

РИНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Риновирусная инфекция - острое респираторное заболевание, проявляющееся выраженным поражением слизистой оболочки носа и слабыми симптомами интоксикации.

Исторические сведения. Впервые вирусная природа болезни была установлена в 1914 г. В. Крузе при интраназальном заражении добровольцев фильтратами носовой слизи больных так называемыми простудными заболеваниями. В 1960 г. Д. А. Тиррелл в лаборатории К. Эндрюса выделил группу вирусов, получивших наименование риновирусов.

Этиология. Возбудители инфекции относятся к роду Rhinovirus, семейству Picornaviridae, имеют размеры 25-30 нм. Их основу составляет РНК. Известны две группы риновирусов - Н и М. Риновирусы не имеют группового антигена. Каждый из 113 выделенных серотипов обладает своим вируснейтрализующим и комплементсвязывающим антигеном. Риновирусы хорошо переносят низкие температуры, но быстро инактивируются при нагревании, высыхании и при воздействии дезинфицирующих средств.

Эпидемиология. Источник инфекции - больной человек, у которого вирус содержится в носовом секрете в конце инкубационного и в острый период. Путь передачи - воздушно-капельный. Восприимчивость высокая, заболевают все возрастные группы. Повторные случаи обусловлены различными серотипами вируса.

Риновирусная инфекция встречается в странах с холодным и умеренным климатом, преимущественно в осенне-весеннее время года, в виде спорадических заболеваний и небольших вспышек в семьях и замкнутых коллективах.

Патогенез и патологическая анатомия. Попадая в верхние дыхательные пути, возбудитель размножается в эпителиоцитах слизистой оболочки носа, вызывая местную воспалительную реакцию с резким набуханием, отеком тканей и обильной секрецией. Гистологически определяется катаральное воспаление с полнокровием и расширением сосудов, десквамацией эпителия, умеренной инфильтрацией лимфоцитами и моноцитами. У детей воспалительный процесс может наблюдаться в гортани, трахее, бронхах.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается 1-6 дней (в среднем 2-3 дня). Болезнь начинается внезапно, иногда после познабливания. Развиваются недомогание, тяжесть в голове, заложенность носа, ощущение сухости, саднение в носоглотке. Вскоре появляются обильные серозные, а затем слизистые выделения из носа, чиханье, реже сухой кашель. Температура нормальная или субфебрильная. Общее состояние мало нарушено.

Объективно определяются гиперемия и набухание слизистой оболочки носа, обильная ринорея. У носовых отверстий кожа мацерирована. Иногда наблюдается инъекция сосудов конъюнктив и склер, слезотечение. Позже развивается herpes labialis et nasalis.

В гемограмме нормальное количество лейкоцитов или небольшой лейкоцитоз, СОЭ не повышена. Заболевание длится в среднем 6-7 дней. Осложнения встречаются редко и связаны с обострением хронической или присоединением вторичной бактериальной инфекции (гайморит, фронтит, этмоидит, отит, ангина, реже пневмония). У детей младшего возраста болезнь протекает тяжелее с выраженной интоксикацией, более частыми осложнениями.

Прогноз благоприятный.

Диагностика. Клинический диагноз устанавливается при наличии выраженного ринита и умеренной интоксикации. Материалом для вирусологических исследований служат смывы из носа, собранные в течение первого и не позднее 5-го дня болезни. Из серологических методов применяется реакция нейтрализации.

Лечение в основном симптоматическое.

Профилактика. Изоляция больного в домашних условиях. Контактным назначают интраназально оксолиновую мазь.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).