

# *Риновирусная инфекция.*



ПРЕПОДАВАТЕЛЬ : *ДОЦЕНТ, К.М.Н. ЭМИРОВА ХАДИЖА МАРАТОВНА.*

*ВЫПОЛНИЛ*

*СТУДЕНТ 4 КУРСА*

*СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА*

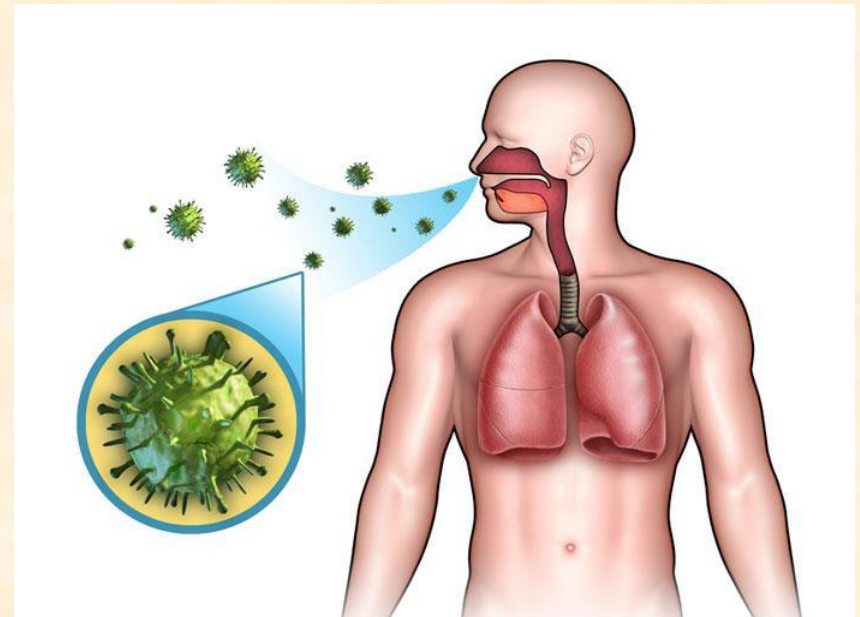
*25 ГРУППЫ: ХАМИЦОВ РУСТАМ АСЛАНБЕКОВИЧ.*

**Риновирусная инфекция** – острое инфекционное заболевание, вызванное вирусами, поражающими преимущественно слизистую носа, со слаботекущей интоксикацией



# Причины риновирусной инфекции

**Источник** – больной человек или вирусоноситель. **Путь передачи** – воздушно-капельный, контактный (непосредственное прикосновение) или контактно-бытовой (через предметы обихода). Вспышки развиваются в холодное и сырое время года (осень и весна), возникает чаще в небольших закрытых коллективах, таких как семья, детские сады. Восприимчивость высокая, заболевают все возрастные группы. Также высота восприимчивости будет зависеть от преморбидного фона, то есть наличия факторов риска, иммунного статуса контактирующего с больным, и от времени длительности контакта.



Инкубационный период 1-5 дней. Входными воротами для вируса является слизистая полости носа, и именно там формируется очаг воспаления, сопровождающийся катаральными проявлениями по истечению инкубационного срока и началом продромального периода: постепенное начало с подъёмом температуры до  $38^{\circ}\text{C}$ , познабливание, отёк слизистой носа, гиперсекреция и нарастающие симптомы интоксикации, с последующим слабым течением. Также, как и при других ОРВИ, с первых часов появляются катаральные явления: чихание, першение в горле и затруднение носового дыхания. Крылья носа гиперемизированы (красные) и кожа на них мацерирована (шелушится). Наблюдается инъектированность сосудов конъюнктивы и склер, т.е. начинают виднеться мелкие сосуды на белочной оболочке глаза, как после долгого сидения за монитором), сопровождающееся слезотечением. В подведении итогов: основной тканью-мишенью для риновирусов является слизистая носа, поэтому на первый план будет выходить гиперемия, отёчность слизистой с обильным отделяемым, гиперемия крыльев носа и шелушение кожи в преддверии носа; а из-за анатомической сообщаемости носослезного канала с нижней носовой раковиной, вирус быстро проникает в наружные структуры органов зрения, поэтому возникает ответная реакция со стороны склер и конъюнктивы.



## **Диагностика риновирусной инфекции**

1. Объективно и в результате опроса – выраженный ринит, с умеренной интоксикацией (т.е умеренное недомогание, невысокая температура).
2. Вирусологический метод с взятием материала из смывов носа, собранных в 1 день или не позднее 5 – в этих биологических материалах обнаруживают возбудителя.
3. Серологические методы – реакция нейтрализации (РН) – обнаружение качественного и количественного определения возбудителя и противодействующих факторов (антител, антитоксинов)

# Лечение риновирусной инфекции

1. Этиотропная терапия (направленная против возбудителя): арбидол, Рибавирин, Изопринозин.

2. Интерфероны – иммуномодуляторы, имеющие универсальные вироцидные свойства, т.к они подавляют размножение вирусов, а также стимулируют иммунологические реакции организма.

3. Симптоматическое лечение: жаропонижающие (Ибупрофен, Нурофен), противокашлевые назначаются с учётом характера кашля и его локализацией (при ларингите в момент парагриппа - Синекод, Стоптусин, Тусупрекс, если же процесс спустился ниже и кашель приобрел иной характер, тогда назначают отхаркивающие, муколитики), противовоспалительные – Эреспал, от насморка проводят промывания – АкваМарисом или слабым солевым раствором, для снятия отёчности – Пиносол или Ксилен.



## **Осложнения:**

Осложнения встречаются редко и связаны с обострением хронической или присоединением вторичной бактериальной флоры с дальнейшим развитием гайморита, фронтита, отита, ангины. У детей младшего возраста высок риск распространения на слизистую оболочку трахеи и бронхов, с развитием трахеобронхита, чаще чем у взрослых наблюдается смешанная вирусно-бактериальная инфекция, интоксикационный синдром носит более тяжёлый характер.



*Спасибо за внимание!*