**Тесты**

1. Высокое нормальное АД:

А) 135/85 мм рт. ст.

Б) 140/90 мм рт. ст.

В) 120/100 мм рт. ст.

2. Тактика ведения больных с гипертонической болезнью, относящихся к группе низкого риска:

А) изменить образ жизни и наблюдать за АД в течение 6- 12 месяцев, при АД менее 150/90 рт. ст. продолжить не медикаментозное лечение;

Б) немедленно начать медикаментозную гипотензивную терапию;

В) изменить образ жизни и наблюдать АД в течение 6- 12 месяцев, при АД более 150/95 мм рт. ст. начать медикаментозную гипотензивную терапию;

Г) в группе низкого риска не показана медикаментозная терапия.

3. Признаки симпоматических гипертензий:

А) стабильность повышения давления, особенно диастолического;

Б) возраст, старше 40 лет;

В) низкая эффективность лекарственной терапии;

Г) наследственность.

4. Основные требования к диетпитанию больных гипертонической болезнью:

А) снижение содержания поваренной соли, увеличение солей калия и магния;

Б) повышенная энергетическая ценность за счет животных белков;

В) ограничение потребления жидкости;

Г) введение разгрузочных дней.

5. Прием адекватных доз ингибиторов АПФ может сопровождаться:

А) сухим кашлем;

Б) декомпенсацией хронической сердечной недостаточности;

В) гиперкалиемией.

6. Критерием стабильной стенокардии напряжения IV фк является:

А) появление характерного болевого синдрома при максимальной физической нагрузке;

Б) появление характерного болевого синдрома при ходьбе по ровному месту до 100 м.;

В) появление характерного болевого синдрома при ходьбе по ровному месту более 500 м.;

Г) появление характерного болевого синдрома при ходьбе по ровному месту от 100 до 500 м.

7. Перед проведением пробы с физической нагрузкой:

А) прекратить прием антиангинальных препаратов в день обследования;

Б) бета – блокаторы можно не отменять;

В) бета – блокаторы отменяются за две недели;

Г) препараты, снижающие холестерин можно не отменять.

8. Тактика ведения больных со стабильной стенокардией II фк.:

А) постоянный прием дезагрегантов и холестеринснижающих препаратов, прием антиангинальных препаратов периодически по методике опережения боли;

Б) постоянный прием дезагрегантов, холестеринснижающих средств и одного антиангинального препарата;

В) постоянный прием дезагрегантов, холестеринснижающих средств и двух антиангинальных препаратов.

Г) постоянный прием дезагрегантов, холестеринснижающих средств и трех и более антиангиальных препаратов.

9. Основные требования к диетпитанию больных с ИБС:

А) ограничение полиненасыщенных жирных кислот;

Б) введение достаточного количества клетчатки;

В) увеличение доли в рационе морской рыбы.

10. Коронарография позволяет:

А) выявить уровень и степень сужения коронарных артерий;

Б) определить степень гипертрофии левого желудочка;

В) определить толерантность к физической нагрузке.

11. Ранние осложнения инфаркта миокарда это:

А) нарушения ритма;

Б) кардиогенный шок;

В) эссудативный перикардит.

12. Для кардиогенного шока характерно:

А) артериальная гипотензия, периферическая гипофузия, отек легких;

Б) артериальная гипотензия, слабость, потеря сознания;

В) артериальная гипотензия, интенсивный болевой синдром, страх смерти.

13. При проведении сцинтиграфии миокарда с технецием:

А) изотоп накапливается в неизменном миокарде;

Б) в клапанном аппарате сердца;

В) в некротизированных участках миокарда.

14. Особенности диетпитания больных с острым инфарктом миокарда:

А) увеличение калорийности рациона за счет белков и углеводов;

Б) резкое ограничение калорийности и объема пищи;

В) дробное питание небольшим порциями жидкой пищи.

15. Основные осложнения после гепаринотерапии:

А) геморрагические;

Б) развитие тромбоцитопении;

В) иммуносупресия;

Г) рикошетные тромбозы после отмены гепарина.

16. При мерцательной аритмии у больных с застойной сердечной недостаточностью целесообразно урежать ЧСС:

А) - адреноблокаторами;

Б) сердечными гликозидами;

В) антагонистами кальция (верапамил)

Г) - адреномиметиками.

17. Застойные явления в большом круге кровообращения проявляются:

А) приступами сердечной астмы;

Б) нарушениями ритма сердца;

В) отеками нижних конечностей;

Г) гепатомегалией.

18. Сердечные гликозиды нежелательно применять при сердечной недостаточности у больных:

А) гипокалиемией;

Б) с брадикардией;

В) с тахистолической формой мерцательной аритмии.

19. К краткосрочным целям при сердечной недостаточности относятся:

А) увеличение диуреза и снижение веса;

Б) обучение основам соблюдения диеты;

В) уменьшение дозировки базовых лекарственных препаратов.

20. Терапевтический эффект от петлевых диуретиков (фурасемид) при кардиогенном отеке легких заключается в:

А) прямой вязодилятирующий эффект;

Б) уменьшение объема циркулирующей крови;

В) инотропный эффект.

21. Ведущими симптомами при экссудативном плеврите являются:

А) отдышка;

Б) боль в грудной клетке, связанная с актом дыхания;

В) при аускультации – шум трения плевры;

Г) перкурторно на над жидкостью тупость.

22. Признаками эссудата являются:

А) мутный характер;

Б) большое содержание белка;

В) малое содержание белка;

Г) гнойный характер.

23. Клинические проявления массивной тромбоэмболии легочной артерии:

А) отеки голеней;

Б) интенсивные загрудинные боли;

В) набухание шейных вен;

Г) падение АД.

24. Для всех интерстициальных заболеваний легких общим является:

А) отдышка и сухой кашель;

Б) приступы экспираторного удушья;

В) симптомы интоксикации.

25. При лечении гепарином возможно развитие следующих осложнений:

А) тромбоцитопении;

Б) кровотечений;

В) аллергических реакций.

26. Основные клинические симптомы при хронической обструктивной болезни легких проявляются:

А) в детском возрасте;

Б) в зрелом и пожилом возрасте;

В) в пубертатном возрасте.

27. Для бронхитической формы ХОБЛ характерно:

А) быстрое развитие и прогрессирование хронического легочного сердца;

Б) умеренная отдышка;

В) сухой кашель;

Г) выраженный диффузный цианоз.

28. При лечении ХОБЛ целесообразно использовать:

А) постоянный прием антибиотиков;

Б) ингаляционное введение бронхолитиков;

В) постоянное применение системных кортикостероидов;

Г) периодическое применение - адреноблокаторов.

29. Основные требования к диетпитанию больных атопической БА

А) активное введение в рацион поливитаминов;

Б) замена животных белков, белками сои;

В) избегать потребление яиц, моркови, апельсинов.

30. Критерии второй стадии астматического статуса

А) клиника немого легкого;

Б) спутанное сознание;

В) выраженный бледный цианоз.

**Ситуационная задача**

Больной 62 лет, пенсионер, одинокий, проживает в неблагоустроенной квартире.

В течение 11 лет диагностируется ИБС, стабильная стенокардия напряжения, в последнее время соответствовала III функциональному классу. Постоянно использовал метокард в дозе 50 мг в сутки, нитросорбит 10 мг 4 раза в сутки. На фоне терапии стенокардия протекала с редкими типичными приступами сжимающихся болей за грудиной не более 1 раза в день по 1-2 минуты с иррадиацией в левую руку, возникающими при подъеме на лестницу менее, чем на один этаж и при ходьбе по ровному месту на расстояние 500 метров, купирующимися приемом нитроглицерина. Беспокоила отдышка при ходьбе, к вечеру отекали голени, когда прекращал прием фуросемида. Последние три дня приступы стенокардии участились до 5 раз в сутки. Ночью внезапно проснулся от приступа удушья с затрудненным вдохом, серцебиения. Болей в области сердца не было. Прием нитроглицерина под язык состояния не улучшил. Удушье длилось более часа, больной был доставлен в кардиологическое отделение.

При осмотре: положение сидя, акроцианоз. Удушье с затрудненным вдохом, ЧД – 36 ударов в минуту, отходит пенистая, розовая мокрота, дыхание клокочущее. В легких над нижними долями небольшое укорочение перкуторного звука, над всеми полями разнокалиберные влажные хрипы. Границы относительной сердечной тупости расширены на 3 см влево от левой средне – ключичной линии, сердечные тоны глухие, аритмичные. ЧСС – 148 в минуту, пульс 101 в минуту, слабого наполнения, АД – 95/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из – под реберного края на 4 см, болезненная, по Курлову 161210 см, селезенка не пальпируются. Отеки голеней и стоп. Стула нет два дня, не мочился 12 часов.

Анализ крови: СОЭ – 8 мм час, лейкоциты – 8,6109/л.э. – 1, п -1, с – 58, л – 28, м – 12. Эритроциты – 4,11012/л, Hb – 126 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты - 330109/л. Анализ мочи (взят катетером) – цвет соломенно – желтый, белка - нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Клетки плоского эпителия – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ: холестерин 7,8 ммоль/л, тропониты отрицательные.

ЭКГ: фибрилляция предсердий тахисистолическая форма с числом сокращений желудочков 178 – 122 в минуту, ишемические изменения боковой стенки левого желудочка.

Решение:

I. Под влиянием триггера (провокатора) возникает приступ бронхиальной астмы, который может проявляться только редкими невыраженными кратковременными эпизодами свистящего дыхания, только кашля, особенно в ночное время, мешающего спать, только кашля, особенно в ночное время, мешающего спать, только чувство стеснения в груди или удушьем. Эти признаки могут быть изолированными или сочетаться. Приступ удушья характеризуется вынужденным положением тела – сидя с наклоном вперед и опорой руками на находящиеся впереди предметы, дистанционными свистящими хрипами, цианозом, повышенным потоотделением; учащенным дыханием, малопродуктивным кашлем, метеоризмом [4, с. 100].

Также развилось осложнение в виде астматический статус – это синдром дыхательной недостаточности, развившийся у больных с бронхиальной астмой вследствие обструкции дыхательных путей, резистентной к терапии эфуфилином и симпотомиметикам, включая селективные бета – 2 – агонисты (беротек, сальбутамол).

Частыми причинами возникновения астматического статуса является избыточное потребление снотворных, успокаивающих средств, прием препаратов, вызывающих аллергическую реакцию со стороны бронхов.

Все это необходимо учитывать медицинской сестре при уходе за пациентами с бронхиальной астмой.

При астматическом статусе в ответ на введение спазмолитического средства или ингаляцию симпатомиметика вместо улучшения удушье нарастает, появляются боли в сердце, серцебиение, повышается АД.

Это обусловлено кардиотоксическим действием препаратов и соответствует I стадии астматического статуса.

І – стадия компенсации или отсутствия вентиляционных расстройств, которая характеризуется умеренной артериальной гипоксемией (РаО2 на уровне 60-70 мм рт. ст.) нормо- или гипокапнией (РаСО2 нормально, 35-45 мм рт. ст., или снижено в результате гипервентиляции – менее 35 мм рт. ст.).

Пациенты находятся в сознании и психически адекватны.

Эта стадия клинически проявляется многократными приступами удушья на протяжении суток и более, между которыми сохраняется бронхоспазм. Одышка умеренная, могут отмечаться акроцианоз, иногда потливость.

Наблюдаются вынужденное положение тела с фиксацией плечевого пояса и участием в акте дыхания вспомогательных дыхательных мышц, множественные дистанционные сухие свистящие хрипы. OФB1 снижается до 30% должной величины.

Аускультативно в легких определяются жесткое дыхание с удлиненным выдохом и сухие рассеянные хрипы, характерно резкое уменьшение количества отделяемой мокроты. Обычно наблюдается умеренная тахикардия, АД не изменено или несколько повышено.

Отмечаются резистентность к бронхолитической терапии, особенно к ингаляционным β-агонистам короткого действия, а также синдром рикошета (нарастание или увеличение бронхообструкции при увеличении дозы β2-агонистов).

Повышение сопротивления дыханию при АС сопровождается резким увеличением работы дыхательной мускулатуры. Мышцы, обеспечивающие вдох и создающие значительное отрицательное внутриплевральное давление, находятся в постоянном напряжении, так как уровень дыхания смещается в инспираторном направлении. Это особенно заметно по напряжению грудино-ключично-сосцевидных мышц. Отмечаются также раздувание крыльев носа, напряжение мышц шеи и головы.

Таблица 1

Тактика медицинской сестры

|  |  |
| --- | --- |
| Действия | Обоснования |
| Вызвать врача | Для оказания квалифицированной медицинской помощи |
| Успокоить, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха | Психоэмоциональная разгрузка, уменьшить гипоксию. |
| Усадить с упором на руки | Уменьшить гипоксию |
| Контроль АД, ЧДД, пульса | Контроль состояния |
| Дать 30-40% - ный увлажненный кислород | Уменьшить гипоксию |
| Дать беротек (сальбутамол, беродуал, вентолин), 1-2 вдоха дозированного аэрозоля | Для снятия спазма бронхов |
| Дать горячее питье, сделать ручные или ножные и ручные ванны | Уменьшить бронхоспазм |

Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:

- систему для внутривенного вливания шприцы для в/в, в/м и п/к ведения препаратов, жгут, мешок Амбу;

- беротек, сальбутамол, вентолин, алупент в дозированном аэрозоле, преднизалон, адреналин (амп.), физиологический раствор во флаконах по 500 мл, стерильно, эуфиллин 2,4% - ный раствор 10 мл (амп.), коргликон 0,06% - ный раствор 1 мл (амп.), кислород.

Во всех случаях при отсутствии эффекта от проводимой бронходилатирующий терапии приступа бронхиальной астмы, ухудшении состояния больного, медицинская сестра должны вызвать врача. До прихода врача следует запретить больному пользоваться карманным ингалятором, предложить ему горячее щелочное питье, придать удобное положение на руки с упором на руки, дать увлажненный кислород. Больной в это время находится в возбужденном состоянии, поэтому его нужно успокоить, внушить ему уверенность в благоприятный исход приступа. При отсутствии эффекта необходимо обеспечить перевод больного для лечения в палату интенсивной терапии (реанимации). В отделении больному проводят искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), лаваж бронхиального дерева с активной многочасовой санацией бронхов через интубационную трубку или трахеостому. При проведении ИВЛ медицинская сестра отсасывает мокроту из дыхательных путей электроотсосом через каждые 30-40 мин и орошает их при этом щелочным раствором. Отсасывает мокрота в течение 15 с, повторная аспирация допускается через 3-5 мин.

3. Лечение АС проводится в реанимационном отделении. Интенсивную терапию следует начинать в максимально ранние сроки.

Она включает кислородную, инфузионную и медикаментозную терапию [1, с. 103].

Борьба с гипоксемией – кислородотерапия: непрерывная подача кислородно-воздушной смеси с низкой скоростью (2-6 л/мин) через носовые канюли или маску Вентури для поддержания РаО2 выше 60 мм рт. ст.

Это – заместительное лечение острой дыхательной недостаточности, которое не устраняет причин нарушений легочного газообмена, но способствует предупреждению неблагоприятных влияний гипоксемии на процессы тканевого метаболизма. Ингалируется кислородно-воздушная смесь с относительно небольшим содержанием О2 (35-40%). Использовать более высокие концентрации кислорода нежелательно, так как при этом создается опасность развития в легких абсорбционных ателектазов, чрезмерно высушиваются слизистые покровы дыхательных путей, а также задерживается выведение углекислого газа и возрастает РаСО2.

Весьма эффективны ингаляции гелиокислородной смеси (75% гелия + 25% кислорода) длительностью 40-60 мин 2-3 раза в сутки.

Смесь гелия и кислорода за счет более низкой по сравнению с воздухом плотности легче проникает в плоховентилируемые участки легких, что значительно снижает гипоксемию [3, с. 65].

Инфузионная терапия восполняет дефицит жидкости и устраняет гемоконцентрацию, способствует разжижению бронхиального содержимого, облегчает откашливание мокроты и уменьшает обструкцию бронхов. Во время приступа БА в среднем теряется около 5% общего объема жидкости. целесообразно введение декстранов, реополиглюкина. Инфузию жидкости продолжают в течение 6-12 часов, затем по возможности переходят на прием жидкости внутрь. Во избежание перегрузки необходимо следить за количеством введенной жидкости и ее потерями. Особенно осторожно следует проводить инфузионную терапию при сердечно-сосудистых заболеваниях.

У больных с острой дыхательной недостаточностью ограничивают использование растворов, включающих соли натрия.

Таблица 3

Лист оценки назначенных лекарственных средств

|  |  |
| --- | --- |
| Препарат | Беротек |
| Группа препарата | Бета2-адреномиметик селективный |
| Форма выпуска | Аэрозоль для ингаляций дозированный, капсулы с порошком для ингаляций, раствор для ингаляций |
| Ожидаемый эффект | Селективный стимулятор бета2-адренорецепторов, активирует аденилатциклазу с последующим увеличением образования цАМФ, который стимулирует работу Ca2+-насоса, перераспределяющего ионы Ca2+ в миоцитах, в результате чего снижается концентрация последнего в миофибриллах. Обладает достаточно выраженным быстро наступающим бронхолитическим эффектом средней продолжительности действия. |
| Побочные действия, признаки передозировки | Со стороны нервной системы: мелкий тремор, головокружение, головная боль, нервозность, тревожность. Со стороны ССС: тахикардия, сердцебиение, стенокардия, редко (при использовании высоких доз) - снижение АД, в особенности диастолического. Со стороны дыхательной системы: кашель, редко - парадоксальный бронхоспазм, сухость или раздражение в полости рта или горле. Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота. Прочие: изменение вкусовых ощущений, двигательное беспокойство, инсомнические расстройства, слабость, спазмы или подергивание мышц, гипокалиемия, гипергликемия, редко - аллергические реакции.Передозировка. Симптомы: тахикардия, сердцебиение, снижение или повышение АД, увеличение пульсового давления, ангинальная боль, аритмии, «приливы» крови к лицу, тремор.  |

Таблица 3

Лист оценки назначенных лекарственных средств - 2

|  |  |
| --- | --- |
| Препарат | Атровент |
| Группа препарата | М-холиноблокатор |
| Форма выпуска | Аэрозоль для ингаляций дозированный, капсулы с порошком для ингаляций, раствор для ингаляций |
| Ожидаемый эффект | Бронходилатирующее средство, блокирует м-холинорецепторы гладкой мускулатуры трахеобронхиального дерева (преимущественно на уровне крупных и средних бронхов) и подавляет рефлекторную бронхоконстрикцию, уменьшает секрецию желез слизистой оболочки полости носа и бронхиальных желез. Имея структурное сходство с молекулой ацетилхолина, является его конкурентным антагонистом. Эффективно предупреждает сужение бронхов, возникающее в результате вдыхания сигаретного дыма, холодного воздуха, действия различных бронхоспазмирующих агентов, а также устраняет спазм бронхов, связанный с влиянием n.vagus. При ингаляционном применении практически не оказывает резорбтивного действия - для развития тахикардии необходимо вдыхание около 500 доз, при этом лишь 10% достигает мелких бронхов и альвеол, а остальное оседает в глотке или полости рта и проглатывается.Бронходилатирующий эффект развивается через 5-15 мин, достигает максимума через 1-2 ч и продолжается до 6 ч (иногда - до 8 ч). |
| Побочные действия, признаки передозировки |  Сухость во рту, головная боль, тошнота, повышение вязкости мокроты. Редко - тахикардия, сердцебиение, парез аккомодации, ослабление моторики ЖКТ, запоры, задержка мочи, кашель, парадоксальное развитие бронхоспазма. При попадании в глаза - мидриаз, парез аккомодации, повышение внутриглазного давления (у пациентов с закрытоугольной глаукомой), боль в глазу. Аллергические реакции - кожная сыпь (включая крапивницу и мультиформную эритему), отек языка, губ и лица, ларингоспазм и др. проявления анафилаксии. При применении интраназального аэрозоля - сухость и раздражение слизистой оболочки полости носа, аллергические реакции.Передозировка. Симптомы: усиление антихолинергических реакций. |

Таблица 4

Лист оценки назначенных лекарственных средств - 3

|  |  |
| --- | --- |
| Препарат | Эуфилин |
| Группа препарата | Бронходилатирующее средство - фосфодиэстеразы ингибитор |
| Форма выпуска | Раствор для внутривенного введения, раствор для внутримышечного введения, таблетки |
| Ожидаемый эффект | Бронхолитическое средство, производное пурина; ингибирует ФДЭ, увеличивает накопление в тканях цАМФ, блокирует аденозиновые (пуриновые) рецепторы; снижает поступление Ca2+ через каналы клеточных мембран, уменьшает сократительную активность гладкой мускулатуры. Расслабляет мускулатуру бронхов, увеличивает мукоцилиарный клиренс, стимулирует сокращение диафрагмы, улучшает функцию дыхательных и межреберных мышц, стимулирует дыхательный центр, повышает его чувствительность к углекислому газу и улучшает альвеолярную вентиляцию, что в конечном итоге приводит к снижению тяжести и частоты эпизодов апноэ. Нормализуя дыхательную функцию, способствует насыщению крови кислородом и снижению концентрации углекислоты. |
| Побочные действия, признаки передозировки |  Со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, бессонница, возбуждение, тревожность, раздражительность, тремор. Со стороны ССС: сердцебиение, тахикардия (в т.ч. у плода при приеме беременной в III триместре), аритмии, снижение АД, кардиалгия, увеличение частоты приступов стенокардии. Со стороны пищеварительной системы: гастралгия, тошнота, рвота, гастроэзофагеальный рефлюкс, изжога, обострение язвенной болезни, диарея, при длительном приеме - снижение аппетита. Аллергические реакции: кожная сыпь, зуд кожи, лихорадка. Прочие: боль в груди, тахипноэ, ощущение приливов к лицу, альбуминурия, гематурия, гипогликемия, усиление диуреза, повышенное потоотделение. Побочные эффекты уменьшаются при снижении дозы препарата. Местные реакции: уплотнение, гиперемия, болезненность в месте введения. При ректальном введении - проктит, раздражение слизистой оболочки прямой кишки.Передозировка. Симптомы: снижение аппетита, гастралгия, диарея, тошнота, рвота (в т.ч. с кровью), желудочно-кишечное кровотечение, тахипноэ, гиперемия кожи лица, тахикардия, желудочковые аритмии, бессонница, двигательное возбуждение, тревожность, светобоязнь, тремор, судороги. При тяжелом отравлении могут развиться эпилептоидные припадки (особенно у детей без возникновения каких-либо предвестников), гипоксия, метаболический ацидоз,гипергликемия, гипокалиемия, снижение АД, некроз скелетных мышц, спутанность сознания, почечная недостаточность с миоглобинурией. |

Клинический диагноз:

Бронхиальная астма, астматический статус I степени.

Таблица 5

Карта сестринского процесса

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сестринский диагноз | Планирование | Реализация |
| Тяжесть или чувство стеснения в груди, отдышка, приступ удушья. | Краткосрочное:1. Пациент отметит уменьшение количества приступов удушья в день к концу недели лечения. | Независимые:1. Обеспечить индивидуальной плевательницей, следить за ее дезинфекцией.2. Обеспечить доступ свежего воздуха.3. Провести беседы: о гипоаллергизирующей диеты, о положительном влиянии дыхательных упражнений в восстановлении функции легких; о вреде курения.4. При приспуте удушья успокоить, придать сидячее положение с упором руками на спинку стула |
|  | Долгосрочное:Пациент отметит редкие приступы к моменту выписки, продемонстрирует знание гипоаллергизирующей диеты. | Зависимые1. Правильно и своевременно выполнять назначения врача.2. Обеспечить наблюдение (ЧДД, АД, пульс, цвет кожных покровов) |
|  |  | Взаимозависимые:1. Обеспечить соблюдение назначенных двигательного режима и гипоаллергизирующей диеты.2. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям |

**Список используемой литературы**

1. Лычев, В.Г., Карманов В.К., Основы сестринского дела в терапии/ В. Г. Лычев, В. К. Карманов.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2008 – 512с.

2. Маколкин, В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н., Сестринское дело в терапии/В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенков.- М.: Медицинское информационное агентство, 2008 – 544с.

3. Обуховец, Т.Н., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи/Т.Н. Обуховец.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2008.- 416с.

4. Ослопов, В.Н., Богоявленская, О.В., Общий уход за больными в терапевтической клинике/В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская.- М.: ГЕОТАР – Медиа, 2009 – 464с.

5. Отвагина, Т.В., Терапия/ Т.В. Отвагина.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2008.- 368с.

6. Смоляева, Э.В., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи/Э.В. Смоляева.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2010 – 474с.

7. Фролькис, Л.С. Терапия с курсом первичной медицинской помощи/ Л. С. Фролькис – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2010 – 448с.

8. Шутов, Э.Ю., Аподиакос, Е. В. Терапия с курсом первичной медико - санитарной помощи/Э.Ю. шутов, Е.В. Аподикос.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2007 – 538с.