

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Основы сестринского дела
Специальность	34. 03. 01 - Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 10.	Сестринский процесс при заболеваниях органов дыхания. Уход за больными с патологией органов дыхания

г. Ставрополь, 2025 г.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы сестринского дела»:

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Шिशалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Шिशалова Т.Н.



Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Основы сестринского дела» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1.Цель** Ознакомить обучающихся с сестринским процессом при заболеваниях органов дыхания и кровообращения.
- 2.Учебные вопросы**
- 1.Основные симптомы заболеваний органов дыхания. Одышка. Удушье. Кашель. Мокрота. Боли в грудной клетке.
 - 2.Проблемы и нарушенные потребности больного.
 - 3.Наблюдение за больными с заболеваниями органов дыхания. Общие и специальные мероприятия по уходу.
 - 4.Оксигенотерапия. Ингаляция и аэрозольтерапия

3. Теоретическая часть

Физиология дыхательной системы

Основные функции органов дыхания – снабжение организма кислородом и выведение углекислого газа. Кроме того, органы дыхания участвуют в сложных метаболических процессах и выработке биологически активных веществ, жирных кислот, липидов и др.

Процесс газообмена складывается из внешнего и тканевого дыхания. Внешнее дыхание осуществляется благодаря легочной вентиляции и газообмену между легочным воздухом и кровью. В незначительной степени (1–2%) газообмен совершается через кожу и пищеварительный тракт, в основном же он происходит в альвеолах, которых насчитывается более 800 млн., с общей площадью в среднем 100 м².

Легочная вентиляция осуществляется благодаря регулярным ритмичным движениям грудной клетки – вдоху и выдоху. Вдох – сложный нервно-мышечный акт: возбуждение дыхательного центра ведет к сокращению дыхательных мышц, грудная полость увеличивается, легкие растягиваются, альвеолярные полости расширяются и атмосферный воздух засасывается в легкие вследствие создавшейся разницы давления между атмосферным и альвеолярным воздухом. Когда сокращение дыхательных мышц сменяется расслаблением, легкие вследствие своей эластичности спадаются, давление воздуха в альвеолах становится выше атмосферного, и он вытесняется из легких – так происходит выдох. Выдоху способствует давление со стороны брюшной полости на расслабленную диафрагму. Важным условием нормального механизма вдоха и выдоха является герметичность (непроницаемость) плевральных полостей.

В зависимости от того, в каком направлении изменяются размеры грудной клетки при дыхании, различают грудной, брюшной и смешанный типы дыхания:

- Грудной тип дыхания чаще встречается у женщин. Дыхание осуществляется в основном за счёт сокращения межрёберных мышц, заметно расширение грудной клетки при вдохе, преимущественно в переднезаднем и боковых направлениях; вентиляция нижних участков легких часто оказывается недостаточной.
- Брюшной тип дыхания более характерен для мужчин. Расширение грудной полости при нем происходит преимущественно в вертикальном направлении, за счет диафрагмы, заметно смещение брюшной стенки вперед при вдохе, вентиляция верхушек легких может оказаться недостаточной.
- При смешанном типе дыхания равномерное расширение грудной полости во всех направлениях обеспечивает вентиляцию всех частей легких. Смешанный тип дыхания чаще наблюдают у лиц пожилого возраста.

Частота дыхательных движений у взрослого человека в среднем 16–20 в мин. Изменение ее зависит от многих причин: от возраста – у новорожденных она составляет 40–55 дыханий в минуту, у детей 1–2 лет – 30–40; от пола – у женщин на 2–4 дыхания в мин. больше, чем у мужчин; от положения тела – лежа – 14–16 дыханий в мин, сидя – 16–18, стоя – 18–20. Физическое напряжение, еда, повышение температуры тела, нервное возбуждение учащают дыхание. У спортсменов в покое частота дыханий может быть 6–8 в мин.

В среднем при дыхании в покое количество вдыхаемого воздуха равно 500 мл (дыхательный воздух), при усиленном вдохе можно ввести в легкие еще 1500 мл (дополнительный воздух), а при усиленном выдохе вывести еще 1500 мл запасного (резервного) воздуха. Дыхательный, дополнительный и резервный воздух составляют жизненную емкость легких, т. е. максимальное количество воздуха, которое можно выдохнуть после максимального вдоха. Жизненная емкость легких у мужчин колеблется в пределах от 3000 до 5000 мл, у женщин – от 2000 до 3500 мл.

Дыхание регулируется через дыхательный центр, расположенный в продолговатом мозге. Главным непосредственным и рефлекторным раздражителем дыхательного центра является повышение содержания в крови углекислоты. В меньшей степени возбуждает дыхательный центр недостаток кислорода в крови. Кроме того, в дыхательный центр поступают раздражения с рецепторов дыхательных мышц и дыхательных путей. При остановке дыхания вследствие паралича дыхательного центра лучшим средством для восстановления самостоятельного дыхания являются ритмичные сжатия грудной клетки – искусственное дыхание.

Регуляция дыхания осуществляется при участии высших отделов мозга, включая кору больших полушарий. Значительное условно-рефлекторное влияние на дыхание оказывают мышечная деятельность, различные эмоциональные переживания, напряженная умственная работа и т. д.

Наблюдение за дыхательными движениями грудной клетки у больных дает возможность определить различные отклонения: изменение частоты, ритма, глубины дыхательных движений, изменение типа дыхания. Эти наблюдения помогают диагностике, выполнить их могут медицинские сестры.

Дыхательные движения подсчитывают так, чтобы больной не заметил этого. Если больной знает, что за его дыханием следят, он может невольно изменить количество, ритм и характер дыхательных движений. Достаточно положить свою руку на подложечную область больного или держать его за руку, как для счета пульса. Сестра ведет графическую запись количества дыханий в мин. на температурном листе. Обычно кривую дыхания чертят синим карандашом в отличие от черной кривой температуры. В норме дыхание ритмичное, средней глубины.

Наблюдение и уход за больными с патологией органов дыхания следует проводить в двух направлениях.

- Общие мероприятия – мероприятия по наблюдению и уходу, в которых нуждаются пациенты с любыми заболеваниями различных органов и систем: наблюдение за общим состоянием больного, термометрия, наблюдение за пульсом и АД, заполнение температурного листа, обеспечение личной гигиены больного, подача судна и др.

- Специальные мероприятия – мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний органов дыхания, – одышкой, кашлем, кровохарканьем, болью и др.

Симптомы патологии дыхательной системы

К основным симптомам, характерным для заболеваний органов дыхания, относятся кашель, мокрота, кровохарканье (легочное кровотечение), боли в грудной клетке, одышка (удушье).

Одышка

Диспноэ, или одышка (греч. dys - затруднение, рное - дыхание), – нарушение частоты, ритма и глубины дыхания, соотношения фаз вдоха и выдоха, проявляющееся субъективными ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания. Одышка может быть как собственно лёгочного, так и сердечного, неврогенного и другого происхождения. В зависимости от ЧДД различают два вида одышки.

- Тахипноэ - учащённое поверхностное дыхание (свыше 20 в минуту). Тахипноэ наиболее часто наблюдают при поражении лёгких (например, пневмонии), лихорадке, болезнях крови (например, анемии). При истерии частота дыхания может достичь 60-80 в минуту; такое дыхание называют «дыханием загнанного зверя».

- Брадипноэ - патологическое урежение дыхания (менее 16 в минуту); его наблюдают при заболеваниях головного мозга и его оболочек (кровоизлияние в мозг, опухоль мозга), длительной и тяжёлой гипоксии (например, вследствие сердечной недостаточности). Накопление в крови кислых продуктов обмена веществ (ацидоз) при сахарном диабете, диабетической коме также угнетает дыхательный центр. Медленное и глубокое дыхание может возникнуть при кровоизлиянии в мозг (центрогенная одышка).

Одышка является ведущим проявлением дыхательной недостаточности – состояния, при котором система внешнего дыхания человека не может обеспечить нормальный газовый состав крови или когда этот состав поддерживается лишь благодаря чрезмерному напряжению всей системы внешнего дыхания. Дыхательная недостаточность может возникать остро (например, при закрытии дыхательных путей инородным телом) или протекать хронически, постепенно нарастая в течение длительного времени (например, при эмфиземе легких).

В зависимости от нарушения фазы дыхания выделяют следующие типы одышки.

- Инспираторная одышка - дыхание с затрудненным вдохом – возникает при наличии механического препятствия в верхних дыхательных путях;

- Экспираторная одышка - дыхание с затрудненным выдохом – характерна для бронхиальной астмы и может быть при эмфиземе легких;

- Смешанная одышка - дыхание с затрудненным вдохом и выдохом – возникает при уменьшении дыхательной поверхности легких любого происхождения.

В зависимости от изменения ритма дыхания различают следующие основные формы одышки (так называемое «периодическое дыхание»).

- Дыхание Чейна-Стокса - дыхание, при котором после дыхательной паузы появляется сначала поверхностное редкое дыхание, которое постепенно нарастает по глубине и частоте, становится очень шумным, затем постепенно убывает и заканчивается паузой, во время которой больной может быть дезориентирован или терять сознание. Пауза может длиться от нескольких до 30 с.

- Дыхание Биота - ритмичные периоды глубоких дыхательных движений чередуются примерно через равные промежутки времени с продолжительными дыхательными паузами. Пауза также может длиться от нескольких до 30 с.

- Дыхание Куссмауля - глубокое редкое дыхание с глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом; его наблюдают при глубокой коме.

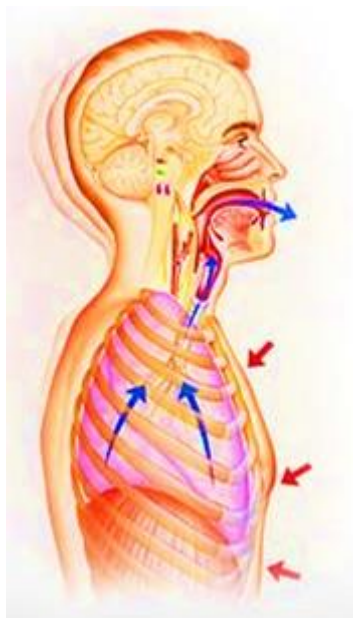
Удушье

Удушье, или астма (греч. *asthma* - тяжёлое короткое дыхание), – внезапно возникающий приступ сильной одышки, когда все параметры дыхания (частота, ритм, глубина) нарушены в максимальной степени. Приступ удушья лёгочного происхождения вследствие спазма бронхов называют бронхиальной астмой. При застое крови в малом круге кровообращения развивается сердечная астма.

При появлении у больного одышки или удушья медсестра должна немедленно сообщить врачу свои наблюдения за характером одышки, частотой дыхания, а также принять меры для облегчения состояния больного.

1. Создать вокруг больного обстановку покоя, успокоить его и окружающих, постоянно контролировать частоту, ритм и глубину дыхания
2. Помочь больному принять возвышенное (полусидящее) положение, приподняв головной конец кровати или подложив под голову и спину подушки.
3. Освободить от стесняющей одежды и тяжёлых одеял.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха в помещение (открыть форточку).
5. При наличии соответствующего назначения врача дать больному карманный ингалятор и объяснить, как им пользоваться.

Кашель



Кашель - сложный рефлекторный акт, обусловленный раздражением рецепторов дыхательных путей и плевры. Кашлевой рефлекс возникает в результате воспалительного, механического, химического или термического раздражения кашлевых рецепторов, расположенных в носоглотке, гортани, трахее, бронхах, плевре. Физиологическая роль кашля состоит в очищении дыхательных путей от секрета и веществ, попавших в них извне. Кашлевой толчок состоит из внезапного резкого выдоха при закрытой голосовой щели, при последующем внезапном открытии которой воздух вместе с мокротой и другими инородными телами с силой выбрасывается через рот. Как проявление болезни кашель, как правило, бывает мучительным, упорным, зачастую болезненным, с выделением мокроты и появлением в ней

различных примесей.

Причины возникновения кашля следующие.

- Воспалительные заболевания органов дыхания - ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, бронхиальная астма, пневмония, абсцесс лёгкого и др.
- Иммунные реакции в ответ на поступление в организм аллергенов - пыльца растений, пылевые клещи, стиральные порошки и др.

- Заболевания ССС с застоем крови в малом круге кровообращения - пороки сердца, ИБС, дилатационная кардиомиопатия и др.
- Механическое раздражение - пневмокониозы, нарушение проходимости бронхов вследствие сдавления их опухолью, инородные тела.

Пневмокониозы - группа профессиональных болезней лёгких, обусловленных длительным вдыханием производственной пыли.

- Химическое раздражение - табачный дым, экологически неблагоприятная обстановка

(загрязнение воздуха), боевые отравляющие вещества, бытовой газ и др.

- Термическое раздражение - вдыхание очень горячего или очень холодного воздуха.
- Ятрогенные факторы - развитие фиброза лёгких после химиотерапии и лучевой терапии, побочное действие препаратов, например, из группы ингибиторов АПФ и др.

- Рефлекторные факторы - рефлекс, не имеющий очевидного защитного характера: раздражение плевры, перикарда, раздражение рефлексогенных зон в области задненижней стенки наружного слухового прохода и др.

- Психогенные факторы.

По частоте и характеру возникновения различают следующие виды кашля:

- однократный;
- приступообразный - при бронхиальной астме, обструктивном бронхите, у курильщиков;
- конвульсивный - приступообразный кашель с быстро следующими друг за другом толчками, прерывающимися шумным вдохом, иногда сопровождающийся рвотой (при коклюше);
- спазматический - упорный сухой кашель, сопровождающийся спазмом гортани (при раздражении гортанного нерва, как правило, патологическим процессом в области средостения);
- острый - при острой вирусной или бактериальной инфекции;
- хронический - при хронических заболеваниях дыхательных путей, хронической сердечной недостаточности.

По характеру кашель может быть сухим (без отхождения мокроты) и влажным, или продуктивным (с отделением мокроты).

При сильном мучительном кашле возможно развитие осложнений: обморока, разрыва эмфизематозных участков лёгких с развитием пневмоторакса, патологических переломов ребер при наличии миеломной болезни, остеопороза и метастатических новообразований в легких.

Уход за больными с сухим кашлем включает в первую очередь лечение основного заболевания.

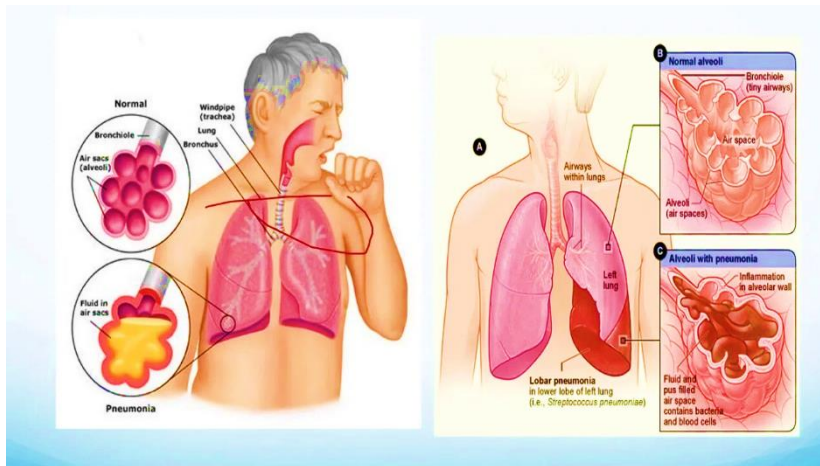
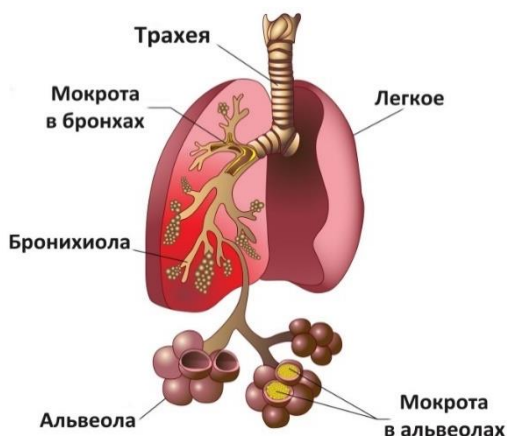
Уход за больным включает в себя:

- обильное теплое щелочное питье («Боржоми» + молоко в соотношении 1:1);
- теплое укутывание;
- теплые ножные ванны;

- теплые влажные ингаляции;
- больному рекомендуется по несколько часов в день находиться в положении, способствующем лучшему отхождению мокроты (дренажное положение).

Мокрота

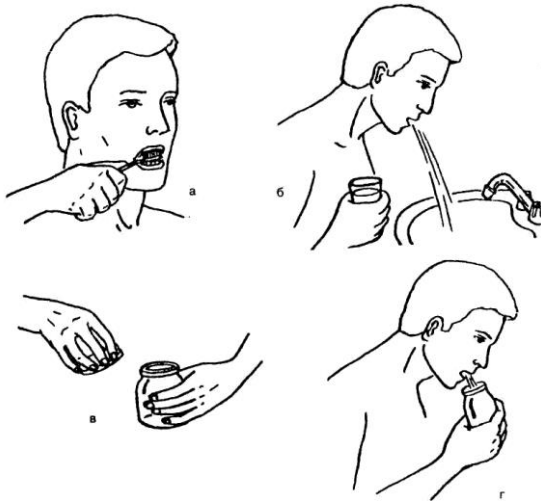
Мокротой (лат. sputum) называют выделяемый при отхаркивании патологически



изменённый секрет слизистых оболочек трахеи, бронхов и лёгких с примесью слюны и секрета слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

Характеристики мокроты - количество, цвет, запах, консистенция (жидкая, густая, вязкая), включения (кровь, гной и другие примеси) - зависят от заболевания и наряду с результатами других лабораторных и инструментальных методов исследования имеют большое значение в диагностике заболеваний системы органов дыхания и других органов.

Суточное количество мокроты может колебаться от нескольких миллилитров при хроническом бронхите до 1-1,5 л при бронхоэктатической болезни, прорыве абсцесса лёгкого в бронх, гангрене лёгкого.



Правила сбора мокроты.

По характеру различают следующие виды мокроты.

- Слизистая мокрота (*sputum mucosum*) - мокрота бесцветная, прозрачная, вязкая, практически не содержит клеточных элементов.
- Серозная мокрота (*sputum serosum*) - мокрота жидкая пенистая, выделяется при отёке лёгких.
- Гнойная мокрота (*sputum purulentum*) - мокрота желто-зеленая, любой консистенции (характерна, в частности, для прорыва абсцесса лёгкого в просвет бронха).
- Гнилостная мокрота (*sputum putridum*) - мокрота гнойная с гнилостным запахом (гангрена легких).
- Кровянистая мокрота (*sputum sanguinolentum*) - мокрота содержит примесь крови (отмечают, например, при кровотечении из стенок дыхательных путей при раке лёгкого).
- «Ржавая» мокрота (*sputum rubiginosum*) - мокрота кровянистая, содержит включения ржавого цвета, образующиеся в результате разложения гемоглобина (появляется, например, при пневмонии, туберкулёзе).
- Жемчужная мокрота - мокрота содержит округлые опалесцирующие включения, состоящие из атипичных клеток и детрита (продукт распада тканей), наблюдают, например, при плоскоклеточном раке бронхов.
- Трёхслойная мокрота - мокрота обильная, гнойная, разделяющаяся при отстаивании на три слоя: верхний - сероватый пенистый, средний - водянистый прозрачный, нижний – грязного серо-зелёного цвета, содержащий гной и остатки некротизированных тканей (наблюдают при гангрене лёгких).

При наличии мокроты медсестра должна обеспечить соблюдение чистоты и своевременно проводить опорожнение плевательниц. Необходимо следить, чтобы больной регулярно принимал дренажное положение, способствующее отделению мокроты, по несколько раз в день по 20-30 мин. Такую процедуру называют постуральным дренажом.

Постуральный дренаж (лат. positura - положение; франц. drainage - осушение) - дренирование путём придания больному положения, при котором жидкость (мокрота) оттекает под действием силы тяжести.

Мокрота

- Цвет (белая, прозрачная, желтая, зеленая, бурая)
- Характер (слизистая, гнойная, слизисто-гнойная, серозная)
- Количество (от 10-15 мл до 2 л)
- Консистенция
- Время отхождения



Придание больному дренажного положения

Цель: облегчение отхождения мокроты при бронхитах, абсцессе лёгкого, бронхоэктатической болезни и т.д.

Подготовка к процедуре: заполнить ёмкость для мокроты (плевательницу) дезинфицирующим раствором (5% раствором хлорамина Б) на треть её объёма и поставить плевательницу рядом с больным, чтобы ему легко было дотянуться до неё.

- Вариант 1:

- Из исходного положения пациента на спине постепенно поворачивают вокруг оси его тела на 360°.

- Переворачивая пациента на 45°, каждый раз просят его сделать глубокий выдох и при появлении кашля дают ему возможность хорошо прокашляться.

- Процедуру необходимо повторить 3-6 раз.

- Вариант 2 (поза молящегося мусульманина):

- Просят больного встать на колени и наклониться вперёд (принять коленно-локтевое положение).

- Просят больного повторить наклон 6-8 раз, сделать паузу на 1 мин, затем опять повторить наклон 6-8 раз (всего не более 6 циклов).

- Следят, чтобы данную процедуру больной проводил 5-6 раз в день.

- Вариант 3:

- Объясняют больному, что ему необходимо 6-8 раз поочередно (сначала на правом, затем на левом боку) свешивать голову и руки с кровати (поза поиска тапочек под кроватью).

- Следят, чтобы данную процедуру пациент проводил 5-6 раз в день.

- Вариант 4 (положение Квинке):

- Поднимают ножной конец кровати, на которой лежит больной, на 20-30 см выше уровня головного конца.

- Данную процедуру проводят несколько раз по 20-30 мин с перерывом по 10-15 мин.

По окончании процедуры постурального дренирования следует помочь больному принять удобное положение, провести дезинфекцию мокроты и плевательницы и сделать запись в истории болезни о выполнении процедуры и реакции на неё пациента.

Если ни в одном из дренажных положений мокрота не отходит, их применение неэффективно.

Для улучшения крово- и лимфообращения в области грудной клетки больным показан её массаж, а для улучшения вентиляции лёгких - дыхательная гимнастика. Необходимо также проветривать помещение, в котором находится пациент, не менее 4 раз в сутки, и поддерживать температуру воздуха в пределах 18-22°C. Необходимо следить за выполнением пациентом предписаний врача. Больной должен быть обеспечен достаточным количеством жидкости - во избежание образования камней в почках при приёме антибиотиков и сульфаниламидов нужно давать ему больше пить.

С целью профилактики заражения окружающих медицинская сестра должна научить больного правильно обращаться с мокротой:

- Не кашлять в непосредственной близости от здоровых людей.
- Прикрывать рот рукой или платком при кашле.
- Не сплёвывать мокроту на пол, так как, высыхая, она может превратиться в частицы пыли и заразить других.

• Сбирать мокроту в специальную плевательницу с плотной крышкой, на дно которой должно быть налито небольшое количество 0,5% раствора хлорамина Б.

Плевательницы необходимо ежедневно опорожнять, предварительно отметив количество мокроты за день в температурном листе, и дезинфицировать их раствором хлорамина Б, осветлённым раствором хлорной извести. Мокроту больных туберкулёзом сжигают либо сливают в канализацию после предварительного обеззараживания в течение 2 ч. сухой хлорной известью из расчёта 20 г на 1 л мокроты.

Следует обязательно проводить визуальный осмотр мокроты. При появлении в ней прожилок крови необходимо немедленно информировать врача.

Боли в грудной клетке

Боли возникают в результате раздражения болевых рецепторов, находящихся в плевральных оболочках и слизистой оболочке трахеи.

При заболеваниях органов дыхания болевой синдром чаще всего связан с вовлечением в патологический процесс плевры (плеврит, плевропневмония, пневмоторакс, карциноматоз плевры и др.).

Плевральные боли колющие, усиливаются при вдохе, глубоком дыхании (в связи с чем больные стараются дышать поверхностно), кашле, в положении на здоровом боку, при наклоне в здоровую сторону.

Уход за больными с плевральными болями заключается:

- в придании больному удобного, ограничивающего дыхательные движения положения (на больном боку);
- в выполнении по назначению врача простейших физиотерапевтических процедур (постановки горчичников и др.);

- при повышении у больного температуры тела выше 38°C любые физиотерапевтические процедуры противопоказаны;
- по назначению врача необходимо обеспечить больному приём обезболивающих препаратов и лекарственных средств, уменьшающих кашель.

При наличии у больного экссудативного плеврита (воспаления плевры с пропотеванием жидкости (выпотом) в плевральную полость) по назначению врача ему проводят плевральную пункцию, в этом случае необходимо подготовить пациента к процедуре и ассистировать врачу во время её проведения.

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее распространенной патологией внутренних органов и занимают первое место среди всех причин смертности.

Кардиология (греч. kardia – сердце, logos – учение) – раздел внутренних болезней изучающий этиологию, патогенез и клинические проявления болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) и разрабатывающий методы их диагностики, профилактики и лечения.

4. Практическая часть

Отработка практических навыков: подсчет ЧДД и регистрация значений в температурном листе, подсчет артериального пульса, измерение АД.

5. Вопросы для собеседования

1. Основные симптомы заболеваний органов дыхания. Одышка. Удушье. Кашель. Мокрота. Боли в грудной клетке.
2. Проблемы и нарушенные потребности больного.
3. Наблюдение за больными с заболеваниями органов дыхания. Общие и специальные мероприятия по уходу.
4. Оксигенотерапия. Ингаляция и аэрозольтерапия

6. Тестовые задания

Вариант-1

1. Экспираторный характер одышки отмечается при

- а) абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) крупозной пневмонии
- г) отеке легких

2. При экспираторной одышке затруднен

- а) вдох
- б) выдох
- в) вдох и выдох

3. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы

- а) горизонтальное
- б) горизонтальное с приподнятыми ногами
- в) лежа на боку
- г) сидя, опираясь о колени

4. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы

- а) сальбутамол
- б) кодеин
- в) либексин
- г) тусупрекс

5. Увеличение частоты дыхания (частое, поверхностное дыхание) называется:

- а) брадипноэ
- б) тахипноэ
- в) диспноэ
- г) апноэ

6. Дренажное положение придается пациенту для

- а) снижения лихорадки
- б) уменьшения одышки
- в) расширения бронхов
- г) облегчения оттока мокроты

7. Дренажное положение придается пациенту при

- а) бронхоэктатической болезни
- б) бронхиальной астме
- в) сухом плеврите
- г) экссудативном плеврите

8. К нарушениям внешнего дыхания относят все перечисленные, кроме:

- а) брадипноэ
- б) тахипноэ
- в) пиоторакс
- г) апноэ

9. При инспираторной одышке:

- а) затруднен вдох
- б) затруднен выдох
- в) нормальное дыхание
- г) одиночные дыхательные акты

Вариант-2

1. При инспираторной одышке:

- а) затруднен вдох
- б) затруднен выдох
- в) нормальное дыхание
- г) одиночные дыхательные акты

2. К нарушениям внешнего дыхания относят все перечисленные, кроме:

- а) брадипноэ
- б) тахипноэ
- в) пиоторакс
- г) апноэ

3. Дренажное положение придается пациенту при

- а) бронхоэктатической болезни

- б) бронхиальной астме
- в) сухом плеврите
- г) экссудативном плеврите

4. Дренажное положение придается пациенту для

- а) снижения лихорадки
- б) уменьшения одышки
- в) расширения бронхов
- г) облегчения оттока мокроты

5. Увеличение частоты дыхания (частое, поверхностное дыхание) называется:

- а) брадипноэ
- б) тахипноэ
- в) диспноэ
- г) апноэ

6. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы

- а) сальбутамол
- б) кодеин
- в) либексин
- г) тусупрекс

7. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы

- а) горизонтальное
- б) горизонтальное с приподнятыми ногами
- в) лежа на боку
- г) сидя, опираясь о колени

8. При экспираторной одышке затруднен

- а) вдох
- б) выдох
- в) вдох и выдох

9. Экспираторный характер одышки отмечается при

- а) абсцессе легкого
- б) бронхиальной астме
- в) крупозной пневмонии
- г) отеке легких

7. Ответы на тесты

	В1	В2
1.	б	а
2.	б	в
3.	г	а
4.	а	г
5.	б	б
6.	г	а
7.	а	г
8.	в	б
9.	а	б