

**СЕСТРИНСКИЙ УХОД
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ
ПАЗУХ НОСА, ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛОТКИ.**

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЕ РИНИТЫ

- ОСТРЫЙ РИНИТ - ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА, ОБЫЧНО ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ, КОТОРОЕ КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ ПЕРЕНОСИТ НЕОДНОКРАТНО.

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). ПРОНИКАЕТ ВНУТРЬ КЛЕТКИ С РЕПЛИКАЦИЕЙ ВИРУСНОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И ОБРАЗОВАНИЕМ ДОЧЕРНИХ ВИРИОНОВ, КОТОРЫЕ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ ПО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ, РАЗРУШАЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ С ОБРАЗОВАНИЕМ ОЧАГОВ ДЭПИТЕЛИЗАЦИИ И НАРУШАЯ МУКОЦИЛИАРНЫЙ ТРАНСПОРТ.
- ПРОИСХОДИТ КАСКАД ЗАЩИТНЫХ РЕАКЦИЙ - РАСШИРЕНИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ И ПОВЫШЕНИЕ ИХ ПРОНИЦАЕМОСТИ, КЛЕТОЧНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ, ГИПЕРПРОДУКЦИЯ СЕКРЕТА ЖЕЛЕЗ, ВЫДЕЛЕНИЕ МЕДИАТОРОВ И СТИМУЛЯЦИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ.
- ДАЛЕЕ ПРОИСХОДИТ ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА И ФОРМИРОВАНИЕ ЗАЩИТНОГО ИММУННОГО МЕХАНИЗМА, КОТОРЫЙ НЕ СТОЕК И НЕ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПОВТОРНОЕ ВИРУСНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ.
- 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

ТРИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ СТАДИИ (РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ)

- ПЕРВАЯ СТАДИЯ (РЕФЛЕКТОРНАЯ ИЛИ ПРОДРОМАЛЬНАЯ) РАЗВИВАЕТСЯ БЫСТРО ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ОРГАНИЗМА И ДЛИТСЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ. 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. ХАРАКТЕРНЫ - УСИЛЕНИЕ ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА И ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ НОСА (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

- 4-5-Е СУТКИ В СВЯЗИ С ПРИСОЕДИНЕНИЕМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ, ЧТО ПРИВОДИТ К СМЕНЕ СЛИЗИСТОГО ЭКССУДАТА СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫМ, СОДЕРЖАЩИМ ПРОДУКТЫ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ. ТАКЖЕ 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

- ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФАЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РИНИТА, ВЫЗВАННОГО ВОЗБУДИТЕЛЯМИ КОРИ, СКАРЛАТИНЫ, ДИФТЕРИИ И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
- ДИФТЕРИЙНЫЙ РИНИТ ВЫЗЫВАЕТ *CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE* - 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. 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 НЁБНЫХ 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 МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПИ НА ТЕЛЕ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА, ГДЕ КОЖА ШЕЛУШИТСЯ И ОСТАЕТСЯ ОБЫЧНОГО ЦВЕТА;
 - — ЯРКО-КРАСНЫЙ («МАЛИНОВЫЙ») ЯЗЫК.

- ОСТРЫЙ РИНИТ ПРИ КОРИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТ 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 МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПИ С БЕЛОЙ ОКАНТОВКОЙ НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЩЕК, В ПОЛОСТИ НОСА, НА ГУБАХ.

- 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, ЗУДА 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 E В КРОВИ ИЛИ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, ЧИСЛА ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ И СЛИЗИ ПОЛОСТИ НОСА. ТОЧНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРОВОДЯТ СОВМЕСТНО С АЛЛЕРГОЛОГОМ.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РИНИТОМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПЕРВИЧНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА, ВЫПОЛНЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ИТОГОВУЮ ОЦЕНКУ СЕСТРИНСКОГО УХОДА.

•МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ДОЛЖНА УМЕТЬ:

- ПОДГОТОВИТЬ КАБИНЕТ К РАБОТЕ;
- ПОДГОТОВИТЬ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА И ПАЗУХ;
- ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЛОБНЫМ ОСВЕТИТЕЛЕМ;
- ВЫПОЛНЯТЬ ПЕРЕДНЮЮ РИНОСКОПИЮ;
- ВЗЯТЬ МАТЕРИАЛ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ;
- НАМАТЫВАТЬ ВАТУ НА ЗОНД С НАВИВКОЙ;
- ИЗГОТАВЛИВАТЬ ТУРУНДЫ ДЛЯ НОСА;
- ПОДГОТОВИТЬ БОЛЬНОГО К ТУАЛЕТУ ПОЛОСТИ НОСА С ПОМОЩЬЮ ВАКУУМ-ОТСОСА;
- ВВОДИТЬ СОСУДОСУЖИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ В ВИДЕ АЭРОЗОЛЯ ИЛИ КАПЕЛЬ.

- ПРОФИЛАКТИКА

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО РИНИТА - КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ:

- ИСКЛЮЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ;
 - СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ;
 - ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ (КАРИЕС ЗУБОВ, ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ И СИНУСИТ).
- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:
 - ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ, РЕГУЛЯРНЫЕ ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ;
 - ПОЛНОЦЕННОЕ ПИТАНИЕ И ПРАВИЛЬНЫЙ ЕГО РЕЖИМ; ПИТЬЕ ВИТАМИНИЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ В ПЕРИОД УВЕЛИЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ОРВИ);
 - ВЛАЖНАЯ ПЕРИОДИЧЕСКАЯ УБОРКА И ПРОВЕТРИВАНИЕ ЖИЛЫХ, ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ И УЧЕБНЫХ ПОМЕЩЕНИЙ;
 - СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ К ВРАЧУ ПРИ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОСОБЕННО У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ;
 - ИСКЛЮЧЕНИЕ РЕЗКОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ИЗ ТЕПЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ В ХОЛОДНОЕ, ПРЕБЫВАНИЯ НА СКВОЗНЯКЕ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ДЛЯ ПИТЬЯ ОЧЕНЬ ХОЛОДНОЙ ВОДЫ;
 - РЕГУЛЯРНЫЕ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ - МЫТЬЕ РУК С МЫЛОМ ПОСЛЕ ТУАЛЕТА И ПЕРЕД ЕДОЙ;
 - ПРОГУЛКИ НА СВЕЖЕМ ВОЗДУХЕ, КЛИМАТОТЕРАПИЯ (ОТДЫХ В ГОРАХ, НА МОРЕ).

- ОСТРЫЙ ФАРИНГИТ - ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ, КОТОРОЕ, КАК ПРАВИЛО, РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ВСЕ ОТДЕЛЫ ГЛОТКИ (НОСОГЛОТКУ, РОТОГЛОТКУ И ГОРТАНОГЛОТКУ) И СОСЕДНИЕ ОТДЕЛЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

- ЭТИОЛОГИЯ

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТ ВИРУСНЫЙ ФАРИНГИТ, КОТОРЫЙ ВЫЗЫВАЕТСЯ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСАМИ - АДЕНОВИРУСОМ, РИНОВИРУСОМ, ВИРУСОМ ПАРАГРИППА, КОРОНАВИРУСАМИ, ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР, ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ. СОПУТСТВУЕТ ЛЮБОЙ ОРВИ. БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФАЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЫЧНО НАСТУПАЕТ СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ ПОСЛЕ НАЧАЛА ОРВИ И ОБУСЛОВЛЕНА АКТИВИЗАЦИЕЙ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ. РЕЖЕ ФАРИНГИТ ИЗНАЧАЛЬНО ВЫЗЫВАЕТСЯ БАКТЕРИЯМИ - РАЗЛИЧНАЯ СТРЕПТОКОККОВАЯ И СТАФИЛОКОККОВАЯ ФЛОРА, РЕЖЕ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПАЛОЧКИ И АТИПИЧНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ (МИКОПЛАЗМЫ И ХЛАМИДИИ).

ПАТОГЕНЕЗ

- ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЙ ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД (2-5 СУТ), АДГЕЗИЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК, ПРОНИКНОВЕНИЕ ВНУТРЬ С РЕПЛИКАЦИЕЙ И ОБРАЗОВАНИЕМ ДОЧЕРНИХ ВИРИОНОВ, КОТОРЫЕ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ ПО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
- В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗРУШАЮТСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ С ОБРАЗОВАНИЕМ ОЧАГОВ ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИИ И НАРУШЕНИЕМ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- СИМПТОМЫ ФАРИНГИТА - БОЛЬ И ПЕРШЕНИЕ В ГОРЛЕ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.
- ПРИ ФАРИНГОСКОПИИ ОТМЕЧАЮТ ГИПЕРЕМИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ, ЕЕ ОТЕЧНОСТЬ (РИС. 2.1). ВОСПАЛЕНИЕ ПЕРЕХОДИТ НА НЁБНЫЕ МИНДАЛИНЫ. ОДНАКО ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЁБНЫХ МИНДАЛИН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАРИНГИТОМ. СИМПТОМЫ ОСТРОГО ФАРИНГИТА ПРИ ОРВИ И ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ, КАК ПРАВИЛО, ДОПОЛНЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ ОСНОВНОЙ БОЛЕЗНИ: ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, РИНИТ, БРОНХИТ, КАШЕЛЬ, ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, БОЛИ В МЫШЦАХ, СЫПЬ И ПР.



ЛЕЧЕНИЕ

- ЛЕЧЕНИЕ ФАРИНГИТА ЗАВИСИТ ОТ ЕГО ЭТИОЛОГИИ. В ЛЮБОМ СЛУЧАЕ ИЗ РАЦИОНА ИСКЛЮЧАЮТ РАЗДРАЖАЮЩУЮ ГОРЯЧУЮ, ХОЛОДНУЮ, КИСЛУЮ, ОСТРУЮ И СОЛЕНУЮ ПИЩУ. РЕКОМЕНДУЮТ ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ - 1,5-2 Л В СУТКИ. ВОЗДЕЙСТВИЕ РАЗДРАЖАЮЩИХ ФАКТОРОВ, НАПРИМЕР ТАБАЧНОГО ДЫМА, ИСКЛЮЧАЮТ. ОСНОВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВИРУСНОЙ ПРИРОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - ПОЛОСКАНИЕ ГОРЛА АНТИСЕПТИЧЕСКИМИ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РАСТВОРАМИ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЭРОЗОЛЕЙ, ИНГАЛЯЦИИ, ЛЕКАРСТВА В ФОРМЕ ПАСТИЛОК, ТАБЛЕТОК, ЛЕДЕНЦОВ ДЛЯ РАССАСЫВАНИЯ. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ ПРОВОДЯТ МЕСТНУЮ ИЛИ СИСТЕМНУЮ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЮ.

- СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ФАРИНГИТОМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПЕРВИЧНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА, ВЫПОЛНЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ИТОГОВУЮ ОЦЕНКУ СЕСТРИНСКОГО УХОДА.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ДОЛЖНА УМЕТЬ:

- ПОДГОТОВИТЬ КАБИНЕТ К РАБОТЕ;
- ПОДГОТОВИТЬ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОТКИ;
- ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЛОБНЫМ ОСВЕТИТЕЛЕМ;
- ВЫПОЛНЯТЬ ФАРИНГОСКОПИЮ;
- ВЗЯТЬ МАТЕРИАЛ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ;
- НАМАТЫВАТЬ ВАТУ НА ЗОНД С НАВИВКОЙ;
- ВЫПОЛНИТЬ АППЛИКАЦИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ГЛОТКИ ИЛИ ИНСТИЛЛЯЦИЮ АЭРОЗОЛЯ.

ПРОФИЛАКТИКА

- ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ФАРИНГИТА СВЯЗАНА С ПРОФИЛАКТИКОЙ ОРВИ В ЦЕЛОМ. НЕОБХОДИМО ВЫРАБОТАТЬ УСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К РЕСПИРАТОРНЫМ ВИРУСАМ И БАКТЕРИЯМ.
- ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ФАРИНГИТА, КАК И РИНИТА, ИСПОЛЬЗУЮТ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ИСКЛЮЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ, СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ (КАРИЕС ЗУБОВ, ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ И СИНУСИТ)

АНГИНА

- АНГИНА - ОБЩЕЕ ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ МЕСТНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПОРАЖАЕТ ЛИМФАДЕНОИДНУЮ ТКАНЬ МИНДАЛИН ГЛОТКИ, ОДНАКО ЧАЩЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЗАТРАГИВАЕТ НЁБНЫЕ МИНДАЛИНЫ.

- ЭТИОЛОГИЯ

- ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АГЕНТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ - РАЗНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ: ВИРУСЫ, БАКТЕРИИ, ГРИБЫ И ДРУГИЕ. ОДНАКО КЛАССИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ТОНЗИЛЛОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ И РАЗВИТИЕМ СОПРЯЖЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЕТСЯ В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А (БГСА). ЕГО ОБНАРУЖИВАЮТ У 50-80% БОЛЬНЫХ АНГИНОЙ. НЁБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ И ПРИ ОРВИ, КОГДА ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ АГЕНТ - БАНАЛЬНЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСЫ.

ПАТОГЕНЕЗ

- ЭКЗОГЕННЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ПРОНИКАЮТ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ МИНДАЛИН ОБЫЧНО ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ, НАПРИМЕР ПРИ ВИРУСНОМ ТОНЗИЛЛИТЕ. ВИРУСНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ «ПРОКЛАДЫВАЕТ» ПУТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ, РАЗРУШАЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ ПОКРОВ И УВЕЛИЧИВАЯ АДГЕЗИЮ БАКТЕРИЙ К КЛЕТКАМ ЭПИТЕЛИЯ. ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВОЗМОЖЕН ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ, АЛИМЕНТАРНЫЙ, КОНТАКТНЫЙ ПУТЬ ИЛИ АКТИВИЗАЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ФЛОРЫ.
- ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ - СНИЖЕНИЕ ИММУНИТЕТА, РЕЗКИЕ СЕЗОННЫЕ КОЛЕБАНИЯ УСЛОВИЙ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ (ТЕМПЕРАТУРА, ВЛАЖНОСТЬ, ПИТАНИЕ, ОГРАНИЧЕННОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ В ОРГАНИЗМ ВИТАМИНОВ И ДР.), ТРАВМА МИНДАЛИН, НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К АНГИНАМ, ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЛОСТИ РТА, НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ.
- АНГИНА СПОСОБСТВУЕТ РЕВМАТИЗМУ, ОСТРОМУ ДИФФУЗНОМУ НЕФРИТУ И ДРУГИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И АССОЦИИРОВАННЫМ С АНТИГЕНОМ БГСА.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- УЧИТЫВАЯ РАЗНООБРАЗИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА АНГИН, СУЩЕСТВУЕТ УДОБНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АНГИН ПО Б.С. ПРЕОБРАЖЕНСКОМУ, СОГЛАСНО КОТОРОЙ АНГИНЫ РАЗДЕЛЯЮТ НА:
 - — ПЕРВИЧНЫЕ АНГИНЫ (ПРОСТЫЕ, БАНАЛЬНЫЕ) - КАТАРАЛЬНАЯ, ЛАКУНАРНАЯ, ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ, ФЛЕГМОНОЗНАЯ;
 - — ВТОРИЧНЫЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ) АНГИНЫ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (КОРЬ, СКАРЛАТИНА, ДИФТЕРИЯ, ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ) И ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ (ЛЕЙКОЗ, АГРАНУЛОЦИТОЗ И ДР.);
 - — СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНГИНЫ - АНГИНА СИМАНОВСКОГО-ПЛАУТА-ВЕНСАНА, ГРИБКОВАЯ АНГИНА.

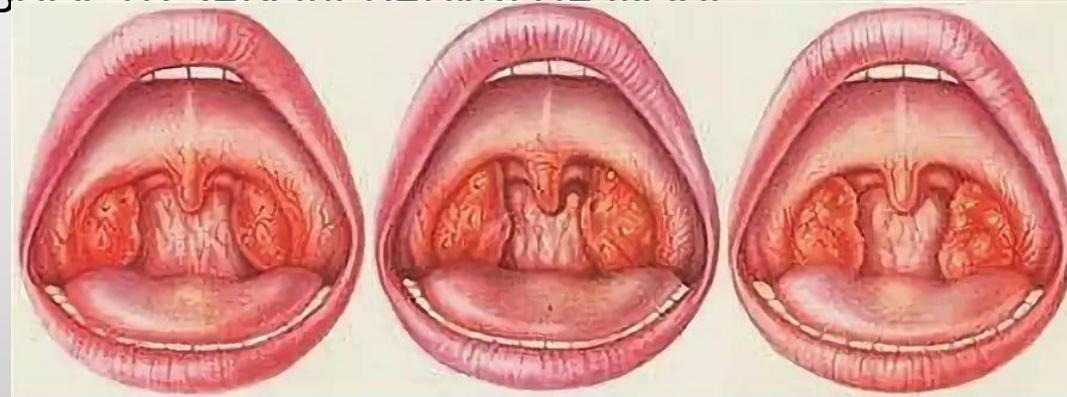
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ПРИ КАТАРАЛЬНОЙ ФОРМЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ ВЫРАЖЕНЫ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО. ФАРИНГОСКОПИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ РАЗЛИТУЮ ГИПЕРЕМИЮ МИНДАЛИН И КРАЕВ НЁБНЫХ ДУЖЕК, МИНДАЛИНЫ НЕСКОЛЬКО ОТЕЧНЫ (РИС. 3.1).
- ЯЗЫК СУХОЙ, ОБЛОЖЕН. ЧАСТО ОПРЕДЕЛЯЮТ НЕБОЛЬШОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. ОБЫЧНО БОЛЕЗНЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ 3-5 ДНЕЙ. РЕДКО КАТАРАЛЬНАЯ А ПРОТЕКАЕТ ТЯЖЕЛЕЕ.



ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ БОЛЕЕ ГЛУБОКИХ ОТДЕЛОВ МИНДАЛИН - ЛАКУНЫ. НАЛЕТЫ В НИХ - СЛЕДСТВИЕ НЕКРОЗА ЭПИТЕЛИЯ - ЛЕГКО СНИМАЮТСЯ ШПАТЕЛЕМ БЕЗ ОБНАЖЕНИЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ИХ ПОВЕРХНОСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ДИФТЕРИЙНЫХ НАЛЕТОВ. ПРИ ЭТОЙ ФОРМЕ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ - ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, ОБЩАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, СИЛЬНАЯ БОЛЬ ПРИ ГЛОТАНИИ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ - УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЛЕЙКОЦИТОВ И СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ - 5-7 ДНЕЙ.



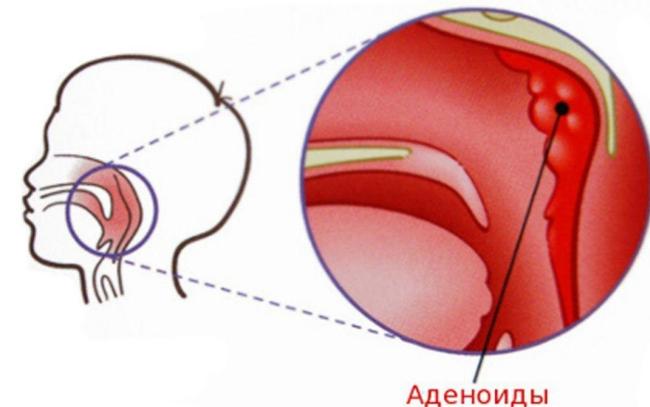
Катаральная

Лакунарная

Фоликулярная

- Фолликулярная ангина характеризуется преимущественным поражением паренхимы миндалин, их фолликулярного аппарата - наиболее тяжелая форма первичной ангины, при которой степень выраженности симптомов максимальная. При фарингоскопии видны отечные и гиперемизированные небные миндалины, сквозь эпителиальный покров которых просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку. Резко выражен регионарный лимфаденит. Нередко у больного обнаруживают одновременно признаки лакунарной и фолликулярной ангины. Длительность заболевания на фоне лечения - 5-7 дней.

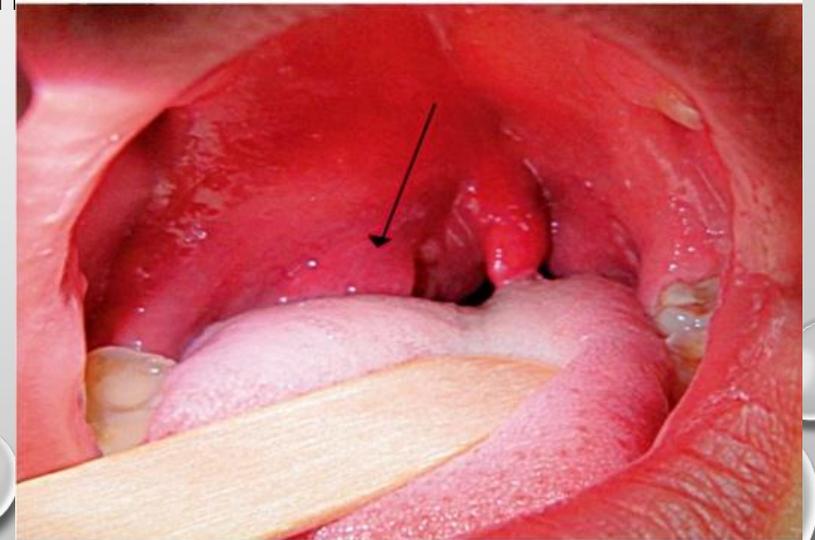
- ПОМИМО НЁБНЫХ МИНДАЛИН В ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВОВЛЕКАЮТСЯ И ДРУГИЕ СКОПЛЕНИЯ ЛИМФАДЕНОИДНОЙ ТКАНИ, В ЧАСТНОСТИ, ГЛОТОЧНАЯ МИНДАЛИНА, РАСПОЛОЖЕННАЯ В НОСОГЛОТКЕ. ЕЕ ВОСПАЛЕНИЕ - АДЕНОИДИТ - НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНО В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ПОСКОЛЬКУ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РОЛЬ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ, ЕЕ РАЗМЕРОВ ВЫСОКА. АДЕНОИДИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЯМИ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ГЛОТКИ (НОСОГЛОТКЕ), ЗАТРУДНЕННЫМ НОСОВЫМ ДЫХАНИЕМ, СТЕКАНИЕМ СЛИЗИСТО-ГНОЙНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ПО ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ГЛОТКИ, «ГНУСАВОСТЬЮ», ХРАПОМ, ЧАСТЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВОСПАЛЕНИЯ НА ТРУБНЫЕ МИНДАЛИНЫ И СЛУХОВОЙ УСТРОЙСТВО ОБУХОМЫХ ТРУБ.



- АНГИНА ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЬЮ ПРИ ГЛОТАНИИ И ПРИ ВЫСОВЫВАНИИ ЯЗЫКА. ВОСПАЛЕНИЕ, РАСПРОСТРАНЯЯСЬ НА СОЕДИНИТЕЛЬНУЮ И МЕЖМЫШЕЧНУЮ ТКАНИ, МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМУ ГНОЙНОМУ ВОСПАЛЕНИЮ ЯЗЫКА.

ОСЛОЖНЕНИЯ БАНАЛЬНЫХ АНГИН

- МЕСТНЫЕ И СИСТЕМНЫЕ.
- МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ - ПАРАТОНЗИЛЛИТ И ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС. РАЗВИТИЕ ЭТИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И РАСПРОСТРАНЕНИИ ВОСПАЛЕНИЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ МИНДАЛИН. ПАРАТОНЗИЛЛИТ - РАННЯЯ СТАДИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА - ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОСТОРОННИМИ БОЛЯМИ В РОТОГЛОТКЕ, РЕЗКО УСИЛИВАЮЩИМИСЯ ПРИ ГЛОТАНИИ, ПОВЫШЕННОЙ САЛИВАЦИЕЙ. ПРИ ОСМОТРЕ ВИДНЫ ОТЕЧНЫЕ И ГИПЕРЕМИРОВАННЫЕ НЁБНЫЕ ДУЖКИ С ОДНОЙ СТОРОНЫ, ОДНАКО МЯГКОЕ НЁБО, КАК ПРАВИЛО, ОСТАЕТСЯ СИММЕТРИЧНЫМ И ОТСУТСТВУЕТ ТРИЗМ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ДВА ПОСЛЕДНИХ СИМПТОМА В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА.



- СИСТЕМНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БАНАЛЬНЫХ АНГИН - МЕТАТОНЗИЛЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: РЕВМАТИЗМ, ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ МИОКАРДИТ, РЕВМАТОИДНЫЙ ПОЛИАРТРИТ, ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ.

- МИОКАРДИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ АНГИНЕ В ПЕРВЫЕ ДНИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ, ПРИ ПОВТОРНОЙ АНГИНЕ - С ПЕРВЫХ ДНЕЙ БОЛЕЗНИ. ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ РЕДКО ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ЧАСТЫЙ ЕДИНСТВЕННЫЙ ПРИЗНАК МИОКАРДИТА - СТОЙКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ ОБ ОЧАГОВОМ ПОРАЖЕНИИ МЫШЦЫ СЕРДЦА, И УМЕРЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ 1-2-Й ФРАКЦИЙ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ.

- ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ НА 5-6-Е СУТКИ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА (8-10-Е СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ), ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ ВРЕМЕНИ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОИММУННЫХ (ПРОТИВ ТКАНЕЙ ПОЧЕК) И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ПРОТЕКАЕТ БЕЗ ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ. ЕДИНСТВЕННОЕ ЕГО ПРОЯВЛЕНИЕ - СТОЙКИЙ МОЧЕВОЙ СИНДРОМ В ВИДЕ УМЕРЕННОЙ ПРОТЕИНУРИИ (0,033-0,099 Г/Л), ЛЕЙКОЦИТУРИИ (10-50 КЛЕТОК В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ В ПРЕПАРАТЕ ОСАДКА МОЧИ), ЭРИТРОЦИТУРИИ (3-20 КЛЕТОК В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ) И ЦИЛИНДРУРИИ.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНГИНЫ

АНГИНА СИМАНОВСКОГО-ПЛАУТА-ВЕНСАНА ВЫЗЫВАЕТСЯ СИМБИОЗОМ ВЕРЕТЕНООБРАЗНОЙ ПАЛОЧКИ (*BACILLUS FUSIFORMIS*) И СПИРОХЕТЫ ПОЛОСТИ РТА (*SPIROCHAETA BUCCALIS*), КАК ПРАВИЛО, У ОСЛАБЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ИЛИ ПРИ НАЛИЧИИ ОЧАГОВ НЕКРОЗА В ПОЛОСТИ РТА (КАРИЕС ЗУБОВ). ПРИ ЭТОМ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НЕ ИЗМЕНЯЕТСЯ. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ - НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА, УВЕЛИЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ, ПОСКОЛЬКУ ВОСПАЛЕНИЕ ОБЫЧНО ОДНОСТОРОННЕЕ.

- ГРИБКОВУЮ АНГИНУ (ФАРИНГОМИКОЗ) ВСТРЕЧАЮТ В ОСНОВНОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ОНА ВЫЗЫВАЕТСЯ ДРОЖЖЕПОДОБНЫМИ ГРИБАМИ РОДА *CANDIDA ALBICANS* - 95%
- ОБЩИЕ СИМПТОМЫ НЕ ВЫРАЖЕНЫ ИЛИ СЛАБО ВЫРАЖЕНЫ. ПРИ ФАРИНГОСКОПИИ ВЫЯВЛЯЮТ ТОЧЕЧНЫЕ БЕЛЫЕ ИЛИ ЖЕЛТОВАТЫЕ НАЛЕТЫ НА МИНДАЛИНАХ, ЛЕГКО СНИМАЮЩИЕСЯ ШПАТЕЛЕМ, ИНОГДА РАСПРОСТРАНЯЮЩИЕСЯ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЩЕК И ЯЗЫКА.

ДИАГНОСТИКА

- АНГИНУ ДИАГНОСТИРУЮТ ПО КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ДАННЫМ. ОДНАКО ПРИ НАЛИЧИИ НАЛЕТОВ НА МИНДАЛИНАХ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫПОЛНЕНИЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БГСА. ОТ ЭТОГО ЗАВИСИТ ВЫБОР АНТИБИОТИКА, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ, НЕОБХОДИМОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ. ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРИ НАЛЕТАХ НА МИНДАЛИНАХ БЕРУТ МАТЕРИАЛ ИЗ ГЛОТКИ И НОСА ДЛЯ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ.

- ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ПО ИЗМЕНЕНИЯМ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИЛИ ВИРУСНУЮ ФАЗУ БОЛЕЗНИ.
- В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ПРИ АКТИВИЗАЦИИ СОПРЯЖЕННЫХ С ТОНЗИЛЛИТОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫЯВЛЯЮТ РАЗЛИЧНУЮ СТЕПЕНЬ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА.
- БАК – ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ, РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР И АНТИСТРЕПТОЛИЗИН О.
- НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЮТ РАЗЛИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ТОНЗИЛЛОКАРДИАЛЬНЫМ РЕФЛЕКСОМ.
- ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА В РАМКАХ ТОНЗИЛЛОГЕННОГО ЭНДОКАРДИТА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПРИ ЭХО-КАРДИОГРАФИИ (УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРДИОГРАФИИ)

ЛЕЧЕНИЕ

- АНГИНА - ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМА СТРОГАЯ ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО ЛИБО В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ, ЛИБО НА ДОМУ. ДОМА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВЫДЕЛИТЬ ОТДЕЛЬНОЕ ПОМЕЩЕНИЕ, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ РЕГУЛЯРНО ПРОВЕТРИВАТЬ И ПРОВОДИТЬ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ, И ОТДЕЛЬНУЮ ПОСУДУ. БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН СОБЛЮДАТЬ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ОБЩЕНИЯ С НИМ СЛЕДУЕТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ МЕДИЦИНСКИМИ МАСКАМИ.
- УЧИТЫВАЯ ВЫРАЖЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ, ПОКАЗАНО ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ, ЖИДКАЯ КАЛОРИЙНАЯ, ВИТАМИНИЗИРОВАННАЯ ПИЩА.
- ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЮТ ПОЛОСКАНИЯ ГОРЛА АНТИСЕПТИКАМИ 5-6 РАЗ В СУТКИ. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ ЭКСПОЗИЦИИ ЛЕКАРСТВА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ В ВИДЕ ТАБЛЕТОК ИЛИ ЛЕДЕНЦОВ ДЛЯ РАССАСЫВАНИЯ.

- СИСТЕМНОЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИМЕНЯЮТ ОБЫЧНО ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ АНГИН: ЛАКУНАРНОЙ, ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ. ПРЕПАРАТ ВЫБИРАЮТ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ ОН ДЕЙСТВОВАЛ НА ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ И ОСОБЕННО НА БГСА. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА БГСА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ - НЕ МЕНЕЕ 10 ДНЕЙ (В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ 5-7 ДНЕЙ)
- ПО ПОКАЗАНИЯМ ИСПОЛЬЗУЮТ ЖАРОПОНИЖАЮЩИЕ И АНТИГИСТАМИННЫЕ СРЕДСТВА.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

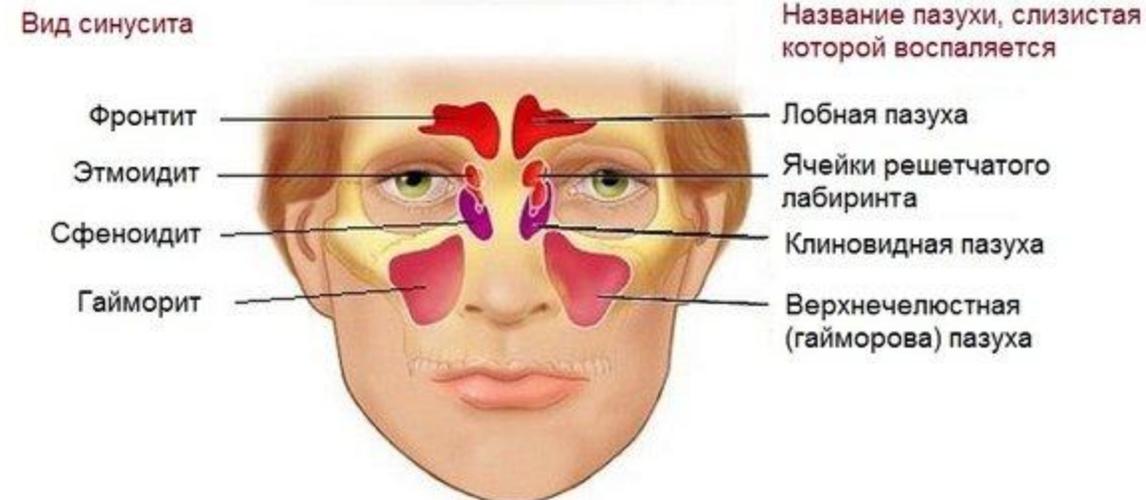
- СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС У БОЛЬНЫХ АНГИНОЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПЕРВИЧНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА, ВЫПОЛНЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ИТОГОВУЮ ОЦЕНКУ СЕСТРИНСКОГО УХОДА.
- МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ДОЛЖНА УМЕТЬ:
 - — ПОДГОТОВИТЬ КАБИНЕТ К РАБОТЕ;
 - — ПОДГОТОВИТЬ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОТКИ;
 - — ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЛОБНЫМ ОСВЕТИТЕЛЕМ;
 - — ВЫПОЛНЯТЬ ФАРИНГОСКОПИЮ;
 - — ВЗЯТЬ МАТЕРИАЛ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ И МИНДАЛИН ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ;
 - — НАУЧИТЬ БОЛЬНОГО ПРАВИЛЬНОМУ ПОЛОСКАНИЮ ГОРЛА;
 - — НАМАТЫВАТЬ ВАТУ НА ЗОНД С НАВИВКОЙ;
 - — ВЫПОЛНЯТЬ АППЛИКАЦИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ГЛОТКИ.

- ПРОФИЛАКТИКА
- ПРОФИЛАКТИКА АНГИНЫ - МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ОБЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИСКЛЮЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ, СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДРУГИХ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ (КАРИЕС ЗУБОВ, ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ И СИНУСИТ), САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, РЕГУЛЯРНЫЕ ЗАНЯТИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ, КОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫ И ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА, НЕ БОЛЕЮЩЕГО АНГИНОЙ, ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ.
- ПОМИМО ОБЩЕУКРЕПЛЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ И МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОРВИ, ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ АНГИНЫ - ПРЕПАРАТЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, В ЧАСТНОСТИ КОМПЛЕКСЫ ЛИЗАТ-АНТИГЕНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ.

СИНУСИТЫ

- ОСТРЫЙ СИНУСИТ - ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, КОТОРОЕ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОРВИ И ОСТРОГО РИНИТА. БОЛЕЕ УПОТРЕБИМ ТЕРМИН «РИНОСИНУСИТ», КОТОРЫЙ ПОДЧЕРКИВАЕТ ЕДИНСТВО ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ВЗАИМНОЕ ВЛИЯНИЕ ИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Виды синусита



КЛАССИФИКАЦИЯ

- ПРИ РИНОСИНУСИТЕ ВОСПАЛЕНИЕ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ (ГАЙМОРИТ), КЛИНОВИДНОЙ (СФЕНОИДИТ), ЛОБНОЙ (ФРОНТИТ) ПАЗУХАХ И В ЯЧЕЙКАХ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ (ЭТМОИДИТ). ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НА ОДНОЙ СТОРОНЕ - ГЕМИСИНУСИТ. ВОСПАЛЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ПАЗУХ СПРАВА И СЛЕВА - ПОЛИСИНУСИТ, ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ ПАЗУХ - ПАНСИНУСИТ.
- ЕСЛИ ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ - ОСЛОЖНЕНИЕ ОРВИ, ТО ЭТО, КАК ПРАВИЛО, БАКТЕРИАЛЬНАЯ СУПЕРИНФЕКЦИЯ. ОТЕК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖИМОЕ В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ ОБНАРУЖИВАЮТ И ПРИ ВИРУСНОЙ, ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ, И ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ЭТИОЛОГИЯ

- ОСНОВНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА - *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*, *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* И *MORAXELLA CATARRHALIS*.
- ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ И ДРУГИЕ БАКТЕРИИ - *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*, *STREPTOCOCCUS PYOGENES*, *STREPTOCOCCUS VIRIDANS*.
- ВОЗБУДИТЕЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ, РАЗВИВШИХСЯ НА ФОНЕ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ, И ОДОНТОГЕННЫХ РИНОСИНУСИТОВ НАРЯДУ С УЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ БАКТЕРИЯМИ - *STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS*, *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*, *PROTEUS SPP.*,
- У ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ ТОГО, - САПРОФИТНЫЕ БАКТЕРИИ И ГРИБКОВАЯ МИКРОФЛОРА. В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ОБСУЖДАЮТ РОЛЬ ХЛАМИДИЙ И ДРУГОЙ АТИПИЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ЭТИОЛОГИИ РИНОСИНУСИТА.

ПАТОГЕНЕЗ

- ОСТРЫЙ СИНУСИТ ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НАРУШЕНИИ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА, КОГДА СОЗДАНЫ ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ.
- ОБЫЧНЫЙ ПУСКОВОЙ ФАКТОР ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА - ОРВИ. ОТЕК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ЗАСТОЙ СЕКРЕТА В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ ВЫЯВЛЯЮТ У 90% БОЛЬНЫХ ОРВИ. ОДНАКО СИНУСИТ ВОЗНИКАЕТ ЛИШЬ У 1-2% ТАКИХ БОЛЬНЫХ
- ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ АНОМАЛИИ СТРОЕНИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР И РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА, БЛОКИРУЮЩИЕ ПРОХОДИМОСТЬ ЕСТЕСТВЕННЫХ ОТВЕРСТИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НАРУШАЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ ОЧИЩЕНИЯ ПАЗУХ.
- ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЙ РИНОСИНУСИТ ЧАСТО ОБУСЛОВЛЕН ПРОДЛЕННОЙ НАЗОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИЕЙ.
- ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ - ХРОНИЧЕСКОЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ НА ФОНЕ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ, КИСТ ИЛИ ГРАНУЛЕМ В ОБЛАСТИ КОРНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ПОПАДАНИЕ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ КУСОЧКОВ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ИЛИ КОРНЕЙ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО ПРИ ОБРАЗОВАНИИ СООБЩЕНИЯ МЕЖДУ РОТОВОЙ ПОЛОСТЬЮ И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХОЙ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ ИЛИ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СИНУСИТ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРО ИЛИ ИЗНАЧАЛЬНО ПРИНИМАЕТ ПОДОСТРОЕ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ - ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА. МЕНЕЕ ПОСТОЯННЫЕ СИМПТОМЫ - СНИЖЕНИЕ ОБОНЯНИЯ, ЧУВСТВО ЗАЛОЖЕННОСТИ УШЕЙ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ОБЩЕЕ НЕДОМОГАНИЕ И КАШЕЛЬ (БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДЕТЕЙ).
- ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ И ЛОБНЫХ ПАЗУХ БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ЛИЦЕ, ОБЛАСТИ ПЕРЕНОСИЦЫ И НАДБРОВЬЯ. ДЛЯ СФЕНОИДИТА ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ В ЦЕНТРЕ ГОЛОВЫ И ЗАТЫЛКЕ.
- ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА БЫВАЮТ СЛИЗИСТЫМИ ИЛИ ГНОЙНЫМИ, ОТХОДЯТ ПРИ ВЫСМАРКИВАНИИ ИЛИ СТЕКАЮТ ПО ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ГЛОТКИ, ЧТО БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВОСПАЛЕНИЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ И ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА.

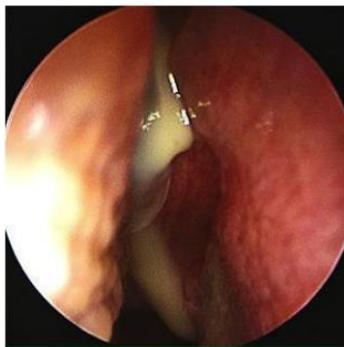
ДИАГНОСТИКА

- РИНОСИНУСИТ ДИАГНОСТИРУЮТ НА ОСНОВАНИИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, РЕЗУЛЬТАТОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ.
- ДЛЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА ХАРАКТЕРНА СВЯЗЬ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ 5-10 ДНЕЙ НАЗАД ОРВИ.
- ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ - БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКА ИЗ СРЕДНЕГО НОСОВОГО ХОДА ПОД КОНТРОЛЕМ ЭНДСКОПА ИЛИ ПУНКТАТА ИЗ ПАЗУИ.
- МЕТОД ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СИНУСИТА - ЭНДСКОПИЯ ПОЛОСТИ НОСА ЖЕСТКИМ ИЛИ ГИБКИМ ЭНДСКОПОМ. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ АНЕМИЗАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ. КАК ПРАВИЛО, ИСПОЛЬЗУЮТ И МЕСТНУЮ АППЛИКАЦИОННУЮ АНЕСТЕЗИЮ 10% РАСТВОРОМ ЛИДОКАИНА.
- ТРАДИЦИОННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СИНУСИТА - РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ - ОТНОСИТЕЛЬНО НЕДОРОГОЙ И ДОСТУПНЫЙ МЕТОД.
- КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Острый гайморит



КТ-снимок
тотальное затемнение
верхнечелюстной пазухи справа, отек
слизистой левой верхнечелюстной
пазухи



Эндоскопия
гнойное отделяемое в
среднем носовом ходе после
анемизации

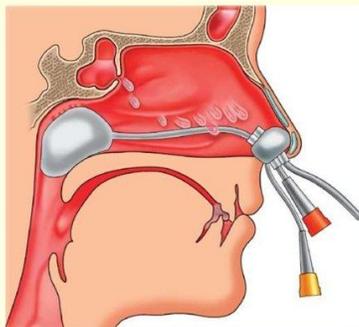


ЛЕЧЕНИЕ

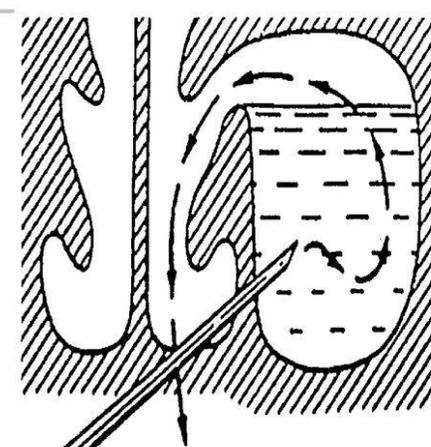
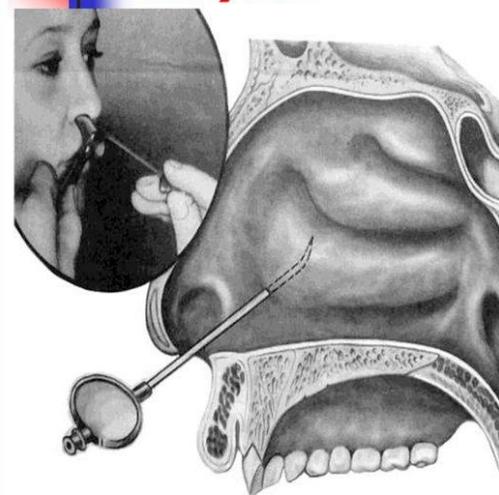
- ОСНОВНОЙ МЕТОД ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ПРИ СИНУСИТЕ - АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КОТОРОЕ ПРИМЕНЯЮТ ПО СТАНДАРТУ. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА - АМИНОПЕНИЦИЛЛИНЫ ([АМОКСИЦИЛЛИН](#)), АМИНОЗАЩИЩЕННЫЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ ([АМОКСИЦИЛЛИН + КЛАВУЛАНОВАЯ КИСЛОТА](#)), КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПО УСТОЙЧИВОСТИ БАКТЕРИЙ К БЕТА-ЛАКТАМАЗАМ, ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ ИХ ЛУЧШУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.
- В ОПРЕДЕЛЕННЫХ СИТУАЦИЯХ ПРИМЕНЯЮТ ЦЕФАЛОСПОРИНЫ II-III ПОКОЛЕНИЙ ([ЦЕФУРОКСИМ](#), [ЦЕФИКСИМ](#)), НАПРИМЕР ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНАМИ ДАВНОСТЬЮ НЕ БОЛЕЕ 1 МЕС. ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ЦЕФАЛОСПОРИНЫ (III-IV ПОКОЛЕНИЙ) И РЕСПИРАТОРНЫЕ ФТОРХИНОЛОНЫ ([МОКСИФЛОКСАЦИН](#), [ЛЕВОФЛОКСАЦИН](#)) ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ СТАРТОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИ ИЗНАЧАЛЬНО ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ СИНУСИТА С УГРОЗОЙ ОСЛОЖНЕНИЙ. СОВРЕМЕННЫЕ МАКРОЛИДЫ ([АЗИТРОМИЦИН](#), [КЛАРИТРОМИЦИН](#), [ДЖОЗАМИЦИН](#), СПИРОМИЦИН) - АЛЬТЕРНАТИВА СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОМ СИНУСИТЕ, ПОСКОЛЬКУ ОБЛАДАЮТ ХУДШЕЙ ПРИРОДНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ ГЕМОФИЛЬНОЙ ПАЛОЧКИ.
- ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАРТОВОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ - НЕ МЕНЕЕ 7 ДНЕЙ. ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ СИСТЕМНЫХ АНТИБИОТИКОВ ВОЗМОЖНО ПРИ КАТАРАЛЬНОЙ ФОРМЕ СИНУСИТА И ЛЕГКОМ ЕГО ТЕЧЕНИИ БЕЗ ВЫРАЖЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И ОБЩЕЙ ИНТОКСИКАЦИИ. ПРИ ЭТОМ ИСПОЛЬЗУЮТ СОЛЕВОЙ НАЗАЛЬНЫЙ ДУШ, ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ, МУКОЛИТИКИ.
- СОСУДОСУЖИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В НОС ([КСИЛОМЕТАЗОЛИН](#), [ОКСИМЕТАЗОЛИН](#)) ПОКАЗАНЫ ПРИ ЛЮБОМ ВАРИАНТЕ ОСТРОГО СИНУСИТА, ПОСКОЛЬКУ ПОЗВОЛЯЮТ БЫСТРО УМЕНЬШИТЬ ОТЕК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОБЛЕГЧИТЬ ЭВАКУАЦИЮ ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ ПАЗУХ. ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТИХ ПРЕПАРАТОВ - ИХ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ, БЫСТРОЕ ПРИВЫКАНИЕ С РАЗВИТИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РИНИТА. ПОЭТОМУ СОСУДОСУЖИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТ СТРОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПОКАЗАНИЯМИ В ТЕЧЕНИЕ НЕ БОЛЕЕ 7 ДНЕЙ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО 2-3 ДНЯ, ПОСКОЛЬКУ ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТА НЕОБХОДИМОСТЬ В ИХ ДАЛЬНЕЙШЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОТПАДАЕТ.

- СОПУТСТВУЮЩИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ФОН (АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ) ТРЕБУЕТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ СРЕДСТВ, ПОСКОЛЬКУ МНОГИЕ ПРЕПАРАТЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ РЯД АНТИБИОТИКОВ (МАКРОЛИДЫ), ТЕРЯЮТ АКТИВНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ПРОДУКЦИИ ИММУНОГЛОБУЛИНА Е.
- В КАЧЕСТВЕ МЕТОДОВ ЭВАКУАЦИИ ГНОЙНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ ПАЗУХ ТРАДИЦИОННО ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД ПРОЕТЦА, ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ, ТРЕПАНОПУНКЦИЮ ЛОБНЫХ ПАЗУХ, ЯМИК СИНУС-КАТЕТЕР. ЭТИ МЕТОДЫ ПРИМЕНЯЮТ В КАЧЕСТВЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И НЕ ЗАМЕНЯЮТ СИСТЕМНОЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПОСКОЛЬКУ ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПАЗУХАХ БОЛЕЕ 1 МЕС ВОЗНИКАЕТ ВЫСОКИЙ РИСК ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ.
- МЕТОД ПРОЕТЦА НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВЕН В ЭТОМ РЯДУ МЕТОДОВ ЭВАКУАЦИИ, ПОСКОЛЬКУ В ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ОЧИСТИТЬ ТОЛЬКО ОБЛАСТЬ СРЕДНЕГО НОСОВОГО ХОДА. ОДНАКО И ОН ДАЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ, ПОЗВОЛЯЯ ОЧИСТИТЬ ОБЛАСТЬ ЕСТЕСТВЕННЫХ СОУСТИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.
- ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ РАНЕЕ ВЫПОЛНЯЛИ РУТИННО ПРИ КАЖДОМ СЛУЧАЕ СИНУСИТА. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БЛАГОДАРЯ ПОЯВЛЕНИЮ ЭФФЕКТИВНЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЕЕ ВЫПОЛНЯЮТ ПО ПОКАЗАНИЯМ: РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫПОТА В ПАЗУХЕ С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, УГРОЗА ОСЛОЖНЕНИЙ, НЕОБХОДИМОСТЬ ВЗЯТИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО ДЛЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
- ЯМИК СИНУС-КАТЕТЕР В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПОЯВИЛСЯ СРАВНИТЕЛЬНО НЕДАВНО. ЭВАКУИРОВАТЬ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПО ПРИНЦИПУ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

Синус-катетер «ЯМИК»



Пункция верхнечелюстной пазухи



- СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ СИНУСИТОМ ВКЛЮЧАЕТ РЕАЛИЗАЦИЮ АНАЛОГИЧНЫХ ЗАДАЧ, ЧТО И ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ОСТРЫМ РИНИТОМ.
- МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ДОПОЛНИТЕЛЬНО ДОЛЖНА ЗНАТЬ МЕТОДИКИ ДРЕНИРОВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ (ПУНКЦИЯ, МЕТОД ПРОЕТЦА, ЯМИК-МЕТОД) И УМЕТЬ АССИСТИРОВАТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭТИХ МАНИПУЛЯЦИЙ.

ПРОФИЛАКТИКА

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО СИНУСИТА СВЯЗАНА С ПРОФИЛАКТИКОЙ ОРВИ.

ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ НА ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЕННЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ НОСА: ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА, БУЛЛЕЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН, ГИПЕРТРОФИЯ КРЮЧКОВИДНОГО ОТРОСТКА ИЛИ ВЫРАЖЕННАЯ БУЛЛА РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА. В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ НА РАЗВИТИЕ СИНУСИТА ВЛИЯЕТ НАРУШЕНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА, СВЯЗАННОЕ С ФОНОВЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, ИММУНОСУПРЕССИЕЙ И ПР.

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНУСИТА АКТУАЛЕН И РЯД ОБЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ИСКЛЮЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ, СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ (КАРИЕС ЗУБОВ, ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ И СИНУСИТ) (СМ. ПРОФИЛАКТИКУ ОСТРОГО РИНИТА).

•