в крови и слизи полости носа. Точную диагностику проводят совместно с аллергологом.

ОСТРЫЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ

Ринит в детском возрасте, особенно в начале жизни ребенка, протекает намного тяжелее, чем у взрослых. Очень часто воспаление переходит на смежные органы — среднее ухо, глотку или гортань. Этому способствуют анатомические и физиологические особенности полости носа ребенка:

- слабость и несовершенство местного иммунитета, проявляющиеся недостаточной выработкой иммуноглобулинов класса А в слизистой оболочке;
- узость носовых ходов, затрудняющая распространение вводимых лекарственных средств и недостаточное опорожнение от экссудата при высмаркивании;
- наличие аденоидных вегетаций или глоточной миндалины на куполе носоглотки, которые вызывают затруднение носового дыхания и связанные с этим нарушение дренирования полости носа и застой инфекции;
- широкие, короткие и горизонтально расположенные слуховые трубы, соединяющие носоглотку со средним ухом, что способствует распространению инфекции с развитием среднего отита.