НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И СПОРТА УКРАИНЫ

Учебно-научный институт здоровья

Реферат

по дисциплине ˝Общий уход за больными˝

На тему ˝Специальный уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта ˝

Выполнила студентка

III-го курса; группы-122

Сорока Юлия

Киев-2008

СИМПТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Боли, диспепсические расстройства (тошнота, рвота, отрыжка, изжога, нарушение аппетита, ощущение неприятного вкуса во рту, задержка стула, частый жидкий стул, метеоризм), желтуха.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Боли относятся к наиболее частым симптомам заболеваний пищеварительной системы. Механизм их возникновения может быть различным. Боли, появляющиеся при нарушении моторной функции органов пищеварения (спазме или, наоборот, растяжении), носят название висцеральных. Эти боли наблюдаются, например, при кишечной колике, печеночной колике, неосложненной язвенной болезни и т. д., отличаются схваткообразным или, напротив, ноющим, диффузным характером, распространяются (иррадиируют) в различные участки тела.

В тех случаях, когда в патологический процесс вовлекается листок брюшины, покрывающий пищеварительные органы, например при прободной язве желудка или двенадцатиперстной^ кишки, и начинают раздражаться его нервные окончания, появляются перитоне-альные боли, обычно четко локализованные, постоянные, носящие острый, режущий характер, усиливающиеся при движении и сопровождающиеся напряжением мышц брюшной стенки.

При оценке болей учитывают их характер, интенсивность, локализацию, наличие или отсутствие распространения с места их возникновения (иррадиации), продолжительность, периодичность, связь их возникновения с приемом пищи или актом дефекации, физической нагрузкой, изменением положения тела; влияние на их исчезновение различных лекарственных препаратов. Кроме того, необходимо иметь в виду, что боли в животе могут появляться не только при заболеваниях органов пищеварения, но и при болезнях сердца (инфаркте миокарда), органов дыхания (крупозной пневмонии), неврологических заболеваниях и др., что может стать иногда причиной диагностических ошибок.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИБЕГАТЬ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ?

При не совсем ясной картине болей в животе не следует сразу назначать лекарственную терапию (обезболивающие, слабительные), грелки, клизмы, промывание желудка. Если при неосложненной язвенной болезни использование грелки способствует уменьшению болевых ощущений, то при остром аппендиците или ущемленной грыже применение тепла может принести непоправимый вред. Промывание желудка, безусловно показанное при отравлениях, может значительно ухудшить состояние больного с инфарктом миокарда, протекающим с болями в животе (абдоминальная, или гас-тралгическая, форма).

«ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА»

Кроме болей, при заболеваниях органов пищеварения часто встречаются различные диспепсические расстройства, к которым относятся тошнота, отрыжка (непроизвольное выделение из желудка в полость рта газов или небольшого количества пищи), изжога (ощущение жжения за грудиной или в подложечной области), нарушение аппетита, ощущение неприятного вкуса во рту, запор (задержка стула), понос (частый жидкий стул) и др. Диспепсические расстройства также требуют уточнения причин их возникновения и соответствующего лечения.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РВОТЫ

К числу диспепсических расстройств относится и рвота. Рвота представляет собой сложнорефлектор-ный акт непроизвольного выбрасывания содержимого желудка или кишечника через пищевод, глотку, рот, носовые ходы. Рвота встречается при различных заболеваниях: повышении внутричерепного давления («центральная» рвота), отравлениях (гематогенно-токсичес-кая рвота), многих заболеваниях внутренних органов (при язвенной болезни и опухолях желудка, болезнях желчного пузыря и поджелудочной железы, почечной колике и др.).

На что необходимо обратить внимание при анализе причин рвоты у больного.

При наличии рвоты уточняют время ее возникновения (утром, сразу после приема пищи, спустя несколько часов после еды), объем рвотных масс, их запах, цвет, консистенцию, реакцию, характер остатков пищи, наличие патологических примесей, в частности желчи, сгустков крови и др.

Рвота как симптом имеет, не только важное диагностическое значение. Частая и обильная (неукротимая) рвота приводит к развитию в организме тяжелых нарушений: обезвоживанию, электролитным сдвигам, сопровождающимся в свою очередь расстройствами сердечной деятельности, нарушениями функций почек и т. д.

ОСОБЕННОСТЬ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ ВО ВРЕМЯ РВОТЫ

Во время рвоты важно своевременно оказать помощь больному, так как рвотные массы, особенно при бессознательном состоянии пациента, могут попасть в дыхательные пути, вызывая тяжелую инспираторную одышку, а затем и аспирационную пневмонию. Во время рвоты больного усаживают или укладывают на бок, наклоняют голову вниз, подставляют тазик, а к углу рта подносят лоток или полотенце.

Как правильно собрать рвотные массы для лабораторного исследования.

Рвотные массы при необходимости лабораторного (например, бактериологического) исследования собирают в отдельную посуду, а затем направляют в лабораторию. После рвоты больному дают прополоскать рот теплой водой, а тяжелым или ослабленным больным очищают полость рта ватным тампоном, смоченным водой или слабым раствором гидрокарбоната натрия, пер-манганата калия.

Лечение рвоты.

Лечение больных, у которых имеется рвота, зависит от вызвавших ее заболеваний. Если рвота связана с каким-либо отравлением, то проводят промывание желудка.

В некоторых случаях (опухолевое или рубцовое сужение выходного отдела желудка) применяется хирургическое лечение. При упорной рвоте, сопровождающейся обезвоживанием организма, необходимо внутривенное вливание жидкости, растворов электролитов. Особого внимания и наблюдения медицинской сестры требуют больные, у которых в рвотных массах имеется примесь крови.

Рвота «кофейной гущей» свидетельствует о желудочном кровотечении. В этом случае к больному срочно вызывают врача, а на живот кладут пузырь со льдом.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕТЕОРИЗМА У БОЛЬНОГО

К диспепсическим расстройствам, часто встречающимся у гастроэнтерологических больных, относится также метеоризм (вздутие живота). Метеоризм развивается при употреблении в пищу продуктов, богатых клетчаткой и дающих при их переваривании большое количество газов (капуста, черный хлеб и т. д.), при выраженной внеш-несекреторной недостаточности поджелудочной железы, нарушении состава кишечной микрофлоры (дисбактери-оз), кишечной непроходимости.

При наличии метеоризма проводят обследование больных с целью установления его причины и выбора тактики лечения основного заболевания.

Особенности диеты, которая назначается больным с метеоризмом.

Для борьбы с метеоризмом назначают диету, предусматривающую исключение капусты, бобовых, свежего хлеба, ограничение картофеля, мучных блюд, рафинированных углеводов. Больным рекомендуют прием активированного угля или карболена (по 0,5—1,0 г 3—4 раза в день), при наличии показаний — ферментных препаратов — фестала, дигестала и др. Назначают ветрогонные травы (настой ромашки, укропа). При резко выраженном метеоризме применяют газоотводную трубку.

Появление отрыжки.

Если у больного отмечается отрыжка с запахом тухлых яиц, это свидетельствует о патологической задержке пищевых масс в желудке. Отрыжка также может быть воздухом, кислым содержимым желудка — все это говорит о нарушении переваривающей способности желудка, что может быть следствием гастрита или другого заболевания.

Изжога связана с забросом кислого содержимого желудка в пищевод. Изжога наблюдается, чаще всего, при гастритах с повышенной кислотностью желудочного сока. Сочетание изжоги с периодическими ночными болями может быть признаком язвенной болезни желудка. Для снятия изжоги используют щелочные воды, соду.

КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта медсестра контролирует состояние функции кишечника у больного. При этом необходимо следить за регулярностью опорожнения кишечника, характером стула, его консистенцией, окраской. Так появление дегтеобразного стула — признак желудочно-кишечного кровотечения. В этом случае медсестра немедленно вызывает врача, а больного укладывает в постель. Вызова врача требует также появление в испражнениях больного прожилок крови, слизи.

При лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта огромное значение имеет соблюдение правильного режима питания. Врач назначает больному определенную диету, а медсестра должна тщательно следить за выполнением ее больным.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО?

При заболеваниях печени, желчных протоков и желчного пузыря у больных наблюдается иногда желтуха. Желтуха при заболеваниях печени является следствием нарушения нормального оттока желчи, которое обусловлено либо механическим препятствием (опухоль, камень), либо повышением проницаемости печеночных капилляров при поражениях печеночных клеток.

Проявление желтухи

Кожа и видимые слизистые оболочки при желтухе приобретают желтый цвет. Содержание в крови билирубина и желчных кислот возрастает. Моча становится темной. Желчные кислоты, откладываясь в коже, вызывают кожный зуд. Недостаточное поступление желчи в кишечник приводит к обесцвечиванию кала. Избыточная концентрация желчных кислот в крови является причиной брадикардии и гипотонии. Прогрессирующее поражение ткани печени ведет в конечном итоге к полному нарушению антитоксической функции печени. Накопление ядовитых продуктов в крови приводит к почечной коме.

Всем больным желтухой показан постельный режим. Большое значение имеет соблюдение диеты.

ГАСТРИТ ОСТРЫЙ

Причины возникновения острого гастрита.

Острый гастрит обычно связан с токсикоинфекцией в результате употребления в пищу недоброкачественных продуктов питания, иногда зависит от приема лекарств, аллергии к пищевым продуктам.

Основные симптомы острого гастрита.

Заболевание начинается довольно остро, иногда бурно. Проявляется недомоганием, головной болью, рядом диспепсических нарушений, тошнотой, рвотой, болью в подложечной области. Чаще заканчивается выздоровлением в течение 1—2 дней. При более тяжелом течении могут быть озноб, лихорадка, повторная рвота, нарушение стула, явления общей интоксикации. При отравлении растворами кислот и щелочей гастрит характеризуется глубокими некротическими изменениями стенки желудка, наличием ожога слизистой оболочки рта, губ, пищевода. Больные испытывают резкие боли в обожженной области, имеются явления общей интоксикации с развитием шока.

Лечение и уход за больными с острым гастритом.

Больным острым гастритом по назначению врача сестра проводит промывание желудка. Медсестра следит также за тем, чтобы больной в течение 1-2 дней находился на строгой диете. В последующие 4-5 дней рекомендуется соблюдать щадящую диету.

При гастритах назначают слабительное, при выраженных болях в животе вводят папаверин, платифиллин под кожу.

ГАСТРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Особенность хронического гастрита.

Хронический гастрит — это поражение слизистой оболочки желудка, приводящее к постепенной ее атрофии. Возникает при систематических погрешностях в диете, злоупотреблении алкоголем, некоторых других заболеваниях.

Больных беспокоит чувство тяжести в подложечной-области вскоре после еды, тошнота, отрыжка, реже рвота. Болезнь может протекать с обострениями, которые провоцируются чаще всего погрешностями в диете.

Лечение и уход за больными с хроническим гастритом.

Целесообразно соблюдение механически щадящей диеты с исключением алкогольных напитков, копченостей, острых приправ, консервов. При снижении желудочной секреции можно назначать мясные и овощные бульоны, препараты желудочного сока, хлористоводородную кислоту. При упорных болях, ощущении тяжести в животе показано применение спазмолитических средств (реглан, папаверин, но-шпа).

ГЕПАТИТ

Основные разновидности гепатита.

Гепатит — это поражение печени, обусловленное воздействием инфекционных и токсических факторов. Различают острый и хронический гепатит. Наиболее частой причиной острого гепатита является вирус, вызывающий болезнь Боткина. Кроме того, острые гепатиты могут быть обусловлены воздействием токсических агентов, а также злоупотреблением алкоголем.

Особенность течения острого гепатита.

Для острого гепатита характерны увеличение печени, появление желтухи, снижение аппетита, слабость, изменение лабораторных показателей (увеличение содержания билирубина). Эти проявления в случае интоксикации сочетаются с другими ее симптомами, с поражением костного мозга, нервной системы, почек и т. д. Течение болезни может быть разнообразным: от легкого, малосимптомного до тяжелого, быстро прогрессирующего, вплоть до развития печеночной комы.

Основные принципы лечения острого гепатита.

Лечение проводят дифференцирование в зависимости от этиологии поражения. Назначают полупостельный режим, диету, содержащую достаточное количество витаминов, белка, жидкости (вливание глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия).

Особенность течения хронического гепатита.

Хронический гепатит чаще развивается как исход острого вирусного гепатита. На его прогрессирование влияет и нарушение иммунных процессов. Болезнь может длительно протекать скрыто, выявляясь иногда лишь при развитии цирроза печени.

Нередко больные жалукртся на боли в области печени (обычно тупые) снижение аппетита, горечь, сухость во рту, диспепсические явления. При обследовании обнаруживают увеличение печени, иногда селезенки, в крови возможно повышение уровня билирубина.

Основные принципы-лечения и ухода при хроническом гепатите.

Больному необходим рациональный режим, в период обострения режим должен быть более строгим, в течение некоторого времени необходимо пребывание в стационаре. Имеет значение соблюдение полноценной диеты с достаточным содержанием белков и витаминов, особенно группы В, аскорбиновой кислоты. Важно воздержание от алкоголя и приема лекарств, ухудшающих функцию печени.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Основные причины желчнокаменной болезни.

Желчнокаменная болезнь характеризуется образованием камней в желчном пузыре или общем желчном протоке. Этому способствуют нарушения обмена холестерина и некоторых солей, инфекции желчевыводящих путей, нарушения оттока желчи из пузыря. Камни могут состоять из холестерина, билирубина, солей кальция.

Основные симптомы желчнокаменной болезни?

Типичными проявлениями болезни являются желчная колика и диспепсические явления. При колике появляются боли в правом подреберье, часто очень сильные, отдающие в правое плечо и лопатку. Боли могут появиться через 2—3 часа после еды (часто после употребления жирной пищи), иногда после длительной тряской езды. Боль сопровождается тошнотой, рвотой. Если приступ связан с движением камня в желчных путях и закупоркой их, то возникает выраженная желтуха. При этом могут быть признаки обострения холецистита с повышением температуры, изменениями в крови. Однако нередко обострение желчнокаменной болезни может проявиться одним диспепсическим синдромом с чувством полноты в подложечной области, отрыжкой, иногда рвотой. При этом боли в правом подреберье могут быть выражены незначительно.

Лечение и профилактика заболевания.

Лечение и профилактика заключаются, прежде всего, в правильном питании, ограничении употребления жирной пищи, приеме желчегонных. Своевременному опорожнению желчного пузыря способствует дробное питание, т. е. больному дают небольшое количество пищи примерно каждые 4 часа. С этой же целью больной должен выпивать 6—8 стаканов жидкости в день. Так как движения диафрагмы способствуют опорожнению желчного пузыря, больные вне периода обострения заболевания должны двигаться, совершать физические упражнения и пешеходные прогулки.

В период желчной колики необходимы диета, введение атропина, а при сильных болях — промедола. Вне обострений показано санаторно-курортное лечение. При возникновении тяжелых осложнений, а также при частых обострениях желчнокаменной болезни необходимо хирургическое вмешательство.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЕ И КИШЕЧНОЕ

Основные признаки желудочного и кишечного кровотечения.

Такое кровотечение является симптомом ряда разнообразных заболеваний желудка, кишечника, печени, пищевода и др. Нередко медсестра первая наблюдает у больного дегтеобразный стул и рвотные массы в виде «кофейной гущи», что обусловлено действием желудочного сока на гемоглобин. При кровотечении из толстого кишечника в кале появляется примесь алой крови. При обнаружении этих симптомов сестра немедленно вызывает к больному врача. Небольшие кровотечения распознаются с трудом, иногда лишь при наличии хронической железодефицитной анемии или при исследовании кала на скрытую кровь.

В чем опасность желудочного или кишечного кровотечения?

Массивное кровотечение из желудочно-кишечного тракта может сопровождаться быстрым развитием коллапса, острой постгеморрагической анемией.

Желудочно-кишечными кровотечениями осложняются чаще всего язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит, рак желудка, цирроз печени с портальной гипертензией и расширением вен пищевода, а также геморрагические диатезы, эзофагиты и др. Кровотечения из толстого кишечника могут быть вызваны раком, геморроем, неспецифическим язвенным колитом.

Особенности ухода за больными.

Больных с массивным кровотечением госпитализируют в хирургическое отделение. Показано соблюдение строгого постельного режима, по показаниям — переливание крови, введение хлорида кальция, викасола. Сестра следит, чтобы в начальный период кровотечения больные не принимали никакой пищи. В дальнейшем разрешается холодная жидкая пища, содержащая молоко, желе, яичные белки. Диета постепенно расширяется.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Причины цирроза печени.

Цирроз печени — хроническое заболевание печени, протекающее с нарушением ее функций и увеличением органа. Чаще цирроз печени является исходом вирусного гепатита, протекающего иногда длительно без характерных клинических симптомов. Другая важная причина болезни — злоупотребление алкоголем.

У больных отмечаются слабость, плохой аппетит, тошнота, рвота, боли в правом подреберье, носовые кровотечения. Пальцы у страдающих циррозом печени могут принимать форму барабанных палочек, ногти — часовых стекол. Возможна гиперемия ладоней, образо^ вание на теле больного характерных «сосудистых звездочек». Больные выглядят чаще истощенными. Нередко наблюдается асцит — скопление жидкости в брюшной полости. При нарастании асцита врач проводит пункцию брюшной полости, а медсестра помога-' ет ему.

Симптомы печеночной комы.

Прогрессирование цирроза печени с нарушением ее функции может привести к печеночной коме. Медсестра должна внимательно следить за состоянием больного, а при ухудшении самочувствия пациента немедленно вызвать к нему врача. Для печеночной комы характерны нарушение нервной деятельности, бессонница, апатия, сонливость, периодические раздражительность и агрессивность. Обычно нарастает желтуха. Смерть может наступить при нарастании интоксикации, гипотонии, гипотермии, явлений геморрагического диатеза.

Особенности диеты и лечения при циррозе печени.

Питание должно быть разнообразным, высококалорийным, с достаточным содержанием полноценного белка (до 200 г в день). При асците и задержке жидкости ограничивают поваренную соль. Назначают витамины группы В. При наличии жировой дистрофии (у лиц, страдающих алкоголизмом) показаны метионии, холина хлорид. При асците и отеках вводят мочегонные: фуросемид, гипотиазид, верошпирон.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Общая характеристика заболевания.

Язвенная болезнь характеризуется возникновением язв на слизистой оболочке желудка или. двенадцатиперстной кишки. Болезнь протекает с периодическими обострениями и ремиссиями (иногда длительными), встречается у мужчин в 4—5 раз чаще, чем у женщин.

Развитию болезни способствуют наследственные факторы, длительное психоэмоциональное напряжение, особенности питания с нарушением его ритма и частым употреблением продуктов, оказывающих выраженное сокогонное действие. В некоторых случаях очевидна роль воздействия на слизистую оболочку таких лекарств, как ацетилсалициловая кислота, а также длительного лечения кортикостероидами.

Симптомы наиболее характерны для язвенной болезни.

Наиболее характерные симптомы — боли в подложечной области, диспепсические явления (тошнота, рвота, изжога), кровотечения. Боли в животе могут иррадиировать в позвоночник, обычно они связаны с приемом пищи и появляются через 30—40 минут (ранние) или 1,5—2 часа (поздние) после приема пищи. Поздние боли обычно имеют место при язвах двенадцатиперстной кишки. Для них характерны боли натощак, ночные, уменьшающиеся сразу после приема пищи. Иногда на высоте болей возникает рвота, которая приносит облегчение больному. Изжога наступает обычно после еды, реже натощак и ночью и связана с забрасыванием желудочного сока в нижний отдел пищевода. Аппетит при язвенной болезни сохранен, однако из-за страха перед болями больные избегают иногда принимать пищу. Нередко болезнь может длительно протекать бессимптомно, проявляясь внезапным кровотечением с рвотой в виде «кофейной гущи», дегтеобразным стулом, быстрым развитием анемии, постгеморрагического шока. Эти осложнения, как и прободение язвы, могут развиться на высоте других клинических проявлений заболевания и требуют госпитализации в хирургическое отделение. Если рвота «кофейной гущей» возникла у больного в стационаре, медсестра немедленно вызывает врача. О внутреннем кровотечении может свидетельствовать появление у больного внезапных обмороков.

Иногда в период обострения больные худеют, у них отмечаются астеноневротические и вегетативные расстройства со склонностью к брадикардии, потливости и т. д.

Обострения болезни обычно наблюдаются весной и осенью и могут сменяться длительными ремиссиями. .

Лечение и профилактика язвенной болезни состоит, прежде всего, в соблюдении диеты и регулярного режима питания, прекращении курения, ограничении физической нагрузки и действия факторов, травмирующих психику. Особенно важно соблюдение этих мероприятий весной и осенью.

Лечение обострения болезни предусматривает соблюдение режима покоя, включая постельный режим в условиях стационара. Диета должна быть достаточно калорийной и не возбуждать моторную и секреторную функцию желудка. Питаться следует 5—6 раз в сутки. Исключают острые и соленые продукты и приправы, жареные блюда, сало, копченую рыбу. Рекомендуются вегетарианские протертые супы с добавлением сливок, нежирное мясо в отварном виде, яйца всмятку, омлеты, кисели, сливочное масло, фруктовые соки. Постепенно следует расширять диету, включая употребление сухарей и белого хлеба, каш, макарон, нежирной ветчины, творога, сметаны. Ограничивают прием соли. Медицинская сестра следит за режимом питания больного.

Основные принципы лечения заболевания.

Применяют ощелачивающие и вяжущие средства (например, викалин по 1—2 таблетки 3—4 раза в день после еды). Сходным действием обладают альмагель и фосфалюгель, а также смесь Бурже (сочетание гидрокарбоната натрия, фосфата и сульфата натрия). Одновременно назначают спазмолитические и холинолитические средства: папаверин с платифиллином или в комбинации с экстрактом белладонны, атропин по 5—15 капель внутрь или по 1 мл 0,1 % под кожу 2 раза в день (наступление эффекта атропина оценивается по появлению сухости во рту). Седативный эффект достигается назначением препаратов брома, валерианы, транквилизаторов (мепротан, диазепам). В период выздоровления при отсутствии признаков скрытого желудочного кровотечения проводят физиотерапию (грелки, согревающие компрессы, в дальнейшем грязевые, парафиновые аппликации, диатермия). При упорном течении, а также при осложнениях язвенной болезни (прободение, перерождение язвы в рак, стеноз привратника) необходимо оперативное вмешательство. Лечение язвенных кровотечений может быть консервативным (при однократной необильной кровопотере) и хирургическим (прежде всего при остром массивном кровотечении). Вне обострения язвенной болезни показано санаторно-курортное лечение.

Больные подлежат диспансерному наблюдению с проведением курсов противоязвенного лечения.

Литература

1. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. — М.: Медицина, 1991.- 254 с.
2. Гостищев В.К. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии.— М.: Медицина, 1987. — 317 с.
3. Морозов Г.В., Царегорцев Г.И. Медицинская этика и деонтология. —- М.: Медицина, 1983. - 270с.
4. Назар П.С.,Шахлша Л.Г. Загальний та спещальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації. - К.: Олімпійсъка література, 2007. -240с.
5. Братусь В.Д., Бутылин ЮМ., Дмитриев ЮЛ. Интенсивная терапия в неотложной хирургии. — К.: Здоровья, 1989. — 277 с.
6. Арапов Д.А. Анаэробная газовая инфекция. —М.: Медицина, 1972. — 216с.
7. Аръев Т.А. Ожоги и отморожения .— М.: Медицина, 1971. — 285 с.
8. Балтайтис Ю.В., Кушнир В.Е., Корсуновский А.Н. Неспецифический язвенный колит. — К.: Здоров'я, 1986. — 192 с.
9. Белокуров Ю.Н., ГратнещийАБ., Молодкин В.М. Сепсис. — М.: Медицина, 1983.—128с.
10. Бояринов Т.А. Геморрагический шок (патогенез, клиника, диагностика и лечение). Основы интенсивной терапии в хирургической практике. Избранные лекции. / Под ред. М.П. Шмерельсона. —- Нижний Новгород, 1992.—155с.
11. Братусь В.Д, На пути к асептике и обезболиванию в хирургии. — К.: Наукова думка, 1984. - 166 с.
12. Веремеенко К.Н. Ферменты протеолиза и их ингибиторы в медицинской практике. —К.: Здоров'я, 1971. — 198 с.
13. Вгрхратсъшй С.А 1стор1я медицини. — К.: Вища школа, 1974.— 335 с.
14. Вихреев Б.С, Бурмистров Б.М. Ожоги. — М.— Л.: Медицина, 1986.— 272 с.
15. Гнатышак А.И. Учебное пособие по общей клинической онкологии. — М.: Медицина, 1975. — 216 с.
16. Григорян А.В. Практикум по общей хирургии. — М.: Медицина, 1970. — 286 с.