

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://studservis.ru/diplomnaya-rabota/252835>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1 .ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ.....6

1.1. Исторические аспекты изучения бронхиальной астмы 6

1.2. Этиология, патогенез, факторы риска бронхиальной астмы 7

1.3. Классификация, клиническая картина бронхиальной астмы 12

1.4. Диагностическая деятельность медицинской сестры при бронхиальной астме 25

1.5. Лечебная деятельность медицинской сестры при бронхиальной астмы 34

1.6. Реабилитационная деятельность медицинской сестры при бронхиальной астме 40

1.7. Профилактическая деятельность медицинской сестры при бронхиальной астме 47

1.8. Сестринский процесс за пациентом при бронхиальной астме 53

ГЛАВА 2 .ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....71

2.1. Резюме по сестринской истории болезни 71

2.2. Анализ анкетирования пациентов 78

2.3. Анализ изучения проблем пациентов с заболеванием бронхиальной астмы 78

2.4. Анализ уровня информированности пациентов о своем заболевании 80

2.5. Анализ приверженности к лечению бронхиальной астмы 83

2.6. Анализ приверженности к диспансерному наблюдению с бронхиальной астмы 88

2.7. Анализ заболеваемости бронхиальной астмы по данным ГБУЗ НСО ЦКБ за 2020-2022 91

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 93

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ 97

ПРИЛОЖЕНИЕ 101

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Бронхиальная астма - это заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья. При бронхиальной астме бронхи воспалены, вследствие аллергического, инфекционного или нейрогенного воздействия. Актуальность исследования. Бронхиальная астма была и остается одной из главных медицинских и социальных проблем медицины нашего времени. За последние десять лет наблюдается значительное повышение возникновения случаев различных аллергических заболеваний, и, прежде всего бронхиальной астмы, которая является, на данный момент, проблемой мирового уровня и находится в эпицентре внимания медицинских работников различных специальностей.

Заболеваемость бронхиальной астмой в РФ, согласно данным различных эпидемиологических исследований, составляет приблизительно 2,2% от всех случаев заболеваемости бронхиальной астмой в мире, что в числах насчитывает около 7 млн. человек (9% детей и 5% взрослых). Из них примерно 1 млн. больных страдает тяжелыми формами бронхиальной астмы (астматический статус), но, следует отметить, что действительная общераспространенность бронхиальной астмы может быть в несколько раз больше, так как официально зарегистрирован лишь один случай из 5. [3].

Имеется много факторов, несущих в себе вероятность развития патологий дыхательной системы. Эксперты установили, что причиной такой тенденции стало: ухудшение экологических, климатических условий, частое применение антибиотиков и других лекарств, вызывающих аллергизацию, красители и консерванты, увеличение удельного веса продуктов питания, имеющих в своем составе химические пищевые добавки. Так как родители передают предрасположенность к бронхиальной астме своим детям, наследственный фактор играет определенную роль. Если в семье все здоровы, то вероятность того, что ребенок станет аллергиком, составляет 20%. Если же болен хотя бы один из родителей, этот процент возрастает уже до 50%.

Приведенные статистические данные указывают на возникновение в настоящее время актуальной проблемы в современной пульмонологии, которая обязывает средний медицинский персонал овладевать хорошими навыками в этой области. Всё это свидетельствует о том, что профилактика бронхиальной астмы является одной из важнейших проблем современной медицины.

Цель исследования: показать современные аспекты комплексного сестринского ухода при бронхиальной астме как фактор, повышающий качество жизни пациента на госпитальном этапе.

Задачи исследования:

1. Изучить современные теоретические аспекты о бронхиальной астме.
2. Определить основной комплекс проблем пациентов с бронхиальной астмой и составить план ухода.
3. Представить основные направления деятельности медицинской сестры по осуществлению сестринского ухода за пациентами с бронхиальной астмой в рамках диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий.
4. Осуществить наблюдение за пациентом с бронхиальной астмой.
5. Проанализировать статистику заболевания.
6. Провести анкетирование пациентов с бронхиальной астмой по изучению проблем пациентов, уровня приверженности пациентов к лечению, к диспансерному наблюдению, здоровому образу жизни и провести анализ анкетирования.

Объектом исследования: является процесс осуществления сестринского ухода за пациентами с бронхиальной астмой.

Предметом исследования: деятельность медицинской сестры в обеспечении качества жизни пациентов с бронхиальной астмой.

Методы исследования:

- аналитический;
- статистический;
- социологический;
- исторический;
- наблюдения;
- обобщения.

Структура: ВКР состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Исторические аспекты изучения бронхиальной астмы

Бронхиальная астма (БА) – это заболевание, характерным проявлением которого является хроническое воспаление дыхательных путей, респираторные симптомы (свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель), которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

БА занимает лидирующую позицию по распространенности среди населения. Если верить статистике, за 15 лет зафиксировано удвоение количества заболевших этой патологией.

По оценкам ВОЗ, сегодня БА болеет примерно 235 млн человек, а к 2025 году прогнозируется увеличение до 400 млн человек в мире. Так, в исследованиях 3 фазы (ISSAC) также выявлен рост мировой заболеваемости БА у детей в возрасте 6-7 лет (11,1-11,6%), среди подростков 13-14 лет (13,2-13,7%).

Упоминания о бронхиальной астме найдены в трудах классиков медицины со времён Гипократа.

Классическое описание клинической картины бронхиальной астмы принадлежит Г. И. Сокольскому (1838). До возникновения учения об аллергии Р. Лаэннек (1825), М. Я. Мудрое (1826), А. Родосский (1863) и др. объясняли патогенез астматического приступа неврогенным спазмом бронхиальных мышц (3).

В начале XX века после описания феномена анафилаксии у животных почти одновременно Е. О. Манойловым, Н. Ф. Голубовым и С. Мельтзер была предложена аллергическая теория бронхиальной астмы, подтверждённая в дальнейшем детальным клинико-иммунологическим анализом заболевания. В настоящее время аллергический генез бронхиальной астмы признается подавляющим большинством исследователей, однако существуют определённые различия в трактовке бронхиальной астмы с позиций нозологии у нас в стране и за рубежом.

Большинство зарубежных учёных рассматривают бронхиальную астму как синдромное понятие, включающее не только аллергическое поражение бронхов, но и различные бронхоспастические реакции неаллергического генеза. Отечественные исследователи А. Д. Адо, П. К. Булатов, Б. Б. Коган считают бронхиальную астму самостоятельным аллергическим заболеванием, а клинически сходные проявления при других заболеваниях они предлагают называть астмоидными синдромами. Примерами последних может быть бронхоспазм при опухолях и инородных телах бронхов, бронхо-сосудистое поражение лёгких при узелковом периартериите и др.(9).

Бронхиальная астма – одно из самых распространенных заболеваний человечества, которому подвержены люди всех возрастов. В настоящее время число больных БА во всем мире достигло 300 миллионов человек. В большинстве регионов продолжается рост заболеваемости и к 2025 году увеличится на 100-150 млн. В каждой из 250 смертей в мире повинна БА, причем, большую часть из которых можно было бы предотвратить. Анализ причин смерти от БА свидетельствует о недостаточной базисной противовоспалительной терапии у большинства больных и несвоевременно оказанной неотложной помощи при обострении. Но все же достигнуты определенные успехи в лечении БА: начали применяться новые методы иммунотерапии аллергической БА, переоценены существующие методы фармакотерапии, внедряются новые методы лечения тяжелой БА.

1.2. Этиология, патогенез, факторы риска бронхиальной астмы

Бронхиальная астма представляет собой гетерогенное заболевание, которое связано с хроническим воспалением дыхательных путей, респираторными симптомами, свистящим хрипом, одышкой, заложенностью в груди, кашлем. Симптомы обычно варьируют по времени, интенсивности, проявляются с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

В России на сегодняшний день бронхиальная астма – это одной из ведущих заболеваний органов дыхания. Частота встречаемости данной патологии плавно растёт. Так, в 2011 году в стране было зарегистрировано 1 359 567 случаев, в 2012 году – 1 374 123 случая, в 2013 году – 1 388 142 случая, в 2014 году – 1 406 493 случая, в 2015 году – 1 459 199 случаев, в 2016 году – 1 515 296 случаев, в 2017 году – 1 538 049 случаев бронхиальной астмы. Это от 951,0 до 1047,7 случаев на 100 тыс. всего населения страны. Если учесть, что число случаев заболевания всеми патологиями органов дыхания выросло с 55 759 351 в 2011 году до 59 246 116 в 2017 году, то можно говорить о доле бронхиальной астмы в этом объеме патологий в 2,4-2,6%. Иными словами, можно видеть, что заболеваемость бронхиальной астмой постоянно растёт.

Этиология бронхиальной астмы обширна. Этиологические факторы при воздействии на организм человека позволяют реализовать факторам риска развития болезни. К таким факторам относятся аллергены, респираторные инфекции, воздушные поллютанты. [6]

Среди аллергенов выделяются:

1) Аллергены природного происхождения:

□ Бытовые аллергены – домашняя пыль, содержащая в себе пылевого клеща, продукты его жизнедеятельности остатки тканей, частицы эпидермиса человека, животных, волосы, насекомых, пыльцу растений, грибы, бактерии и т.д.

□ Эпидермальные аллергены – частицы эпидермиса, перхоть, шерсть животных, частицы перьев птиц, частицы эпидермиса и волос человека.

- Аллергены насекомых, в частности пчел, шмелей, комаров, ос, мошек, тараканов.
- Пыльцевые аллергены – пыльца растений.
- Грибковые аллергены – частицы грибов из родов *Mucor*, *Penicillium*, *Aspergillus*, *Candida* и др.
- Пищевые аллергены – молоко, куриные яйца, пшеничная мука, ржаная мука, рыба, мясо, ягоды, фрукты, шоколад и др.

2) Лекарственные аллергены.

3) Профессиональные аллергены, в частности древесная пыль, пшеничная мука, чай, табак, эпидермис и шерсть животных, эпидермис и волосы человека, перья птиц, зерновые клещи, химические соединения (соли платины, никеля, хрома, ангидриды и др.), ферменты, гормоны. [2]

Респираторные инфекции представляют собой важный фактор развития бронхиальной астмы. Не случайно выделяется отдельная инфекционно-зависимая клиническая форма бронхиальной астмы. Особенно значимой является роль острых вирусных респираторных инфекций, которые вызываются вирусами гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальным вирусом, риновирусом.

Воздушные поллютанты представляют собой различные химические вещества, которые накапливаются в атмосфере в больших концентрациях, могут приводить к ухудшению здоровья человека, развитию бронхиальной астмы. Самыми часто встречающимися поллютантами являются оксиды углерода, серы, азота, металлы, озон, продукты сгорания жидкого топлива, различные промышленные выбросы. Особенно выделяется табачный дым, который содержит в себе большое число веществ, оказывающих токсическое влияние на организм человека в целом, органы дыхания в частности.

Факторами риска развития бронхиальной астмы являются наследственность, атопия, гиперреактивность бронхов.

Наследственность в структуре факторов риска развития бронхиальной астмы имеет большое значение. В частности, близнецовый метод исследования показал, что генетический вклад в развитие данной патологии составляет 30-70%. Если в семейном анамнезе у пациента нет атопии, то риск развития бронхиальной астмы составляет 10%, при наличии атопии у одного из родителей он возрастает до 20%. Если атопия отмечается у сиблинга, то риск развития бронхиальной астмы составляет 35%, у обоих родителей в разных формах – 42%, у обоих родителей в одинаковой клинической форме – 75%.

Вероятными кандидатами на гены, которые имеют значение при развитии бронхиальной астмы выступают гены, кодирующие синтез цитокинов, хемокинов, ассоциированных с Th2-ответом, гены, кодирующие рецепторы, ассоциированные с Th2-ответом, гены, участвующие в распознавании антигенов, гены, кодирующие синтез медиаторов воспаления. Сегодня изучение проблемы генетической предрасположенности к бронхиальной астме продолжает активно изучать, однако уже сегодня ясно, что заболевание это полиморфно.

Атопия представляет собой приверженность организма к выработке повышенного количества IgE в ответ на контакт с аллергеном окружающей среды. При этом повышенное количество IgE находится в крови пациента, у него отмечаются положительные кожные пробы, в анамнезе регистрируются аллергические реакции.

Гиперреактивность бронхов проявляется в повышенной реакции бронхов на раздражающих агентов с развитием бронхоспазма или без него.

Патогенез бронхиальной астмы

Прогрессирование бронхиальной астмы и появление эпизодов удушья имеют место в случае изменённой реактивности организма. Важен наследственно-конституциональный фактор, обуславливающий патологическую реактивность ввиду сенсibilизации организма. Сенсibilизация организма при бронхиальной астме часто происходит под влиянием аллергенов белковой природы, однако разрешающими факторами бывают иные вещества и воздействия.

Существенно сказываются на реактивности организма погодные условия: замечено, что характерно частое возникновение приступов бронхиальной астмы весной и осенью в сырую и холодную погоду. Решающее место в появлении приступов бронхиальной астмы отводят патологической реакции на раздражение интерорецепторов и экстерорецепторов парасимпатической нервной системы. Дисфункция её центра выступает итогом нарушения взаимодействия корковых процессов возбуждения и торможения, регулирующих работу подкорковых центров.

Возбуждение *nervus vagus* обуславливает спазм мелких бронхов и заполнение их просвета густой вязкой слизью. Аfferентные рецепторы стенок бронхов сенсibilизированного организма приобретают гиперчувствительность к местным раздражителям и формируют изменённый ответ на стимуляцию. Это

происходит во время острых и хронических воспалительных процессов в бронхах. У некоторых больных бронхиальной астмой тяжелой степени имеет место необратимая бронхиальная обструкция, обусловленная структурными изменениями дыхательных путей [26].

Отложения волокон коллагена и протеогликанов под базальной мембраной инициируют субэпителиальный фиброз. Он характерен для всех пациентов с бронхиальной астмой. Толщина бронхиальных стенок возрастает вследствие гипертрофии и гиперплазии гладкой мускулатуры стенок бронхов. Под влиянием фактора роста эндотелия кровеносных сосудов происходит пролиферация сосудов бронхиальных стенок, обуславливающая их утолщение [8].

Увеличение количества бокаловидных клеток в эпителии дыхательных путей и гипертрофия подслизистых желёз содействуют гиперсекреции слизи. Возникновению и прогрессированию бронхиальной астмы способствует эндокринная патология надпочечников. Сужение просвета бронхов увеличивает сопротивление дыхательных путей, и организм задействует вспомогательную дыхательную мускулатуру. Ко времени завершения выдоха и альвеолы, и периферические дыхательные пути переполняют значительные объёмы невыведенного воздуха, следовательно, имеет место функциональный вентиляционный стеноз и перфузионно-вентиляционная разбалансировка. Ввиду снижения сатурации артериальной крови кислородом развивается гипоксия.

Таким образом, бронхиальная астма – это широко распространенное заболевание, которое отличается полиморфной природой, может иметь несколько клинических форм, объединяющихся рядом анатомо-физиологических изменений органов дыхания.

1.3. Классификация, клиническая картина бронхиальной астмы

Сегодня есть огромное количество классификаций БА. Ниже представлены основные, они помогают в понимании причин и необходимы для статистики. Кроме того, приведен современный подход в рассмотрении проблемы астмы, как выделение фенотипов астмы.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) выделяет класс J45 Астма, в которую входят такие подклассы как J45.0 (Астма с преобладанием аллергического компонента), J45.1 (Неаллергическая астма), J45.8 Смешанная астма, J45.9 (Астма неуточненная).

Также необходимо упомянуть такие классы и подклассы как J46 (Астматический статус, острая тяжелая астма), J44 (Хронический астматический (обструктивный) бронхит), J82 (Эозинофильная астма).

На данный момент существуют следующие фенотипические формы БА:

Аллергическая БА. Этот тип не представляет сложности в диагностике – дебют заболевания выпадает на детский возраст, связан с отягощенным аллергологическим анамнезом. Как правило, у родственников также имеются респираторные или кожные проявления аллергии. У людей с этой разновидностью БА зафиксировано иммунное воспаление в бронхиальном дереве. Эффективно лечение больных этим типом БА местными кортикостероидами (ГКС).

Неаллергическая БА. Этим типом БА болеют преимущественно взрослые, в анамнезе нет аллергопатологии, наследственность по аллергии не отягощена. Характер воспалительных изменений в бронхах этой категории бывает нейтрофильно-эозинофильным, малогранулоцитарным или сочетать эти формы. ИГКС плохо работают в лечении этого типа БА.

Астма с постоянной констрикцией дыхательных путей. Есть такая группа пациентов, у которых начинаются необратимые изменения в бронхах, как правило, это люди с неконтролируемыми симптомами БА. Изменения в бронхиальном дереве характеризуются перестройкой стенки бронхов. Терапия данных пациентов сложна и требует пристального внимания.

Астма с запоздалым началом. Большинство больных, в основном женского пола, заболевают астмой в солидных годах. Эти категории больных требуют назначения повышенных концентраций ИГКС или становятся почти резистентными к базовой терапии.

Астма в сочетании с лишним весом. Этот тип учитывает, что категория людей с превышением веса и БА страдают более тяжелыми приступами удушья и кашлем, постоянно бывает одышка, а изменения в бронхах характеризуются умеренным аллергическим воспалением. Лечение данных пациентов начинается с коррекции эндокринологических отклонений и диетотерапии.

В России чаще применяются классификация бронхиальной астмы, которая включает в себя такие категории как атопическая бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, аспириновая бронхиальная астма, смешанная форм бронхиальная астма. [8]

Классификация по степени тяжести следующая:

Интермиттирующая бронхиальная астма, симптомы которой возникают реже 1 раза в неделю. Обострение

короткое, ночные симптомы возникают не чаще 1 раза в месяц. ОФВ1 или пиковой скорости выдоха (далее – ПСВ) >80% от должных значений.

Легкая персистирующая бронхиальная астма. Симптомы проявляются 1 раз в неделю – 1 раз в сутки, обострения оказывают влияние на физическую активность, сон. Ночные симптомы возникают чаще чем 2 раза в месяц. ОФВ1 и ПСВ составляют 80% от должного, либо более (20-30%).

Персистирующая бронхиальная астма средней тяжести. Симптомы ежедневные, обострения влияют на физическую активность, сон. Ночные подписи не реже 1 раза в неделю. Необходимо использовать агонисты β_2 -адренорецепторов короткого действия. Приступы провоцируют физическая активность, иные неспецифические факторы. ОФВ1 или ПСВ составляет 60-80% от должных величин при вариабельности показателей более 30%.

Тяжелая персистирующая бронхиальная астма. Симптомы регистрируются ежедневно, обострения частые, приступы ночные. Физическая активность ограничена, ОФВ1 и ПСВ составляет 60% от должного при вариабельности свыше 30%.

Клиническая диагностика бронхиальной астмы (БА) основывается на следующих данных:

1. Выявление гиперреактивности бронхов, а также обратимости обструкции спонтанно или под влиянием лечения (уменьшение в ответ на соответствующую терапию).
2. Непродуктивный надсадный кашель; удлиненный выдох; сухие, свистящие, обычно дискантовые, хрипы в груди, отмечающиеся больше в ночное время и утренние часы; экспираторная одышка, приступы экспираторного удушья, заложенность (скованность) грудной клетки.
3. Зависимость респираторных симптомов от контакта с провоцирующими агентами.

Существенное значение также имеют следующие факторы:

- появление симптомов после эпизодов контакта с аллергеном;
- сезонная вариабельность симптомов;
- наличие в семейном анамнезе случаев БА или атопии.

При диагностике необходимо выяснить следующие вопросы:

- Бывают ли у пациента эпизоды свистящих хрипов, в том числе повторяющиеся?
- Беспокоит ли пациента кашель по ночам?
- Отмечаются ли у пациента свистящие хрипы или кашель после физической нагрузки?
- Бывают ли у пациента эпизоды свистящих хрипов, заложенности в грудной клетке или кашля после контакта с аэроаллергенами или поллютантами?
- Отмечает ли пациент, что простуда у него "спускается в грудную клетку" или продолжается более 10 дней?
- Уменьшается ли выраженность симптомов после применения соответствующих противоастматических препаратов?

При физикальном обследовании симптомы БА могут отсутствовать, в связи с вариабельностью проявлений заболевания. Наличие бронхиальной обструкции подтверждают выявляющиеся при аускультации свистящие хрипы.

У некоторых пациентов свистящие хрипы могут отсутствовать или обнаруживаться только во время форсированного выдоха даже при наличии выраженной бронхиальной обструкции. В некоторых случаях у больных с тяжелыми обострениями БА отсутствуют хрипы вследствие сильного ограничения воздушного потока и вентиляции. У таких больных, как правило, присутствуют другие клинические признаки, указывающие на наличие и степень тяжести обострения: цианоз, сонливость, затруднения при разговоре, вздутая грудная клетка, участие вспомогательных мышц в акте дыхания и втяжение межреберных промежутков, тахикардия. Эти клинические симптомы могут наблюдаться только при осмотре пациента в период выраженных клинических проявлений.

Варианты клинических проявлений БА

1. Кашлевой вариант БА. Главное (иногда единственное) проявление заболевания - кашель. Кашлевая БА наиболее распространена у детей. Выраженность симптомов усиливается в ночное время, а днем проявления заболевания могут отсутствовать.

Для подобных пациентов важны исследование вариабельности показателей функции легких или бронхиальной гиперреактивности, а также определение эозинофилов в мокроте.

Кашлевой вариант БА дифференцируют с так называемым эозинофильным бронхитом. При последнем у пациентов присутствуют кашель и эозинофилия мокроты, но при этом наблюдаются нормальные показатели функции легких при спирометрии и нормальная бронхиальная реактивность.

Помимо этого кашель может возникать вследствие приема ингибиторов АПФ, гастроэзофагеального

рефлюкса, синдрома постназального затекания, хронического синусита, дисфункции голосовых связок.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Айткужина, Б. Бронхиальная астма / Б. Айткужина. - Москва: СИНТЕГ, 2014. - 812 с.
2. Бараховская Т.В. Бронхиальная астма: учебное пособие/ Т.В. Бараховская. ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, кафедра факультетской терапии – Иркутск: ИГМУ, 2015. - 52 с.
3. Болотовский, Г.В. Бронхиальная астма: заболевание которое в настоящее время считается неизлечимым / Г.В. Болотовский., Ф. А Брокгауза. - М.: Медицина, 2018. - 345с.
4. Боголюбов, В.М. Внутренние болезни. Учебная литература для учащихся медицинских училищ / В.М. Боголюбов. - М.: Медицина. М.: Изд- во: Эксмо, 2019. - 123с.
5. Бронхиальная астма у детей. - М.: Медицина, 2019. - 368 с.
6. Булатов, П. К. Бронхиальная астма / П.К. Булатов. - М.: Медицина, 2015. - 326 с.
7. Вебер, В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А., Основы сестринского дела: учебное пособие / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников. - М.: Медицина, 2017. - 496с.
8. Выхристенко, Л.Р. Бронхиальная астма: пособие. / Л.Р. Выхристенко. – Витебск: ВГМУ, 2016. – 67 с.
9. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Под ред. Чучалина А.Г. - М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2020. - 108 с.
10. Давлицарова, К. Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие / К. Е. Давлицарова. - М.: Форум: Инфа – М, 2017. - 386с
11. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура. / В. А. Епифанов. - М.: Гэотар-Мед, 2017. - 120с.
12. Звягинцева, С. Г. Бронхиальная астма у детей / С.Г. Звягинцева. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. - 208 с.
13. Ильенкова, Н.А. Проблемы приверженности терапии у детей с бронхиальной астмой / Н.А. Ильенкова, И.В. Черепанова, Т.А. Вохмина // Педиатрическая фармакология. – 2016. – Т. 13. № 6. – С. 565-570.
14. Князев, Ю.А., Никберг. И.И. Бронхиальная астма/ Ю.А. Князев, И.И. Никберг. - М.: медицина, 2019. - 237с.
15. Коган, Б. Б. Бронхиальная астма / Б.Б. Коган. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2019. - 354 с.
16. Карманный справочник медицинской сестры / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова, Н.В. Барыкина, Н.Г. Соколова. – 10-е изд., стер. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 669 с.
17. Касимовская, Н.А. Организация сестринской службы: учебник / Н.А. Касимовская, В.Е. Ефремова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 436 с.
18. Курбачева О. М., Павлова К. С. Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза и клинической картины к выбору терапии // РАЖ. 2013, № 1, с. 15 – 24.
19. Минкайлов, К.О. Бронхиальная астма и аллергические заболевания: моногр. / К.О. Минкайлов. - М.: Медицина, 2016. - 283 с.
20. Ненашева Н. М. Бронхиальная астма. Карманное руководство для практических врачей. – Атмосфера, 2011. – 96 с.
21. Обновлённые стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы / Н. Астафьева [и др.] // Врач. – 2011. – № 11. – с. 8 – 12.
22. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под общ. ред. Б.В. Кабарухина. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – 765 с.
23. Овсянников, Д.Ю. Трудности и ошибки диагностики и терапии бронхиальной астмы / Д.Ю. Овсянников // Медицинский совет. – 2017. – № 1. – С. 100-106.
24. Сестринское дело в терапии - ООО «Медицинское информационное агенство», 2018. - 549с
25. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В.Смолева; под ред. К.м.н. Б.В.Кабарухина. - Изд. 5-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2018. - 473 с.
26. https://ru.wikipedia.org/wiki/Бронхиальная_астма#Патогенез
27. <https://www.alfazdrav.ru/заболевание/заболевания-бронхов/бронхиальная-астма/>
28. https://www.krasotaimedicina.ru/diagnos/заболевания_пульмонология/астма
29. <https://diseases.medelement.com/disease/бронхиальная-астма-рекомендации-rpf/15293>
30. https://meduniver.com/Medical/pulmonologia/kak_git_s_astmoi.html

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/diplomnaya-rabota/252835>