ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ С КУРСАМИ ГЕМАТОЛОГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Заведующий кафедрой:

д.м.н., проф. А.М. Корепанов

Преподаватель:

асс. О.Г. Мерзлякова

Куратор:

студент 402 гр. л.ф. Н.Ш. Шаров

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

больной Шатуновой Лидии Васильевны.

Кли­ни­че­ский ди­аг­ноз:

а). Ос­нов­ное за­бо­ле­ва­ние: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.;

б). Со­пут­ст­вую­щие за­бо­ле­ва­ния: нарушение толерантности к углеводам;

в). Ос­лож­не­ния ос­нов­но­го за­бо­ле­ва­ния: тиреотоксикоз II ст., тиреотоксическое сердце.

Ижевск, 2006 г.

**ОБ­ЩИЕ СВЕ­ДЕ­НИЯ**

1. Шатунова Лидия Васильевна
2. 76 лет
3. Пол: женский
4. На­цио­наль­ность: рус­ская
5. Профессия: доярка
6. Место работы: на пенсии
7. Семейное положение: не замужем (вдова)
8. Место жительства: Красногорский рай­он
9. Дата заболевания: 2005 г.
10. Да­та по­сту­п­ле­ния в кли­ни­ку: 15 марта 2006 го­да

 Да­та ку­ра­ции: 29 марта 2006 го­да

**АНАМ­НЕЗ**

**1. АНАМ­НЕЗ НА­СТОЯ­ЩЕ­ГО ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИЯ**

**(ANAMNESIS MORBI)**

* 1. **Жа­ло­бы боль­но­й при по­сту­п­ле­нии.** Жа­лобы на чувство сердцебиения в течение всего дня, периодически появляющееся чувство жара (1-2 раза в неделю), повышенную потливость, жидкий стул (3-4 раза в неделю), выраженную общую слабость, головокружения, тревожность, частые смены настроения, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, похудание на 1-2 кг за последние 2 месяца, подъемы артериального давления до180/135 мм рт. ст. 1-2 раза в неделю.

На день курации имеются жалобы на чувство сердцебиения, появляющееся 1-2 раза в сутки (обычно к вечеру), потливость, общую слабость, головокружения, тревожность, нарушение сна.

* 1. **Раз­ви­тие и те­че­ние бо­лез­ни.** В конце лета 2005 года, когда больная лежала в кардиологическом отделении Глазовской ЦРБ по поводу мерцательной аритмии, ХСН IIб – III, было впервые обнаружено увеличение щитовидной железы, наличие в ней узлов. Тогда же впервые было выявлено повышение артериального давления (в течение всей жизни была склонность к артериальной гипотензии). Однако ретроспективно больная отмечает, что нарушение сна (по поводу чего неоднократно обращалась к невропатологу), тревожность, слабость, периодически возникающее чувство сердцебиения у нее стали появляться примерно 20 лет назад и в последующем прогрессировали.

Принимала преднизолон с 3 таблеток в сутки, мерказолил с 5 таблеток в сутки, атенолол, в связи с чем уменьшились явления аритмии. В ноябре 2005 года лежала в эндокринологическом отделении I РКБ, но не была готова к оперативному лечению и была выписана домой для продолжения лечения мерказолилом.

15 марта 2006 года планово поступила в эндокринологическое отделение I РКБ с диагнозом: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст., тиреотоксикоз тяж. ст., снят. Больной было проведено лечение: мерказолил, анаприлин, дигоксин, феназепам, рибоксин, кокарбоксилаза, панангин, эгилок.

Состояние больной улучшилось: чувство сердцебиения и тахикардия стали непостоянными, снизилось артериальное давление, уменьшилась слабость.

В перспективе – оперативное лечение.

**2. АНАМ­НЕЗ ЖИЗ­НИ**

**(ANAMNESIS VITAE)**

Родилась и живет в Красногорском районе. Со­ци­аль­ное по­ло­же­ние: пенсионерка. В ран­нем воз­рас­те в раз­ви­тии от свер­ст­ни­ков не от­ста­вала. Об­ра­зо­ва­ние – неполное сред­нее. Про­фес­сия – доярка. Пи­та­ние ­ре­гу­ляр­ное, не­раз­но­об­раз­ное, ка­ло­рий­ность сред­няя. Пе­ре­не­сен­ные за­бо­ле­ва­ния: в возрасте 10 лет пе­ре­несла гепатит В; перенесла ОРЗ, ветряную оспу. Летом 2005 года выходил камень из мочевого пузыря.

Вред­ные при­выч­ки отсутствуют. На­след­ст­вен­ность по заболеваниям щитовидной железы не отя­го­ще­на. У род­ст­вен­ни­ков от­сут­ст­во­ва­ли ту­бер­ку­лез, си­фи­лис, ал­ко­го­лизм, пси­хи­че­ские бо­лез­ни и зло­ка­че­ст­вен­ные но­во­об­ра­зо­ва­ния.

В 26 лет родила сына. Беременность протекала без особенностей, роды прошли без осложнений. Менопауза с 55 лет.

Ал­лер­го­ло­ги­че­ский анам­нез: непереносимость никотиновой кислоты, пиридоксина; на пищевые продукты аллергических проявлений не выявлено. Пе­ре­ли­ва­ния кро­ви не про­во­ди­лось.

**ОБЪ­ЕК­ТИВ­НОЕ ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ**

**ОБ­ЩИЙ ОС­МОТР БОЛЬ­НО­ГО**

Об­щее со­стоя­ние удов­ле­тво­ри­тель­ное. По­ло­же­ние ак­тив­ное. Соз­на­ние яс­ное. По­ход­ка уве­рен­ная. Осан­ка пря­мая. Вы­ра­же­ние ли­ца обыч­ное, отмечается незначительная гипомимия. Фор­ма го­ло­вы не из­ме­не­на. Квад­рат­но­го, ба­шен­но­го че­ре­па нет, раз­мяг­че­ние кос­тей че­ре­па от­сут­ст­ву­ет. Моз­го­вой че­реп пре­об­ла­да­ет над ли­це­вым.

Глаз­ные ще­ли рас­по­ло­же­ны сим­мет­рич­но. Сли­зи­стая скле­ры, конъ­юнк­ти­вы фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски. Зрач­ки оди­на­ко­вые, пра­виль­ной фор­мы. Прямая ре­ак­ция на свет жи­вая, со­дру­же­ст­вен­ная. Сим­пто­мы Гре­фе, Краусса отрицательные. Положительные симптомы Ме­биу­са, Штель­ва­га, симптом «гневного взгляда». Нис­тагм от­сут­ст­ву­ет.

Спин­ка но­са: за­па­да­ния нет; ис­крив­ле­ние но­со­вой пе­ре­го­род­ки, де­фек­ты, сед­ло­вид­ный нос от­сут­ст­ву­ют. Кры­лья но­са в ак­те ды­ха­ния не уча­ст­ву­ют. Но­со­губ­ные склад­ки сим­мет­рич­ны. Уг­лы губ на­хо­дят­ся на од­ном уров­не; тре­щин, за­ед, вы­сы­па­ний нет. Гу­бы фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски.

Язык вы­со­вы­ва­ет­ся по сре­дин­ной ли­нии, име­ет­ся бе­лый на­лет; со­соч­ки вы­ра­же­ны, от­пе­чат­ков зу­бов нет. Зад­няя стен­ка глот­ки глад­кая, бле­стя­щая, фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски; на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет.

Не­бо фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет. Мин­да­ли­ны фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов кро­во­из­лия­ний, гной­ных про­бок, гной­ни­ков ла­ку­нах нет.

Дес­ны ро­зо­вые, кро­во­то­чи­во­сти, гное­те­че­ния нет.

Зу­бы: ка­ри­оз­ные по­ра­же­ния от­сут­ст­ву­ют, зуб­ных про­те­зов нет, все зубы присутствуют.

Шея сред­них раз­ме­ров, отмечается увеличение шеи в проекции щитовидной железы (визуально определяется зоб). Кро­ве­на­пол­не­ние со­су­дов шеи нор­маль­ное; кри­во­шеи, ог­ра­ни­че­ния дви­же­ния нет; во­рот­ни­ка Сто­кса, оже­ре­лья Ве­не­ры нет.

Визуально определяется увеличение щитовидной железы. При пальпации щитовидная железа диффузно увеличена, бугристая, безболезненная, подвижная, определяются множественные узлы.

За­пах те­ла и вы­ды­хае­мо­го воз­ду­ха фи­зио­ло­ги­че­ский. Те­ло­сло­же­ние пра­виль­ное. Кон­сти­ту­ция нормостеническая. Удовлетворительное питание. Под­кож­ная жи­ро­вая клет­чат­ка – 2 см в об­лас­ти ре­бер­ной ду­ги, распределение равномерное.

Кож­ные по­кро­вы фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, отмечается гиперпигментация вокруг глаз, витилиго в области спины; сы­пи, язв, про­леж­ней нет. Кол­ла­те­раль­ное кро­во­об­ра­ще­ние от­сут­ст­ву­ет.

Ово­ло­се­ние по женскому ти­пу. Ног­ти фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, рас­слое­ния, ис­чер­чен­но­сти нет. Ног­тей в ви­де «ча­со­вых сте­кол», паль­цев в ви­де «ба­ра­бан­ных па­ло­чек» нет.

Паль­па­ция ко­жи: тур­гор со­хра­нен, влаж­ность нормальная, эла­стич­ность ко­жи на тыль­ной сто­ро­не кис­тей сни­же­на.

Лим­фо­уз­лы: око­ло­уш­ные, соб­ст­вен­но шей­ные, за­уш­ные, под­че­лю­ст­ные, над­клю­чич­ные, под­клю­чич­ные, под­мы­шеч­ные, под­ко­лен­ные, – не паль­пи­ру­ют­ся.

Кос­ти без­бо­лез­нен­ны, не де­фор­ми­ро­ва­ны, опор­ная функ­ция не на­ру­ше­на. Сус­та­вы: дви­же­ния в пол­ном объ­е­ме, без­бо­лез­нен­ны, ко­жа над сус­та­ва­ми не из­ме­не­на. Мыш­цы без­бо­лез­нен­ны; функ­ции сохранены, мышечная си­ла симметрично снижена. По­зво­ноч­ник име­ет фи­зио­ло­ги­че­ские из­ги­бы, без­бо­лез­нен­ный; дви­же­ние в пол­ном объ­е­ме. Тремор пальцев рук отсутствует.

Оте­ков на ли­це и кре­ст­це нет. Отмечаются отеки на го­ле­нях.

Температура тела 37,10 С.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ СИС­ТЕ­МЫ ДЫ­ХА­НИЯ**

**1. Ос­мотр груд­ной клет­ки.** Груд­ная клет­ка нормостеническая: пе­ред­не­зад­ний раз­мер мень­ше бо­ко­во­го, над- и под­клю­чич­ные ям­ки вы­ра­же­ны умеренно, реб­ра име­ют умеренно-ко­сой ход, меж­ре­бер­ные про­ме­жут­ки умеренно вы­ра­же­ны, пле­че­шей­ный угол ту­пой, угол Люд­ви­га не вы­ра­жен, эпи­га­ст­раль­ный угол прямой, ло­пат­ки кон­ту­ри­ру­ют­ся нерезко; груд­ной от­дел ту­ло­ви­ща по вы­со­те равен брюш­но­му.

Обе по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки уча­ст­ву­ют в ак­те ды­ха­ния, от­ста­ва­ния од­ной по­ло­ви­ны от дру­гой нет. Сме­шан­ный тип ды­ха­ния. Ритм ды­ха­ния пра­виль­ный. Ды­ха­тель­ные дви­же­ния сред­ней глу­би­ны; час­то­та ды­ха­тель­ных дви­же­ний – 16 в ми­ну­ту. Объ­ек­тив­ные при­зна­ки одыш­ки: из­ме­не­ние час­то­ты и глу­би­ны ды­ха­ния, уча­стие вспо­мо­га­тель­ной мус­ку­ла­ту­ры и крыль­ев но­са в ак­те ды­ха­ния, ак­ро­циа­ноз, ор­топ­ноэ, – от­сут­ст­ву­ют.

**2. Паль­па­ция.** Ре­зи­стент­ность груд­ной клет­ки нор­маль­ная. Бо­лез­нен­но­сти по хо­ду меж­ре­бер­ных нер­вов, мышц, ре­бер нет. Го­ло­со­вое дро­жа­ние не из­ме­не­но, про­во­дит­ся оди­на­ко­во на сим­мет­рич­ных уча­ст­ках груд­ной клет­ки. Ощу­ще­ния тре­ния плев­ры при паль­па­ции нет. Экс­кур­сия груд­ной клет­ки при спо­кой­ном ды­ха­нии со­став­ля­ет 2 см, мак­си­маль­ная экс­кур­сия – 7 см.

**3. Пер­кус­сия груд­ной клет­ки.**

А. То­по­гра­фи­че­ская пер­кус­сия:

Оп­ре­де­ле­ние ниж­них гра­ниц лег­ких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опо­зна­ва­тель­ная ли­ния** | **Пра­вое лег­кое** | **Ле­вое лег­кое** |
| Сре­дин­но-клю­чич­ная | VI реб­ро | – |
| Сред­няя под­мы­шеч­ная | VIII реб­ро | VIII реб­ро |
| Ло­па­точ­ная | X реб­ро | X реб­ро |

Оп­ре­де­ле­ние ак­тив­ной под­виж­но­сти лег­ких по ли­ни­ям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опо­зна­ва­тель­ная ли­ния** | **Пра­вое лег­кое** | **Ле­вое лег­кое** |
| Сре­дин­но-клю­чич­ная | 5 см | – |
| Сред­няя под­мы­шеч­ная | 7 см | 7 см |
| Ло­па­точ­ная | 6 см | 6 см |

Вы­со­та стоя­ния вер­ху­шек лег­ких: спе­ре­ди (от­но­си­тель­но клю­чи­цы) – 2 см спра­ва и сле­ва; сза­ди – на уров­не ос­ти­сто­го от­ро­ст­ка VII шей­но­го по­звон­ка спра­ва и сле­ва. Ши­ри­на по­лей Кре­ни­га – 6 см спра­ва и сле­ва. По­лу­лун­ное про­стран­ст­во Трау­бе сво­бод­но.

Б. Ка­че­ст­вен­ная пер­кус­сия: над сим­мет­рич­ны­ми уча­ст­ка­ми лег­ких пер­ку­тор­ный звук ле­гоч­ный, не из­ме­нен­ный.

**4. Ау­скуль­та­ция.** Над сим­мет­рич­ны­ми уча­ст­ка­ми лег­ких вы­слу­ши­ва­ет­ся ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние. По­боч­ные ды­ха­тель­ные шу­мы: хри­пы, шум тре­ния плев­ры, кре­пи­та­ция, – от­сут­ст­ву­ют. Брон­хо­фо­ния не из­ме­не­на, вы­слу­ши­ва­ет­ся в ви­де не­яс­но­го бор­мо­та­ния.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ СИС­ТЕ­МЫ КРО­ВО­ОБ­РА­ЩЕ­НИЯ**

**1. Ос­мотр.**

Ос­мотр сер­деч­ной об­лас­ти: сер­деч­ный горб от­сут­ст­ву­ет; вер­ху­шеч­ный тол­чок на глаз не оп­ре­де­ля­ет­ся. От­ри­ца­тель­но­го вер­ху­шеч­но­го толч­ка нет. Сер­деч­ный тол­чок от­сут­ст­ву­ет. Эпи­га­ст­раль­ная пуль­са­ция от­сут­ст­ву­ет.

Ос­мотр круп­ных со­су­дов: пуль­са­ция ви­соч­ных ар­те­рий, пля­ска ка­ро­тид, на­бух­лость шей­ных вен, вен­ный пульс не на­блю­да­ет­ся. Сим­птом «чер­вяч­ка», ка­пил­ляр­ный пульс Квин­ке, рас­ши­ре­ние под­кож­ных вен на груд­ной клет­ке от­сут­ст­ву­ют. Имеется ва­ри­коз­ное рас­ши­ре­ние вен на ниж­них ко­неч­но­стях. Сим­птом Альф­ре­да Мюс­се от­сут­ст­ву­ет.

**2. Паль­па­ция.** Вер­ху­шеч­ный тол­чок паль­пи­ру­ет­ся в 5 меж­ре­бе­рье на 1,5 см кнаружи от ле­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии; рит­мич­ный, разлитой (пло­щадь 5 см2), усиленный, большой вы­со­ты. Сер­деч­ный тол­чок не оп­ре­де­ля­ет­ся.

Сим­птом «ко­шачь­е­го мур­лы­ка­нья», тре­ние пе­ри­кар­да от­сут­ст­ву­ют. Паль­пи­ру­ет­ся рет­ро­стер­наль­ная пуль­са­ция аор­ты.

Пульс оди­на­ко­во­го на­пол­не­ния на обе­их ру­ках. Пра­виль­ный (pulsus regularis), твердый (pulsus durus), пол­ный (pulsus plenuus), большой (pulsus magnus), быстрый (pulsus celer). Час­то­та пуль­са – 104 в ми­ну­ту.

1. **Пер­кус­сия серд­ца.**

Оп­ре­де­ле­ние гра­ниц от­но­си­тель­ной и абсолютной ту­по­сти серд­ца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | пра­вый край гру­ди­ны, 4 меж­ре­бе­рье | левый край гру­ди­ны, 4 меж­ре­бе­рье |
| Левая | на 2 см кнаружи от ле­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии, 5 меж­ре­бе­рье | на 0,5 см кнутри от ле­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии, 5 меж­ре­бе­рье |
| Верхняя | 3 реб­ро, ле­вая па­ра­стер­наль­ная ли­ния | 4 реб­ро, ле­вая па­ра­стер­наль­ная ли­ния |

Ши­ри­на со­су­ди­сто­го пуч­ка – 6 см.

**4. Ау­скуль­та­ция.**

А. Ау­скуль­та­ция серд­ца:

I точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; тоны ритмичные, усиленные; 1 тон гром­че, чем 2 тон, хлопающий. Выслушивается дующий систолический шум.

II точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; тоны ритмичные, усиленные; 1 тон гром­че, чем 2 тон.

III точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон гром­че, чем 1 тон.

IV точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон гром­че, чем 1 тон, выслушивается дующий систолический шум. Отмечается акцент II тона в III точке.

Точ­ка Бот­ки­на-Эр­ба: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон гром­че, чем 1 тон.

Из­ме­не­ний кон­фи­гу­ра­ции то­нов ни в од­ной из то­чек ау­скуль­та­ции нет. Ритм пе­ре­пе­ла, ритм га­ло­па не вы­слу­ши­ва­ют­ся. Шум тре­ния пе­ри­кар­да от­сут­ст­ву­ет.

Б. Ау­скуль­та­ция со­су­дов:

На сон­ных, под­клю­чич­ных ар­те­ри­ях вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на. То­ны Трау­бе, двой­ной шум Ви­но­гра­до­ва-Дю­ро­зье при ау­скуль­та­ции бед­рен­ной ар­те­рии от­сут­ст­ву­ют. Сим­птом Си­ро­ти­ни­на-Ку­ко­ве­ро­ва от­сут­ст­ву­ет. Шум волч­ка при вы­слу­ши­ва­нии ярем­ных вен от­сут­ст­ву­ет.

Артериальное давление 140/80 мм рт. ст.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ СИС­ТЕ­МЫ ПИ­ЩЕ­ВА­РЕ­НИЯ**

**1. Ос­мотр по­лос­ти рта.** Язык вы­со­вы­ва­ет­ся по сре­дин­ной ли­нии, име­ет­ся бе­лый на­лет; со­соч­ки вы­ра­же­ны, от­пе­чат­ков зу­бов нет. Зад­няя стен­ка глот­ки глад­кая, бле­стя­щая, фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски; на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет. Не­бо фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет. Мин­да­ли­ны фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов кро­во­из­лия­ний, гной­ных про­бок, гной­ни­ков ла­ку­нах нет. Дес­ны ро­зо­вые, кро­во­то­чи­во­сти, гное­те­че­ния нет. Зу­бы: ка­ри­оз­ные по­ра­же­ния от­сут­ст­ву­ют, зуб­ных про­те­зов нет, все зу­бы при­сут­ст­ву­ют.

**2. Ос­мотр жи­во­та в вер­ти­каль­ном и го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии.** Фор­ма жи­во­та обыч­ная, в лоб­ко­вой об­лас­ти име­ет­ся вы­пя­чи­ва­ние; пу­пок втя­нут. Рас­ши­рен­ные кож­ные ве­ны, пиг­мен­та­ция, циа­но­ти­че­ские уча­ст­ки от­сут­ст­ву­ют. Пе­ри­сталь­ти­че­ские и ан­ти­пе­ри­сталь­ти­че­ские дви­же­ния же­луд­ка и ки­шеч­ни­ка не от­ме­ча­ют­ся.

**3. По­верх­но­ст­ная паль­па­ция жи­во­та в вер­ти­каль­ном и го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии.** Ме­ст­ная и раз­ли­тая бо­лез­нен­ность не от­ме­ча­ют­ся. Об­щее и ме­ст­ное на­пря­же­ние от­сут­ст­ву­ет. Гры­же­вые от­вер­стия, рас­хо­ж­де­ние пря­мых мышц жи­во­та, опу­хо­ле­вид­ные об­ра­зо­ва­ния от­сут­ст­ву­ют. Ас­цит ме­то­дом флюк­туа­ции не оп­ре­де­ля­ет­ся. Уве­ли­че­ние ор­га­нов брюш­ной по­лос­ти не от­ме­ча­ет­ся.

**4. Глу­бо­кая ме­то­ди­че­ская паль­па­ция по Об­раз­цо­ву-Стра­же­ско.**

Сиг­мо­вид­ная киш­ка про­щу­пы­ва­ет­ся в ле­вой под­вздош­ной об­лас­ти, без­бо­лез­нен­на, име­ет фор­му ци­лин­д­ра тол­щи­ной 2 см, плот­но­ва­той кон­си­стен­ции, с глад­кой по­верх­но­стью, под­виж­ность – 2 см в обе сто­ро­ны; ур­ча­ние не от­ме­ча­ет­ся.

Сле­пая киш­ка про­щу­пы­ва­ет­ся в пра­вой под­вздош­ной об­лас­ти в фор­ме без­бо­лез­нен­но­го, глад­ко­го ци­лин­д­ра мяг­кой кон­си­стен­ции, тол­щи­ной 3 см; под­виж­ность – 1 см в обе сто­ро­ны; от­ме­ча­ет­ся не­боль­шое ур­ча­ние; по­верх­ность глад­кая.

Тер­ми­наль­ный от­дел под­вздош­ной киш­ки про­щу­пы­ва­ет­ся в пра­вой под­вздош­ной об­лас­ти в фор­ме без­бо­лез­нен­но­го, глад­ко­го, плот­но­го ци­лин­д­ра диа­мет­ром 1 см; под­виж­ность – 3 см в обе сто­ро­ны; ур­ча­ние не от­ме­ча­ет­ся.

Чер­ве­об­раз­ный от­рос­ток сле­пой киш­ки не паль­пи­ру­ет­ся.

Ма­лая кри­виз­на же­луд­ка не паль­пи­ру­ет­ся, боль­шая кри­виз­на же­луд­ка не паль­пи­ру­ет­ся, при­врат­ник не паль­пи­ру­ет­ся.

По­пе­реч­ная обо­доч­ная киш­ка про­щу­пы­ва­ет­ся на 2 см ни­же пуп­ка в ви­де плот­но­ва­той кон­си­стен­ции без­бо­лез­нен­но­го ци­лин­д­ра тол­щи­ной 2,5 см, с глад­кой по­верх­но­стью; под­виж­ность в обе сто­ро­ны – 4 см; ур­ча­ние от­сут­ст­ву­ет.

Вос­хо­дя­щий от­дел обо­доч­ной киш­ки про­щу­пы­ва­ет­ся в об­лас­ти пра­во­го флан­ка в ви­де мяг­кой кон­си­стен­ции ци­лин­д­ра с глад­кой по­верх­но­стью, тол­щи­ной 3 см, без­бо­лез­нен­ный, ма­ло­под­виж­ный; отмечается небольшое ур­ча­ние.

Нис­хо­дя­щий от­дел обо­доч­ной киш­ки про­щу­пы­ва­ет­ся в об­лас­ти ле­во­го флан­ка в ви­де мяг­кой кон­си­стен­ции ци­лин­д­ра с глад­кой по­верх­но­стью, тол­щи­ной 3 см, без­бо­лез­нен­ный, ма­ло­под­виж­ный; ур­ча­ние от­сут­ст­ву­ет.

**Паль­па­ция пе­че­ни по Об­раз­цо­ву.** Ниж­ний край пе­че­ни не вы­сту­па­ет из-под пра­вой ре­бер­ной ду­ги, на­хо­дит­ся у края ре­бер­ной ду­ги по пра­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии; мяг­кий, с глад­кой по­верх­но­стью, ост­рый, ров­ный, без­бо­лез­нен­ный. Пуль­са­ция при паль­па­ции пе­че­ни не от­ме­ча­ет­ся.

**Паль­па­ция желч­но­го пу­зы­ря.** Желч­ный пу­зырь не паль­пи­ру­ет­ся. Симп­то­мы За­харь­и­на, Ле­пе­не, Ке­ра-Га­ус­ма­на, Орт­не­ра, Об­раз­цо­ва-Мер­фи, Кур­ву­а­зье, Ге­ор­ги­ев­ско­го-Мюс­си от­ри­ца­тель­ные.

**Паль­па­ция под­же­лу­доч­ной же­ле­зы.** Под­же­лу­доч­ная же­ле­за не паль­пи­ру­ет­ся. Бо­лез­нен­ность в тре­уголь­ни­ке Шоф­фа­ра не от­ме­ча­ет­ся. Бо­лез­нен­ность в точ­ке Де­жар­де­на от­сут­ст­ву­ет. Сим­пто­мы Грот­та, Мейо-Роб­со­на, Кат­ча от­ри­ца­тель­ные.

**Паль­па­ция се­ле­зен­ки в го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии и на пра­вом бо­ку (по Са­ли).** Се­ле­зен­ка не про­щу­пы­ва­ет­ся.

Сим­птом Пор­ге­са от­ри­ца­тель­ный.

**5. Пер­кус­сия жи­во­та.** Сво­бод­ная жид­кость в брюш­ной по­лос­ти не оп­ре­де­ля­ет­ся. Сим­птом Об­раз­цо­ва от­ри­ца­тель­ный.

Пер­ку­тор­ные раз­ме­ры пе­че­ни по Кур­ло­ву:

- 8 см – по пра­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии;

- 7 см – по пе­ред­ней сре­дин­ной ли­нии;

- 5 см – по ле­вой ре­бер­ной ду­ге.

Пер­ку­тор­ные раз­ме­ры се­ле­зен­ки: про­доль­ный – 7 см, по­пе­реч­ный – 6 см.

**6. Ау­скуль­та­ция.** Вы­слу­ши­ва­ют­ся шу­мы во всех от­де­лах ки­шеч­ни­ка. Шум тре­ния брю­ши­ны над пе­че­нью, се­ле­зен­кой не вы­слу­ши­ва­ет­ся.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ ОР­ГА­НОВ МО­ЧЕ­ОТ­ДЕ­ЛЕ­НИЯ**

**1. Ос­мотр.** Ос­мотр по­яс­нич­ной об­лас­ти: при­пух­ло­сти, по­крас­не­ния кож­ных по­кро­вов нет. Ви­зу­аль­но оп­ре­де­ля­ет­ся уве­ли­че­ние мо­че­во­го пу­зы­ря.

**2. Паль­па­ция.** Паль­па­ция по­чек по Об­раз­цо­ву и Бот­ки­ну: поч­ки не паль­пи­ру­ют­ся.

Паль­па­ция мо­че­во­го пу­зы­ря: не пальпируется.

Паль­па­ция по хо­ду мо­че­точ­ни­ков: без­бо­лез­нен­на.

1. **Пер­кус­сия.** Сим­птом Пас­тер­нац­ко­го от­ри­ца­тель­ный. Пер­кус­сия мо­че­во­го пу­зы­ря: пер­ку­тор­ный звук над мо­че­вым пу­зы­рем тимпанический.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.**

Визуально определяется увеличение щитовидной железы. При пальпации щитовидная железа диффузно увеличена, бугристая, безболезненная, подвижная, определяются множественные узлы.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** диффузно-многоузловой токсический зоб. Предварительный диагноз поставлен на основании наличия у курируемой больной следующих синдромов:

1. Синдром изменения функции гипофиза, для которого характерны: увеличение щитовидной железы, офтальмопатия, претибиальная микседема, инфильтративная дермопатия, мышечная слабость. Из перечисленных симптомов у курируемой больной имеются: диффузное увеличение щитовидной железы (с наличием узлов), мышечная слабость.
2. Синдром высокой чувствительности ЦНС к тиреоидным гормонам: повышенная нервная возбудимость, вспыльчивость, прерывистый неглубокий сон, бессонница, суетливость, рассеянность, субфебрильная температура тела, суетливые движения, быстрая речь. Из перечисленных симптомов у курируемой больной имеются: повышенная нервная возбудимость (частые смены настроения, тревожность), прерывистый неглубокий сон, бессонница, субфебрильная температура тела.
3. Синдром повышенной активности симпатической нервной системы, для которого характерны: повышенное потоотделение, тремор пальцев рук, положительные «глазные» симптомы. Из перечисленных симптомов у курируемой больной имеются: повышенное потоотделение, положительные «глазные» симптомы (Мебиуса, Штельвага, симптом «гневного взгляда»).
4. Синдром поражения сердечно-сосудистой системы, для которого характерны: стойкая тахикардия, чувство сердцебиения в течение всего дня, быстрый и скачущий пульс, увеличение сердца за счет левого желудочка, усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и IV точках, артериальная гипертензия. Из перечисленных симптомов у больной имеются: стойкая тахикардия, чувство сердцебиения в течение всего дня, быстрый и скачущий пульс, увеличение сердца за счет левого желудочка (смещение границ относительной тупости сердца влево на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии по 5 межреберью), усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и IV точках, артериальная гипертензия (до 180/135 мм рт. ст.).
5. Синдром повышенной потребности тканей в кислороде: увеличиваются ЧДД и МОД, повышается основной обмен. У курируемой больной учащения дыхательных движений не отмечается.
6. Синдром повышенной моторной функции кишечника: частый оформленный стул в течение дня, иногда наблюдается понос. Из перечисленных симптомов у больной имеются поносы 3-4 раза в неделю.
7. Синдром повышенного липолитического действия тиреоидных гормонов: потеря массы тела больным. У курируемой больной отмечается потеря массы тела в последние 2 месяца.

**ДАН­НЫЕ ЛА­БО­РА­ТОР­НЫХ И ИН­СТ­РУ­МЕН­ТАЛЬ­НЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**1. Дан­ные ла­бо­ра­тор­ных ис­сле­до­ва­ний.**

1). Био­хи­ми­че­ский ана­лиз кро­ви (15.03.06 г.):

Би­ли­ру­бин об­щий – 14 мкмоль/л (в нор­ме 8,5-20,5 мкмоль/л)

Ка­лий – 5,0 ммоль/л (в нор­ме 3,5-6,5 ммоль/л)

На­трий – 141 ммоль/л (в нор­ме 126-152 ммоль/л)

Хлор – 111 ммоль/л (в нор­ме 98-107 ммоль/л)

Мо­че­ви­на – 5,14 ммоль/л (в нор­ме 1,7-7,5 ммоль/л)

Общий белок – 70 г/л (в норме 65-85 г/л)

Альбумины – 37 г/л (в норме 38-44 г/л)

Холестерин общий – 4,51 ммоль/л (в норме 3,1-5,7 ммоль/л)

АЛТ – 25,2 u/l (в норме 0-31 u/l)

АСТ – 35,5 u/l (в норме 0-31 u/l)

Коэф. де Ритиса – 1,41 (в норме 0,91-1,75)

ГГТ – 18,5 u/l (в норме 7-32 u/l)

ЛДГ – 496,9 u/l (в норме 226-451 u/l)

За­клю­че­ние: отмечается незначительное снижение содержания альбуминов в сыворотке крови; повышение активности АСТ, ЛДГ.

2). Определение содержания свободного тироксина в крови (30.03.06 г.):

Т4 – 31, 43 пм/л (в норме 10,0 – 25,0 пм/л)

Заключение: повышение содержания свободного тироксина в сыворотке крови.

3). Определение содержания кортизола в сыворотке крови (16.03.06 г.):

Кортизол – 534,9 нм/л (в норме 48,3 – 663 нм/л)

Заключение: содержание кортизола в сыворотке крови в норме.

4). Пол­ный ана­лиз кро­ви (30.03.06 г.):

ПТИ – 86% (в нор­ме 80-105%)

Про­тром­би­но­вое вре­мя – 15,8 с (в нор­ме 15-18 с)

Фиб­ри­но­ген – 3,7 г/л (в нор­ме 2-4 г/л)

WBC – 9,0∙109 (в нор­ме 4-9∙109)

RBC – 4,63∙1012 (в нор­ме 4,5-5∙1012)

HGB – 138 г/л (в нор­ме 120-180 г/л)

HCT – 0,43 (в нор­ме 0,36-0,48)

MCV – 93,1 фл (в нор­ме 75-95 фл)

MCH – 29,8 пг (в нор­ме 28-34 пг)

MCHC – 320 г/л (в нор­ме 300-380 г/л)

PLT - 220∙109  (в нор­ме 150-400∙109)

За­клю­че­ние: об­щий ана­лиз кро­ви в нор­ме.

5). Гликемический профиль (24.03.06 г.):

800 – 6,1 ммоль/л

1000 – 10,4 ммоль/л

1400 – 6,7 ммоль/л

1900 – 6,4 ммоль/л

2200 – 5,7 ммоль/л

Заключение: отмечается снижение толерантности к углеводам.

6). Анализ мочи по Нечипоренко (28.03.06 г.):

Лейкоциты – 3000 (в норме до 4000 в мл)

Эритроциты – 0 (в норме до 1000 в мл)

Цилиндры – 0 (в норме до 20 в мл)

Заключение: анализ мочи в норме.

7). Анализ мочи (28.03.06 г.):

Цвет – соломенно-желтый

Удельный вес – 1004 (в норме 1005 – 1025)

Прозрачная

Белок – 0 г/л

Заключение: анализ мочи в норме.

**2. Дан­ные ин­ст­ру­мен­таль­ных ис­сле­до­ва­ний.**

1). Ульт­ра­зву­ко­вое ис­сле­до­ва­ние щитовидной железы (29.03.06 г.).

За­клю­че­ние: УЗИ – признаки диффузно-узлового зоба на фоне аутоиммунного заболевания.

2). Электрокардиография (15.03.06 г.).

Заключение: Ритм синусовый, правильный. Выраженная синусовая тахикардия. Блокада передне-верхнего разветвления ЛНПГ. ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.

3). Сцинтиграфия щитовидной железы (30.03.06 г.).

На сцинтиграмме в передне-задней проекции визуализируется щитовидная железа, расположенная низко над грудиной, обе доли и перешеек увеличены (левая доля в большей степени, чем правая), контуры нечеткие. Накопление РФП в паренхиме обеих долей повышено, левая доля накапливает больше, чем правая, распределение неравномерное. В среднем и нижнем сегментах левой доли определяется очаг со сниженным накоплением изотопа. В среднем и нижнем сегментах правой доли определяется очаг с накоплением изотопа, равным окружающей ткани. Возможен АИТ - ?

1. **Консультации специалистов.**

1). Консультация хирурга (31.03.06 г.).

Заключение: диффузно-узловой зоб IV ст., тиреотоксикоз II ст.

Рекомендовано:

1. Оперативное лечение в плановом порядке.
2. Цитология узлов

**КЛИ­НИ­ЧЕ­СКИЙ ДИ­АГ­НОЗ:**

а). Ос­нов­ное за­бо­ле­ва­ние: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

б). Со­пут­ст­вую­щие за­бо­ле­ва­ния:снижение толерантности к углеводам.

в). Ос­лож­не­ния ос­нов­но­го за­бо­ле­ва­ния: тиреотоксикоз II ст., тиреотоксическое сердце.

**ОБОС­НО­ВА­НИЕ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКО­ГО ДИ­АГ­НО­ЗА**

Согласно классификации ВОЗ, зоб подразделяется на:

0 ст.: щитовидная железа не пальпируется, визуально не определяется;

1 ст.: щитовидная железа пальпируется, визуально не определяется;

2 ст.: щитовидная железа пальпируется, визуально определяется ее увеличение.

У курируемой больной визуально определяется увеличение щитовидной железы; щитовидная железа пальпируется, при пальпации определяется диффузное увеличение долей и перешейка щитовидной железы; железа уплотнена, с бугристой поверхностью, безболезненна, подвижна; определяются множественные узлы (признаки зоба II ст. по классификации ВОЗ).

Согласно данным ультразвукового исследования щитовидной железы, у больной имеются УЗИ – признаки диффузно-узлового зоба на фоне аутоиммунного заболевания. Согласно данным сцинтиграфии щитовидной железы, отмечается увеличение обеих долей и перешейка, нечеткие контуры; повышенное накопление РФП в паренхиме обеих долей с неравномерным его распределением; в среднем и нижнем сегментах левой доли определяется очаг со сниженным накоплением изотопа; в среднем и нижнем сегментах правой доли определяется очаг с накоплением изотопа, равным окружающей ткани. Согласно данным консультации хирурга, у больной имеется диффузно-узловой зоб IV ст. по классификации Николаева, что соответствует II ст. зоба по классификации ВОЗ.

У больной отмечается повышение содержания свободного тироксина в сыворотке крови.

Таким образом, подтверждается основное заболевание: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

Согласно классификации В.Т. Баранова (1977), различаются следующие степени тяжести тиреотоксикоза:

I ст.: нерезко выраженная симптоматика, пульс не более 100 в минуту, основной обмен не превышает +30%;

II ст.: отчетливо выраженная симптоматика, снижение массы тела, тахикардия 100 – 120 в минуту, основной обмен от +30 до +60%;

III ст.: выраженный дефицит массы тела, тахикардия свыше 120 в минуту, нередко мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, поражение печени, основной обмен превышает +60%.

У больной имеется отчетливая симптоматика тиреотоксикоза (синдром высокой чувствительности ЦНС к тиреоидным гормонам, синдром повышенной активности симпатической нервной системы, синдром поражения сердечно-сосудистой системы, синдром повышенной моторной функции кишечника, синдром повышенного липолитического действия тиреоидных гормонов), отмечается снижение массы тела, тахикардия – 104 удара в минуту (соответствует диапазону 100 – 120 в минуту), – все это соответствует тиреотоксикозу II степени тяжести как осложнению основного заболевания.

Для тиреотоксического сердца характерны: стойкая тахикардия, увеличение сердца за счет левого желудочка, усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и III точках, ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.

У курируемой больной имеется стойкая тахикардия (более 100 ударов в минуту), увеличение сердца за счет левого желудочка (смещение границ относительной тупости сердца влево на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии по 5 межреберью), усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и III точках; отмечаются ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.

Таким образом, у курируемой больной имеется тиреотоксическое сердце как осложнение основного заболевания.

Таким образом, подтверждается клинический диагноз:

а). Ос­нов­ное за­бо­ле­ва­ние: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

б). Со­пут­ст­вую­щие за­бо­ле­ва­ния:снижение толерантности к углеводам.

в). Ос­лож­не­ния ос­нов­но­го за­бо­ле­ва­ния: тиреотоксикоз II ст., тиреотоксическое сердце.

**ЭПИКРИЗ**

Больная Шатунова Лидия Васильевна, 76 лет, находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении РКБ №1 с 15 марта 2006 года по 5 апреля 2006 года с диагнозом:

а). Ос­нов­ное за­бо­ле­ва­ние: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

б). Со­пут­ст­вую­щие за­бо­ле­ва­ния:снижение толерантности к углеводам.

в). Ос­лож­не­ния ос­нов­но­го за­бо­ле­ва­ния: тиреотоксикоз II ст., тиреотоксическое сердце.

Диагноз был поставлен на основании:

- жалоб больной на чувство сердцебиения в течение всего дня, периодически появляющееся чувство жара, повышенную потливость, жидкий стул, выраженную общую слабость, головокружения, тревожность, частые смены настроения, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, похудание, подъемы артериального давления;

- данных объективного исследования: визуально определяющееся увеличение щитовидной железы, при пальпации щитовидная железа диффузно увеличена, бугристая, безболезненная, подвижная, определяются множественные узлы; положительные симптомы Ме­биу­са, Штель­ва­га, симптом «гневного взгляда»; симметричное снижение мышечной силы; температура тела 37,10 С; стойкая тахикардия, смещение границ относительной тупости сердца влево, усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и IV точках;

- данных лабораторно-инструментальных методов исследования: повышение содержания свободного тироксина в сыворотке крови; наличие УЗИ– признаков диффузно-узлового зоба на фоне аутоиммунного заболевания; согласно данным сцинтиграфии щитовидной железы, увеличение обеих долей и перешейка, нечеткие контуры; повышенное накопление РФП в паренхиме обеих долей с неравномерным его распределением; наличие в левой доле очага со сниженным накоплением изотопа; наличие в правой доле очага с накоплением изотопа, равным окружающей ткани.

Больной было проведено лечение: мерказолил, анаприлин, дигоксин, феназепам, рибоксин, кокарбоксилаза, панангин, эгилок.

Состояние больной улучшилось: чувство сердцебиения и тахикардия стали непостоянными, снизилось артериальное давление, уменьшилась слабость.

С 6 апреля 2006 года больная переведена в хирургическое отделение для оперативного лечения.

**ЛЕ­ЧЕ­НИЕ**

**1. Консервативное лечение до эутиреоидного состояния.**

1. Антитиреоидные препараты:

Rp.: Tab. Mercazolili 0,005 N 60

D.S. Принимать внутрь по 3 таблетки 3 раза в день.

1. β-адреноблокаторы:

Rp.: Tab.Anaprilini 0.04 N 30

D.S. Принимать внутрь по ½ таблетки 2 раза в день за 10-15 минут до еды.

1. Средства, влияющие на адренэргическую иннервацию:

Rp.: Tab. Reserpini 0,0001 N 30

D.S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

4). Транквилизаторы:

Rp.: Tab. Phenazepami 0,0005 N 20

D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

5) Препараты йода:

Rp.: Sol. Iodi spirituosae 5% 10.0

D.S. По 5 капель 3 раза в день после еды на молоке.

6) Препараты, содержащие белладонну:

Rp.: Tab. Bellataminali N 50

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды.

7) Витамины.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml

D.t.d. N 20 in amp.

S. Внутримышечно 2 раза в сутки.

8) Анаболизирующая терапия

Rp.:Sol. Retabolili oleosae 5%- 1 ml

D.t.d. N 3 in amp.

S. Вводить внутримышечно по 1 мл 1 раз в неделю

**2. Оперативное лечение.**

Подготовка к операции: лечение до эутиреоидного состояния, санация полости рта, препараты йода 10-15 дней до операции.

Объем операции: субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы.

**3. Лечение радиоактивным йодом –** при рецидивах после операции: препараты I131. Первая доза 2,5 МБк. Через 2 недели повторное облучение после обследования. Перерыв на 3 – 4 мес. и повторный курс.

**ПРО­ГНОЗ**

Бла­го­при­ят­ный. Возможны рецидивы заболевания, а также послеоперационные осложнения: кровотечение с блокадой блуждающего нерва, пересечение возвратного гортанного нерва, послеоперационный гипопаратиреоз.

**СПИ­СОК ЛИ­ТЕ­РА­ТУ­РЫ**

1. Балаболкин М.И. Эндокринология: Учеб­. пособие – М.: Ме­ди­ци­на, 1989. – 416 с.
2. Курникова И.А., Корепанов А.М., Чернышова Т.Е., Климентьева Г.И., Схемы лечения основных заболеваний эндокринной системы: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. – Ижевск, 2005. – 52 с.
3. Избранные разделы преподавания внутренней медицины и эндокринологии: Методическая разработка к практическим занятиям для студентов старших курсов и преподавателей / Под ред. проф. А.М. Корепанова. – Устинов – 1985.
4. Вах­ру­шев Я.М. – Не­по­сред­ст­вен­ное ис­сле­до­ва­ние боль­но­го. Учеб­ное по­со­бие. – Ижевск: Экс­пер­ти­за, 2002. – 225 с.
5. Ла­бо­ра­тор­ные ме­то­ды ди­аг­но­сти­ки: учеб­ное по­со­бие / Сост. Я.М. Вах­ру­шев, Е.Ю. Шка­то­ва. – М.: Из­да­тель­ст­во «АНК», 2004. – 80 с.
6. План кли­ни­че­ско­го об­сле­до­ва­ния боль­но­го. Ме­то­ди­че­ские ре­ко­мен­да­ции / Сост. Я.М. Вах­ру­шев, Л.И. Ер­мо­ло­ва, Е.В. Бе­ло­ва. – Ижевск: Экс­пер­ти­за, 2002. – 16 с.
7. Ле­кар­ст­вен­ные сред­ст­ва. М.Д. Маш­ков­ский, т. I, II. – М.:Ме­ди­ци­на, 1993.