

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕСПИРАТОРНЫЙ МИКОПЛАЗМОЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Худойбердиева Шахноза¹

Кампус Университета Зармед в Бухаре

KEYWORDS

воспаление, трахея, цианоз,
выдох-выдох, тахикардия,
аритмия, перкуссия,
гипотония.

ABSTRACT

данная статья направлена на то, чтобы педиатрические лечебно-профилактические учреждения и семейные поликлиники, осуществляющие свою деятельность, были всесторонне развиты, обладали достаточными знаниями, квалификацией, навыками по специальным дисциплинам, чтобы они могли самостоятельно осуществлять свою деятельность, то есть обучать, давать указания, самоконтроль и консультировать, совершенствовать медицинскую помощь, оказывать помощь в развитии дыхательной системы у детей. закрепление новых теоретических знаний об анатомо-физиологических особенностях и методах исследования, психологическая помощь направлена на приобретение навыков.

2181-2675/© 2025 in XALQARO TADQIQOT LLC.

DOI: **10.5281/zenodo.15149932**

This is an open access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

Введение

Органы дыхания у детей отличаются сравнительно небольшими размерами и неполным анатомо - гистологическим развитием. У детей раннего возраста нос относительно небольшой, носовые ходы узкие, нижний носовой ход отсутствует. Слизистая носа тонкая, относительно сухая, богатая кровеносными сосудами. Легкое воспаление у маленьких детей из-за узких носовых ходов и хорошего кровоснабжения затрудняет дыхание через нос. В первые полгода жизни дети не могут дышать через рот, так как язык большой, надклювье сжимается назад. Выделения из носа у детей раннего возраста-Хоана очень узкая, поэтому долгое время вызывает нарушение дыхания через нос.

Грудные плавники относительно крупные; по сравнению со взрослыми, короткие,

¹ Кампус Университета Зармед в Бухаре Ассистент кафедры клинических наук

широкие, воронковидные, высоко расположенные, без выступа. ребенок одновременно дышит и глотает. Это важно в акте сосания.

В первые 3 года жизни ребенка и далее, в период полового формирования, голосовая щель заметно увеличивается.

У младенцев и в детском возрасте мускулатура туловища развита слабо. Наиболее интенсивный его рост приходится на период полового формирования. Первые четыре года жизни ребенка гортань быстро растет. У младенцев пряжки гортани тонкие, с возрастом утолщаются, но сохраняют ремешок.

У грудничков трахея имеет длину 3,2-4,5 см, имеет воронковидный вид. Ширина в средней части около 0,8 см. Перепончатая стенка трахеи относительно широкая, трахеальные гребни слабо развиты, тонкие, тонкие.

Легкое у грудничка неправильной конической формы; верхние срезы относительно невелики по размеру; средний срез правого легкого по размеру равен верхнему срезу, а нижний относительно велик. В 2 года жизни ребенка масса легких составляет 57 г (от 39 до 70г.размер 67 см.куб. После рождения ребенка бронхиальное дерево в основном сформировалось; в возрасте одного года наблюдается интенсивный рост. В период полового формирования рост бронхиального дерева снова усиливается. К 20 годам размеры всех его частей увеличиваются в 3,5-4 раза

В первый год жизни ребенка и далее начинается формирование новых альвеолярных желчек. Формирование новых разветвлений альвеолярных ходов заканчивается в 7-9 лет, в 15-25 лет завершается формирование паренхимы легких.

У младенцев нижняя граница правого и левого легких на одно ребро выше, чем у взрослых. По мере взросления ребенка этот порог постепенно снижается. У детей глубина дыхания меньше, чем у взрослых. Объясняется это малыми размерами легких, а грудная клетка-такой же, как и при дыхании. Потребность в кислороде у детей выше, чем у взрослых. Так, у детей до 1 года потребность в кислороде составляет 8 мл/мин на 1 кг массы тела, у взрослых - 4,5 мл/мин. Поверхностный характер дыхания у детей компенсируется большим количеством вдохов (40-60 раз в минуту у грудничков, 30-35 раз в 1 год,

В 5 лет 25 раз, в 10 лет -20 раз, у взрослых 16-18 раз), в дыхании участвует большая часть легких.

Жизненная емкость легких (ОТС), которая представляет собой количество воздуха (в миллилитрах), максимальное количество выдыхаемого воздуха после максимального вдоха, у детей ниже, чем у взрослых.

Особенности дыхания у детей грудного возраста

Главной и первой особенностью дыхания у детей грудного возраста является его поверхностный характер, то есть небольшая глубина.

Вторая особенность-большое количество вдохов в минуту. Младенцы дышат 50-60 раз в минуту, что считается физиологическим состоянием. Постепенно с возрастом количество вдохов уменьшается.

Третья особенность-аритмия дыхания в первые 2 недели жизни ребенка, т. е.

неправильное чередование пауз вдоха и выдоха, дыхание относительно короткое по сравнению с выдохом и в некоторых случаях с перерывом, дыхание во время сна в норме.

Семиотика и синдром поражения дыхательной системы.

Методы проверки

Во время осмотра ребенка можно заметить выделения из носа и затруднение дыхания через нос. При внешнем осмотре дыхательная недостаточность известна как цианоз кожи, слизистой оболочки губ и языка.

Кашель и изменение голоса-одни из характерных признаков поражения дыхательной системы. Кашель может быть сухим, грубым, "шелушащимся", с выделением мокроты. Во время кори необходимо обращать внимание на состояние горла и миндалин в ротовой полости. Также при осмотре необходимо обращать внимание на тип дыхания (брюшной тип дыхания у маленьких детей), участие вспомогательных мышц (прямая мышца живота, грудная клетка, грудь) в дыхании ребенка во время кори свидетельствует о затруднении дыхания, то есть о вздохе. При этом у детей раннего возраста наблюдается носовое кровотечение и напряжение крыльев носа.

вдох на выдохе - затрудненное дыхание; выдох на выдохе - затрудненное выдох смешанное дыхание-выдох на выдохе - стенотическое дыхание на выдохе - затрудненное вдыхание воздуха из верхних дыхательных путей приступ дыхательной недостаточности-наблюдается при астме (вдох и выдох звонкий, слышен издали) врожденный стридор. Встречается у детей раннего возраста. Ингалятор на выдохе характеризуется шумом, который исчезает самопроизвольно в возрасте 2-3 лет.

При пальпации можно обнаружить боль в груди. Плевральные боли усиливаются при выдохе и выдохе, передаются в эпигастральную и подреберную области, уменьшаются при надавливании на грудную клетку.

Воскрешение голоса-ощущается, когда руку кладут по обе стороны грудной клетки, симметричные части, в это время пациент произносит слова, которые придают голосу большую вибрацию (чаще слова с буквой "Р", "пила", "кромка? четыре" и т. д.). Чтобы определить, является ли голос воскрешающим, ребенок должен сказать вышеуказанные слова, которые обнаруживаются у детей младшего возраста, когда они плачут.

Усиление звукового воскрешения связано с затвердеванием легочной ткани, наличием пустот в легких.

Снижение звукового возбуждения наблюдается при закупорке (переполнении) бронхов (огектаз легких), при сдавлении бронхов грудной стенкой (экссудат, пневмоторакс). Подсчет количества вдохов проводится без ведома ребенка, положив руку на грудь или живот, а у младенцев и детей грудного возраста - также можно определить количество вдохов, поместив стетоскоп в нос ребенка (во время сна). Подсчет количества вдохов проводится за одну минуту.

Количество вдохов (в минуту) у здоровых детей

У грудничков – 40-60

В 6 месяцев - 35-40

В 1 год-30-35

4-6 лет - 24-26

10-12 лет - 18-20

13-15 лет - 16-18

При перкуссии грудной клетки ребенку следует дать "Тибор" для осанки. У детей раннего возраста переднюю поверхность груди удобно перкуссировать в положении лежа на спине ребенка, маленького ребенка должен кто-то держать. У детей, которые не могут держать голову, перкуссию проводят лежа на животе или отводя ребенка влево.

Детей младшего возраста перкуссируют, опираясь на стул. Детей старшего возраста перкуссируют стоя.

Дыхательная недостаточность делится на 4 степени:

Дыхательная недостаточность 1 степени-в состоянии покоя ее клиническая картина отсутствует или слабо развита. Но после легких физических нагрузок возникает частичное одышка, цианоз окружности рта и тахикардия.

Дыхательная недостаточность 2 степени-в состоянии покоя наблюдается частичное одышка (усиление дыхательной кровотоковости на 25% по сравнению с нормой), тахикардия, бледность кожных покровов и цианоз окружности рта. Пульс учащенный, есть склонность к повышению артериального давления, ацидоз. При введении кислорода состояние пациента улучшается.

Дыхательная недостаточность 3 степени-дыхание сильно учащенное (более 50%), наблюдается цианоз земного цвета, подтекает коралловый пот. Дыхание поверхностное, артериальное давление понижено, дыхательный резерв падает до нуля.

Дыхательная недостаточность 4 степени-аритмичное, прерывистое, поверхностное дыхание. Наблюдается генерализованный цианоз (acroцианоз), выпуклость яремных вен, гипотония. Вдыхание кислорода не всегда облегчает состояние, иногда ухудшает общее состояние.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Т.А.Даминов. "Bolalar kasalliklari." (Toshkent 2012- y)
2. К.С.Иномов. " Xamshiralik ishi asoslari" (Toshkent 2007-yil)
3. В.Корaxоджаев "Bolalar kasalliklari prepedvtikasi." (Toshkent -2006 y.)