

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/174898>

Тип работы: ВКР (Выпускная квалификационная работа)

Предмет: Медицина

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 7

1.1. Этиология, патогенез, классификация ожогов и отморожений 7

1.1.2. Ожоги 7

1.1.3. Отморожения 15

1.2. Лечение пациентов с ожоговыми травмами и отморожениями 18

1.3. Неотложная помощь при ожогах и отморожениях на догоспитальном этапе 21

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 22

2.1. Характеристика базы исследования 22

2.2. Характеристика обязанностей фельдшера по оказанию медицинской помощи пациентами на догоспитальном этапе 23

2.3. Анализ статистической информации 26

2.4. Анализ клинических случаев 27

2.5. Рекомендации по повышению эффективности неотложной помощи при ожогах и отморожениях 41

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 43

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 45

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 46

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 7

1.1. Этиология, патогенез, классификация ожогов и отморожений 7

1.1.2. Ожоги 7

1.1.3. Отморожения 15

1.2. Лечение пациентов с ожоговыми травмами и отморожениями 18

1.3. Неотложная помощь при ожогах и отморожениях на догоспитальном этапе 21

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 22

2.1. Характеристика базы исследования 22

2.2. Характеристика обязанностей фельдшера по оказанию медицинской помощи пациентами на догоспитальном этапе 23

2.3. Анализ статистической информации 26

2.4. Анализ клинических случаев 27

2.5. Рекомендации по повышению эффективности неотложной помощи при ожогах и отморожениях 41

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 43

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 45

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 46

ПРИЛОЖЕНИЕ А 49

ПРИЛОЖЕНИЕ Б 53

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Ожог представляют собой заболевание, которое возникает при воздействии на организм высоких температур, при химическом, электрическом, радиационном воздействии [4, с. 137].

Ожог – это один из видов травмы, который возникает при действии на ткани организма физических, химических, радиационных и пр. факторов. В мирное время наиболее часты термические ожоги [1, с. 28]. Их доля достигает 80-90%. Ожоги возникают вследствие высокотемпературного воздействия на тело, которое

разрушает и/или повреждает кожу и подлежащие ткани. Кроме термических ожогов выделяются электрические, химические и радиационные ожоги. Ожоги – это один из самых с ложных видов травм. Ожоговые пациенты испытывают сильную боль, подвержены различным тяжелым осложнениям, сопровождающим ожоги, нуждается в непрерывном, длительном лечении и междисциплинарном подходе [10, с. 103].

Достаточно распространены и пациенты с химическими ожогами, которые также страдают от интенсивной боли, подвергаются длительному лечению, часто становятся инвалидами [8, с. 55].

В свою очередь, отморожения – это заболевание, связанное с местным воздействием на организм низких температур, приводящее к трофическим нарушениям [15, с. 104]. Несмотря на то, что отморожения сегодня имеют несколько меньший вес в сравнении с ожогами, они остаются одной из самых актуальных проблем современной медицины.

Пациенты, которые подвергаются ожогами – это крайне разнообразный контингент. Так, нельзя не вспомнить про такой вид химических ожогов как профессиональные ожоги, ожоги, полученные в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, ожоги, связанные с суицидами. Очень часто ожоги происходят у пациентов детского возраста.

Все эти пациенты, как правило, в первую очередь, обращаются в службу скорой медицинской помощи, где им оказывается первичная медицинская помощь. В том числе такой вид помощи оказывается и фельдшером, что делает тем данной работы актуальной.

Объект исследования: ожоги и отморожения.

Предмет исследования: деятельность фельдшера по оказанию неотложной помощи при ожогах, отморожениях на догоспитальном этапе.

Цель исследования состоит в том, чтобы изучить деятельность фельдшера по оказанию неотложной помощи при ожогах, отморожениях на догоспитальном этапе.

Задачи исследования:

1. Выявить понятие, этиологию, патогенез, лечение ожогов и отморожений.
2. Проанализировать алгоритм медицинской помощи при ожогах и отморожениях на догоспитальном этапе.
3. На практическом примере проанализировать деятельность фельдшера по оказанию неотложной помощи при ожогах, отморожениях на догоспитальном этапе.

Гипотеза исследования состоит в том, что профессиональные действия фельдшера скорой медицинской помощи по оказанию неотложной помощи при ожогах, отморожениях на догоспитальном этапе оказывает существенное влияние на прогноз заболевания, смертность населения от заболевания.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что были обобщены данные о происхождении, развитии, отличительных чертах ожогов и отморожений, были приведены алгоритмы оказания медицинской помощи при отморожениях на догоспитальном этапе.

Практическая значимость исследования состоит в том, что были изучены клинические примеры, проанализирована деятельность фельдшера по оказанию неотложной помощи при ожогах, отморожениях на догоспитальном этапе. Полученные сведения могут быть использованы в практической деятельности фельдшера скорой медицинской помощи, для составления методических рекомендаций, руководств.

Методы исследования:

1. Анализ литературы по проблеме исследования.
2. Анализ первичной медицинской документации.

Выпускная квалификационная работа выполнена на 50 страницах машинописного текста, включает в себя введение, две главы, заключение, список использованных источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

1.1. Этиология, патогенез, классификация ожогов и отморожений

1.1.2. Ожоги

Ожоги – это поражение тканей организма, возникшее в результате местного действия высоких температур, химических веществ, электрического тока, ионизирующего излучения. Наука, изучающая ожоговые поражения и связанные с ними патологические состояния называется комбустиология [9, с. 40; 11, с. 5].

Классификация ожогов предполагает разные подходы. Так, исходя из разнообразия поражающих факторов, ожоги подразделяются на:

- Термические ожоги – наиболее массовый вид ожоговых травм. Характер и тяжесть термического ожога зависит от ряда факторов – температуры воздействия, теплопроводности горячего агента, времени контакта с горячим агентом, влажности окружающей среды, состояния кожного покрова и организма человека в целом.
- Химические ожоги возникают при попадании на кожу химических веществ, например кислот и щелочей. На долю химических ожогов приходится около 5-7% всех ожоговых травм.
- Электрические ожоги составляют около 3% всех ожоговых травм, но при этом являются крайне опасными из-за повреждения внутренних органов.
- Лучевые ожоги – это следствие воздействия на организм человека инфракрасного, ультрафиолетового или ионизирующего излучения [17, с. 647].

Вторая из наиболее применимых классификаций ожогов подразделяет их по глубине поражения (рисунок А1, Приложение А).

В России принято использовать четырехстепенную классификацию:

- I степень – это поражение кожи на уровне эпидермиса, которая проявляется в виде покраснения и отека.
- II степень – это повреждение эпителия с образованием пузырей, заполненных жидкостью.
- III степень – это поражение, сопровождающееся некрозом кожи. Выделяют степень IIIa и IIIб. При степени IIIa наблюдается некроз эпителия и поверхностных слоев дермы. Степень IIIб отличается некрозом всех слоев дермы с переходом на подкожную клетчатку (рисунок А2, Приложение А).
- IV степень – это некроз всей кожи и нижележащих тканей вплоть до костей (рисунок А3, Приложение А) [16, с. 45].

Третья классификация, активно применяющаяся в клинической медицине подразделяет ожоги по площади поражения. При этом наибольшее значение имеет относительная площадь поражения, т.е. доля пораженных участков к общей площади кожного покрова.

Существует несколько подходов к определению относительной площади поражения при ожогах:

- Метод А. Уоллеса или «Правило девяток». По нему площадь головы и рук у взрослых людей – 9%, ног – по 18% каждая, передней поверхности тела – 18%, задней поверхности тела – 18%, промежности – 1%. Для детей 5 лет и старше, площадь головы принимается за 14%, а ног – за 16% каждая. Для детей младше 5 лет – площадь головы и ног – по 14%. Пример расчета площади ожога, степени ожога можно видеть на рисунке А4 (Приложение А).
- Метод И.И. Глумова, или «Правило ладони». По данному методу площадь ожога сравнивается с площадью ладони взрослого человека, которая принимается за 1%.
- Метод Г.Д. Вилявина. По данному методу распространенность ожогового процесса, его характер и глубину необходимо наносить на специальные таблицы, которые корректируют в процессе лечения пациента.
- «Правило сотни». Согласно данному правилу складывается возраст пациента и площадь повреждения кожи в % от общей площади кожи. При значении меньше 60 прогноз благоприятный, от 61 до 80 – относительно благоприятный, от 81 до 100 – сомнительный, свыше 100 – неблагоприятный [13, с. 338-341]
- Индекс Франка. Согласно индексу складываются площадь поверхностных ожогов (степени I, II и IIIa) и утроенная площадь глубоких (степени IIIб и IV). При значении индекса ниже 30 – прогноз благоприятный, от 31 до 60 – относительно благоприятный, от 61 до 90 – сомнительный, свыше 90 – неблагоприятный [7, с. 177-178].

Помимо разделения ожогов по характеру поражающего фактора, глубине и площади поражения выделяется ряд других классификаций. По обстоятельствам получения ожоги разделяются на:

- производственные;
- бытовые;
- полученные в военное время.

По локализации ожоги делятся на:

- ожоги конечностей;
- ожоги тела;
- ожоги лица;
- ожоги волосистой части головы;
- ожоги верхних дыхательных путей;
- ожоги промежности.

Обширные и глубокие ожоги вызывают специфическую общую реакцию организма, ведущую к нарушениям функций внутренних органов и называемую ожоговой болезнью. Ожоговая болезнь развивается при ожогах свыше 15-20% площади тела в случае с поверхностными и свыше 10% площади тела в случае с глубокими поражениями. Для детей и пожилых взрослых эта цифра может снизиться до 5% [17, с. 648].

Принято выделять четыре стадии ожоговой болезни:

- ожоговый шок;
- острая ожоговая токсемия;
- септикотоксемия;
- реконвалесценция (выздоровление).

Ожоговый шок проявляется выраженным нарушением микроциркуляции и длится до 72 часов. Ожоговый шок имеет свои особенности. Среди них:

- выраженная потеря плазмы крови;
- разрушение эритроцитов (гемолиз);
- отсутствие массивной кровопотери;
- нарушение функции почек (острая почечная недостаточность);
- невозможность устранения причинных факторов шока хирургическим путем [20, с. 29-30].

Клиническая картина ожогового шока отличается большим разнообразием и не всегда однотипна. В течении ожогового шока выделяют эректильную и торпидную фазы. Из многочисленных признаков ожогового шока к числу наиболее типичных относятся: тахикардия до 90 ударов в минуту, снижение на протяжении нескольких часов максимального артериального давления ниже 95 мм рт. ст., стойкое снижение суточного объема выделяемой мочи, или олигурия (менее 30 мл мочи в час), температура тела в пределах 37,1°C-38°C, рост в крови азотных продуктов обмена (выше 40-50 ммоль/л), упорная рвота, выраженный ацидоз, сознание, как правило, сохранено [17, с. 30-34].

Острая ожоговая токсемия является следствием поступления продуктов распада обожженных тканей в кровяное русло. Стадия длится до начала возникновения инфекционного процесса в тканях – 8-15 дней.

Переход от первой стадии ожоговой болезни (ожогового шока) ко второй сопровождается восстановлением диуреза и повышением температуры тела.

В период острой ожоговой токсемии обнаруживаются клинические признаки, связанные с интоксикацией центральной нервной системы и отеком головного мозга (возбуждение, бред, зрительные и слуховые галлюцинации, судороги, иногда глубокое угнетение сознания), с токсическим миокардитом (тахикардия, артериальная гипотензия, глухость сердечных тонов, иногда систолический шум и признаки сердечной недостаточности), расстройством дыхания (пневмония, отек легких), расстройствами со стороны желудочно-кишечного тракта (отсутствие аппетита, жажда, тошнота, рвота, поносы), нарушением обмена веществ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов, умеренная анемия [12, с. 156-157].

Когда происходит отторжение ожогового струпа и нагноение ожоговой раны начинается третья стадия ожоговой болезни – септикотоксемия. Она связана с началом инфекционного процесса в ранах и длится от 2 недель до нескольких месяцев. Данная стадия подразделяется на две фазы:

1. Фаза первая – от начала отторжения струпа до полного очищения раны. При этом состояние пациента остается тяжелым. Для данной фазы характерна высокая температура тела (39,0-40,5°C), отсутствие острых психических расстройств, присутствие раздражительности, плаксивости, нарушения сна. На фоне снижения аппетита обычно снижается масса тела (на 15-30%). Для тяжелообожженных пациентов характерны признаки дистрофии миокарда, часто развивается пневмония, нередко эрозивные гастриты, острая язва, которая часто осложнена желудочно-кишечными кровотечениями. Разувающийся токсический гепатит проявляется в виде тошноты, рвоты, пожелтения кожных покровов и склер, увеличения линейных размеров печени, повышения уровня билирубина. Для большинства больных характерна бактериемия, часто развивается пиелонефрит. Для всех больных, площадь поражения тела которых превышает 10%, характерна анемия. Причина анемии заключается в угнетении выработки эритроцитов и кровопотерях из ран во время перевязок.

В данной фазе может развиваться также острая почечная недостаточность. Ее причинами являются присоединившаяся инфекция, токсическое поражение почек антибиотиками. Данное осложнение проявляется почечными коликами, понижением артериального давления, тошнотой, рвотой, жаждой, сниженным объемом выделяемой мочи.

2. Фаза вторая – период существования гранулирующих ран до полного их заживления [12, с. 157-160].

Реконвалесценция начинается после заживления ран. На этой стадии кожный покров восстановлен,

начинается процесс нормализации обмена веществ и работы всех органов и тканей человека. Все нарушения подвергаются постепенной инволюции.

К числу наиболее тяжелых осложнений ожоговой болезни относятся пневмонии, сепсис, бактериальный шок, ожоговое истощение, острые хирургические патологии живота [14, с. 704].

Отдельно следует рассмотреть термические ожоги при ударе электрическим током. Электрический ток – это упорядоченное (направленное) движение заряженных частиц (электронов, ионов). Различают постоянный и переменный ток. Постоянный электрический ток не изменяется во времени ни по направлению, ни в пространстве. Необходимыми условиями для его возникновения являются наличие свободного носителя зарядов, наличие замкнутой проводящей цепи, наличие электрического поля, энергия которого затрачивается на перемещение заряженных частиц. Переменным называется электрический ток, который в течение времени изменяется по величине и (или) направлению.

В целом механизм действия электрического тока на организм человека складывается из следующих типов воздействия:

1. Специфическое воздействие:

- Биологическое действие электрического тока состоит в раздражении поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры, эндокринной системы, нервной системы. В результате тонического сокращения мышц возникает сокращение диафрагмы, фибрилляция сердечной мышцы, спазм голосовой щели, сосудов. Данное обстоятельство приводит к нарушению функций дыхания, сердечной деятельности.
- Электрохимическое действие обуславливается расхождением заряженных частиц и изменением их концентрации у различных электрических полюсов. В результате у анода формируется коагуляционный некроз (плотная, сухая консистенция), у катода – колликвационный некроз (мягкие, дряблые ткани с большим количеством жидкости).
- Тепловое действие обуславливается разницей в электропроводности тканей. Чем выше коэффициент сопротивления тканей, тем больше будет температура. Поскольку кожа обладает самой высокой сопротивляемостью, то на ней возникают электроожоги вплоть до обугливания.
- Механическое действие связано с тем, что быстрое выделение тепла приводит к взрывообразному эффекту. Часто при этом происходит отрыв конечностей, отбрасывание пострадавших в сторону. Чем выше напряжение, тем сильнее будет механический эффект.

2. Неспецифическое воздействие:

- Световое излучение – это вспышка при коротком замыкании, которая представляет собой пламя электрической дуги. В результате часто возникает поражение органов зрения в виде ожога роговицы, электроофтальмопатии, конъюнктивита.
- Звуковой эффект сопровождает разряд молнии, представляет собой гром, который может поражать органы слуха (разрыв барабанной перепонки, тугоухость).
- Эффект металлизации – результат разбрызгивания мелких частиц металла от электрического проводника при коротком замыкании. Эти частицы впиваются в кожу.

Клиническая картина при поражении электрическим током разнообразна и зависит от тяжести и особенностей получения электротравмы. С целью классификации тяжести повреждений электрическим током сегодня используется две классификации. По классификации Френкеля Г.Л. выделяются следующие степени тяжести электротравм:

- I степень – частичные судороги.
- II степень – общие судороги, которые не влекут за собой состояния протрации.
- III степень – тяжелая протрация, невозможность некоторое время двигаться, потеря сознания или без него.
- IV степень – моментальная смерть или смерть с предшествующей протрацией.

Предлагается следующая классификация:

- I степень – легкая электротравма. Отмечаются судорожные сокращения мышц без потери сознания.
- II степень – электротравма средней степени тяжести. Отмечается судорожное сокращение мышц, потеря сознания. Изменений на электрокардиограмме не регистрируется.
- III степень – тяжелая электротравма. Отмечается потеря сознания, нарушение сердечной деятельности, дыхательной деятельности.
- IV степень – крайне тяжелая электротравма. У пострадавшего наступает клиническая смерть.

Действие электрического тока на организм разнообразно, но, как правило, затрагиваются нервная, сердечно-сосудистая, опорно-двигательная система, кожа, органы чувств, дыхания.

Очень часто следствием воздействия тока являются ожоги вплоть до полного обугливания кожи и

подлежащих тканей. Чаще всего речь идет об электрометках округлой или овальной формы светло-белого или бледно-желтого цвета, представляющих собой участки сухого некроза. Метки вследствие поражения нервных окончаний безболезненны, волосы спиралевидно закручены, характеры явления металлизации (отложение частиц металла проводника на коже). Возможны ожоги вследствие возгорания одежды. Классификация ожогов не отличается от таковой при термических поражениях.

Так, выделяются следующие степени поражения кожи:

- I степень – это поражение кожи на уровне эпидермиса, которая проявляется в виде покраснения и отека.
- II степень – это повреждение эпителия с образованием пузырей, заполненных жидкостью.
- III степень – это поражение, сопровождающееся некрозом кожи. Выделяют степень IIIa и IIIб. При степени IIIa наблюдается некроз эпителия и поверхностных слоев дермы. Степень IIIб отличается некрозом всех слоев дермы с переходом на подкожную клетчатку.
- IV степень – это некроз всей кожи и нижележащих тканей вплоть до костей [13, с. 349-352].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агаджанова, К.В. Восстановление кожных покровов после ожогов средней тяжести / К.В.Агаджанова// COLLOQUIUM-JOURNAL, 2019. - №26-3(50). - С. 27-29.
2. Алгоритм оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации: пособие для медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи. – СПб.: ИП Шевченко В.И., 2018. – 158 с.
3. Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document/default/download/765.html> (дата обращения: 27.02.2021).
4. Буянов, В.М. Первая медицинская помощь: учебник / В.М.Буянов, Ю.А.Нестеренко. - 7-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. - 224 с.
5. Верткин, А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров/ А.Л.Верткин, К.А.Свешников. - М.: Издательство «Э», 2017. - 560 с.
6. Гостищев, В.К. Общая хирургия: учебник для медицинских вузов / В.К.Гостищев. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. - 832 с.
7. Кавалерский, Г.М. Медицина чрезвычайных состояний. Хирургия катастроф: учебник / Г.М.Кавалерский, А.В.Гаркави. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. - 376 с.
8. Крылов, К.М. Алгоритм действий по оказанию медицинской помощи пострадавшим с ожогами на догоспитальном этапе / К.М.Крылов, О.В.Орлова, И.В.Шлык// Скорая медицинская помощь, 2010. - Т.11. - №2. - С. 55-59.
9. Манаков, В.Ю. Ожоги. Классификация и лечение ожогов / В.Ю.Манаков// Современные научные исследования и инновации, 2020. - №11(115). - С.40.
10. Матвееenko, А.В. Прогнозирование исхода термических ожогов / А.В.Матвееenko// Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2009. - Т.168. - №6. - С.101-104.
11. Михин, И.В. Ожоги и отморожения: Учебное пособие/ И.В.Михин, Ю.В.Кухтенко. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 87 с.
12. Общая хирургия: учебник / под ред. С.И. Емельянова, М.Д.Дибирова, А.В.Федорова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003. - 392 с.
13. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов / под ред. П.Н.Зубарева и А.В.Кочеткова. - 3-е изд., доп. и испр. - СПб.: СпецЛит, 2011. - 607 с.
14. Общая хирургия: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / под ред. Н.А.Кузнецов. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 896 с.
15. Отвагина, Т.В. Неотложная медицинская помощи: учебник / Т.В.Отвагина. - 10-е изд. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 251 с.
16. Парамонов, Б.А. Ожоги: Руководство для врачей / Б.А. Парамонов, Я.О.Порембский, В.Г.Яблонский. - СПб.: СпецЛит, 2000. - 480 с.
17. Петров, С.В. Общая хирургия: учебник / С.В. Петров. - 4-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 832 с.
18. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации / под ред. А.Г.Мирошниченко, В.В.Руксина. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Невский Диалект – БХВ-Петербург, 2004. - 224 с.
19. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С.Ф.Багненко. - М.: ГЭОТАР-Медиа,

2020. – 896 с.

20. ШОК. Патогенез. Диагностика. Лечение: Руководство / Авт. сост С.В.Тарасенко, Н.В.Дмитриева, С.А.Матвеева. Под общ. ред. проф. С.В.Тарасенко. - Рязань: РИО РГМУ, 2005. - 67 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/174898>