

**Исследование органов
желудочно-кишечного тракта.
Семиотика важнейших
синдромов.**

О состоянии органов пищеварения судят по жалобам, результатам опроса матери, данным объективного исследования – исследованию полости рта, живота, прямой кишки, стула и лабораторно-инструментальным методам.

Жалобы, наиболее часто предъявляемые родителями при заболеваниях органов пищеварения.

- **Боли в животе**
- **Снижение аппетита и/или
невозможность есть (дисфагия)**
- **Срыгивания и рвота**
- **Понос**
- **Запор**

Расспрос матери, направляемый врачом, позволяет:

- Уточнить продолжительность заболевания**
- Его связь с особенностями питания и режима**
- Перенесенными заболеваниями**
- У маленьких детей необходимо выяснить вид вскармливания.**

Исследование живота производится в 4 этапа:

- осмотр**
- пальпация**
- перкуссия**
- аускультация**

Осмотр важен для выявления *увеличения живота :*

Большой живот могут вызывать:

- ***а) вздутие кишечника, которое вызывается накоплением газа в кишечных петлях. Обструкция кишечника, а также синдром нарушенного кишечного всасывания, преобладания процессов гниения, брожения – главные причины вздутия живота;***
- ***б) наличие объемных патологических образований вызывает объемное увеличение живота из-за увеличения органов брюшной полости или других масс;***



**Увеличение
живота, вызванное
кистой сальника.**

Осмотр важен для выявления *увеличения живота :*

- **в) асцит
вызывает
увеличение
живота из-за
накопления
жидкости в
перитонеальном
пространстве.**



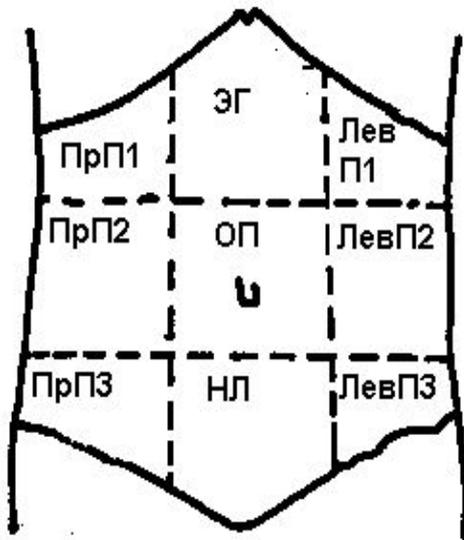
Осмотр: расширение вен на брюшной стенке.

- **Это симптом обходной (коллатеральной) циркуляции в обход печени и системы ее воротной вены (v. portae), т.е. в случаях портальной гипертензии.**

Осмотр: другие находки

- **пупочные и паховые грыжи,**
- **расхождения прямых мышц живота,**
- **рубцы после перенесенных
полостных операций**
- **кожные поражения, такие как
пигментация, пурпура.**

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА



Области живота:

ЭГ - эпигастральная

ОП - околопупочная

НЛ - надлобковая

П1 - подреберная

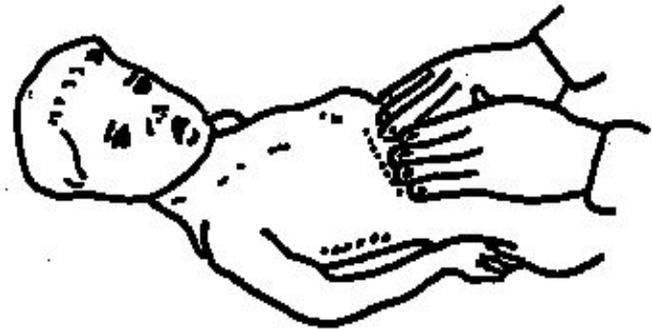
П2 - поясничная

П3 - подвздошная

Пр - правая

Лев - левая

● ПАЛЬПАЦИЯ
ПЕЧЕНИ



● ПАЛЬПАЦИЯ
СЕЛЕЗЕНКИ



● ПАЛЬПАЦИЯ
ПОЧЕК



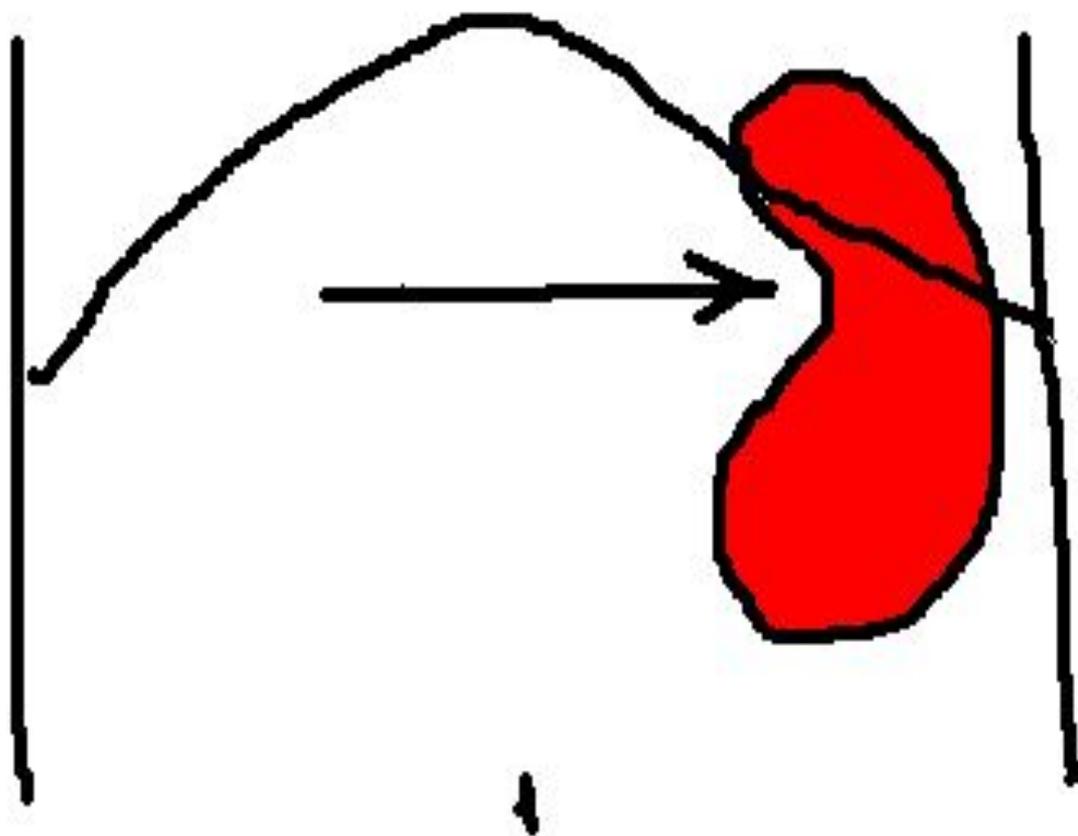
Пальпация, области болезненности и ригидности.

Локализация точки максимальной чувствительности в зависимости от области живота свойственны для следующих распространенных заболеваний брюшной полости:

- - правое подреберье: гепатит или застойная сердечная недостаточность;**
- - правая подвздошная (илеоцекальная) область: аппендицит;**
- - эпигастрий: гастрит;**
- - левое подреберье: застойная селезенка;**
- - левая фланка (левая поясничная) и левая подвздошная области: колит; чувствительный абсцесс околопочечной клетчатки (осложненный пиелонефрит);**
- - диффузная генерализованная болезненность живота и его напряжение – перитонит.**

Пальпация, увеличенные органы и расположенные в брюшной полости массы:

- **Увеличение печени и/или селезенки – наиболее частая находка у детей. Описывая увеличение этих органов нужно указать размер (обычно на практике в сантиметрах ниже реберного края по средней ключичной линии), их консистенцию (мягкая или твердая), поверхность (гладкая или бугристая) и характер нижнего края (ровный, острый или закругленный).**
- **Пальпация селезенки обязательно должна включать выявление селезеночной вырезки.**
- **Другие внутрибрюшинные и забрюшинные образования, пальпируемые через брюшную стенку, выявляются чаще случайно (будут рассмотрены в качестве отдельного синдрома).**



**Пальпация селезенки.
Селезеночная вырезка.**

Перкуссия живота.

При перкуссии живота обычно возникает тимпанический («барабанный») звук:

- Перкуссия живота полезна для дифференциации вздутия живота и асцита (накопления жидкости в животе).
- При вздутии (метеоризме) перкуторный звук гиперрезонансный.
- При асците выявляется феномен смещения укорочения перкуторного звука (укорочение выявляется на фланке, когда пациент лежит на спине и резонансный звук в этой же области, когда пациент переключается на бок).
- Небольшое количество жидкости может быть выявлено в коленно-локтевой позиции.
- При очень большом количестве асцитной жидкости, может выявляться передача волны жидкости, которая улавливается рукой, установленной на фланке, в то время как другая рука посылает толчки с противоположного фланка.

Перкуссия живота.

- Перкуссия бывает полезной для выявления увеличения органа.
- Подобная практика рекомендуется, когда ребенок неконтактен, его живот напряжен и неподатлив, из-за чего пальпация становится не эффективной.
- Укорочение над органом (например, печенью) может показать степень его увеличения.

Аускультация живота.

- **Этот прием полезен в случае паралитической кишечной непроходимости, когда нормальные перистальтические шумы исчезают.**

Исследование полости рта.

- По известным причинам после окончания объективного исследования ребенка в последнюю очередь осматривают полость рта и зев ребенка. При этом обращают внимание на запах изо рта, состояние слизистых оболочек щек и десен, зубов, языка («обложенный» — при заболеваниях желудочно-кишечного тракта).

Осмотр области анального отверстия

- **выполняют у младших детей в положении на боку, у остальных — в коленно-локтевом положении.**
- **При осмотре выявляются: трещины заднего прохода, снижение тонуса сфинктера и его зияние (при дизентерии), выпадение прямой кишки при упорных запорах или после кишечной инфекции, раздражение слизистой оболочки при инвазии остриц.**

Пальцевое исследование прямой кишки

- позволяет обнаружить стул в ампуле прямой кишки и осмотреть его, кровь, полипы, опухоли, стриктуры, каловые камни, изъязвления слизистой оболочки и т. д.
- Пальцевое исследование прямой кишки и контрлатеральная пальпация брюшной стенки позволяет определить размеры, консистенцию и чувствительность матки и ее придатков у девочек, мочевого пузыря, аппендикса и др.
- Пальцевое исследование безопасно у детей начиная с 6-месячного возраста. Используют у таких детей мизинец. В старшем возрасте предпочтителен указательный палец. Выполнение процедуры подразумевает **перчатку, мазь.**

Осмотр испражнений

- У грудных детей при ферментной дисфункции кишечника (функциональная диарея) нередко наблюдается **жидкий стул**, имеющий вид рубленых яиц, зеленоватый, с примесью белых комочков и слизи с кислой реакцией.
- Очень характерен стул при колитах, дизентерии.
- **Кровавый стул без примеси каловых масс** на фоне остро развившегося тяжелого состояния может быть у детей с кишечной инвагинацией.
- **Обесцвеченный стул** свидетельствует о задержке поступления желчи в кишечник и наблюдается у детей с гепатитом, закупоркой или атрезией желчных ходов.
- Наряду с определением количества, консистенции, цвета, запаха и патологических примесей, видимых на глаз, характеристика стула дополняется данными микроскопии (копрограмма) о наличии лейкоцитов, эритроцитов, а также яиц гельминтов, цист лямблий.
- Кроме того, проводят бактериологическое и биохимические исследования фекалий.

Bristol Stools Chart

Type 1



Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)

Type 2



Sausage-shaped but lumpy

Type 3



Like a sausage but with cracks on its surface

Type 4



Like a sausage or snake, smooth & soft

Type 5



Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)

Type 6



Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool

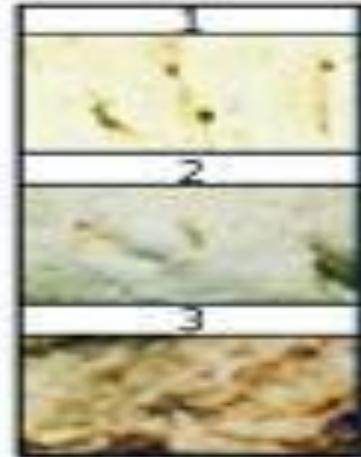
Type 7



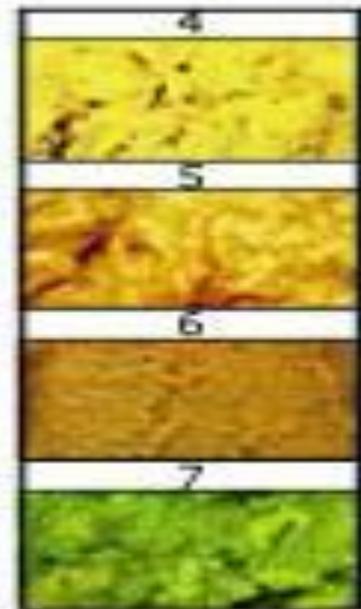
Watery, no solid pieces, ENTIRELY LIQUID

**Цветная шкала,
позволяющая
выявить ахоличный
стул**

Abnormal



Normal



**Семиотика поражений органов
желудочно-кишечного тракта.
Основные синдромы.**

Боли в животе.

Боли в животе – симптом разнообразной патологии детского возраста.

- ***Острые боли (возникшие впервые)*** требуют, прежде всего, исключения хирургической патологии – аппендицита, инвагинации, перитонита. Их возникновение можно объяснить раздражением болевых рецепторов брюшины.
- **Острые инфекционные заболевания** (скарлатина, грипп, корь) также могут вызывать боли в животе, хотя механизм их возникновения менее понятен.
- **Кишечные инфекции, воспаление мочевых путей, лобарная пневмония, перикардит, болезнь Шенлейна-Геноха** могут также вызывать боли в животе по типу висцеро-висцеральных связей (отраженные боли).

Рецидивизирующие боли в животе

- У детей старшего возраста наблюдаются при дуодените, холецистите, панкреатите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенном колите.
- Глистная инвазия также сопровождается болями в животе.
- Своеобразным синдромом рецидивизирующих болей в животе у грудных детей является **кишечная колика**. Вероятно колики обусловлены спазмами кишечника, недоеданием и перееданием, аэрофагией (заглатыванием воздуха при сосании), неадекватной пищей, в том числе аллергией к ней. Проявляется колика криком, двигательным беспокойством. Ребенок «сучит» ногами, закрывает глаза, тужится, у него краснеет лицо. Может быть вздут живот и срыгивание. Продолжительность колики от нескольких минут до нескольких часов. **При длительной «кишечной колике» нужно исключить хирургическое заболевание – инвагинацию кишечника, ущемление грыжи, аппендицит, воспаление меккелевого дивертикула.**

Рецидивизирующие боли в животе

- **Кишечные колики могут быть и у старших детей. У них может быть установлен диагноз «синдром рецидивизирующих болей в животе». Основным условием является исключение органической патологии, способной вызвать боль, а также психогенных причин. В частности, считается неправомочным говорить о синдроме рецидивизирующих болей в животе, если жалобы ребенок предъявляет только перед школой.**

**Снижение или длительная
потеря аппетита (анорексия).**

Жалобы родителей на снижение аппетита («ничего не ест») у их детей чаще всего бывают результатом воздействия тревожной опеки при незнании элементарных принципов воспитания детей.

- Ребенок должен быть скорее худ, чем толст.**
- Он не должен есть постоянно. Он может не желать есть.**
- Не всегда сытная и жирная еда нравится детям.**
- Прием малых количеств пищи, особенно сладостей (в том числе и напитков) в промежутках между обедом, ужином снижает аппетит.**
- 2-3 стакана молока в жаркое время года вполне удовлетворяют потребности в пище ребенка 2-5 лет и т.д.**

Снижение аппетита – истинное или ложное?

- Взвешивание ребенка и констатация, что он развивается правильно и имеет нормальный вес и тургор кожи, успокаивает тревожных родителей.
- Однако **истинное снижение аппетита** свидетельствует о низкой секреции желудка, хронических интоксикациях и сопровождается нарушениями трофики и обмена.

Особый драматизм у девочек-подростков приобретает **нервная форма анорексии** на фоне подростковой дисморфофобии и нейроэндокринной дисфункции пубертатного периода.



Дисфагия (невозможность принимать пищу).

Чаще всего ребенок не может есть из-за воспалительного процесса во рту и глотке, которые вызывают боль.

Стоматит.



Исследование
рта, глотки



Кандидозный
стоматит
белые легко
снимающиеся
налеты



Герпетический
стоматит
маленькие
язвочки

Молочница или кандидозный стоматит. Кандиды-примитивные дрожжевые грибки, способные вызывать заболевания у человека. Типичное заболевание у детей в периоде новорожденности и в течение первых месяцев жизни, хотя может поражать детей с дистрофией и/или после лечения антибиотиками, которые применялись длительно.

Герпетический язвенный гингивостоматит вызывается вирусом, главным образом поражает детей первых 3 лет жизни, начинается с высокой лихорадки, мучительной боли во рту и полного отказа от еды. Болезнь продолжается 4-7 дней.

Другие причины стоматита и анорексии

- **Герпангина.** Это заболевание полости рта вызывается коксаки - вирусом, начинается с высокой лихорадки, боли во рту и отказа от еды. Осмотр полости рта выявляет немногочисленные (от 1 до 15) язвы небольших размеров (1-5 мм в диаметре). Они локализуются на передних дужках миндалин, откуда они распространяются на небо, язык и другие участки.
- **Афтозные язвы.** Характерны одна или несколько язв на слизистой рта. Причина этого заболевания не ясна. Ясно, что язвы возникают после стресса (переутомление, переохлаждение и т. д.). Присоединение бактериальной инфекции вызывает чувство большого дискомфорта.
- **Трудное прорезывание зубов** может ассоциироваться с воспаленными деснами и болью во рту. Проникновение бактерий в зубные карманы вызывают лихорадку и беспокойное поведение младенцев.

Особенности ухода при стоматите

- терпеливое кормление и дача питья.



Грибковый стоматит
(молочница)



Афта при хроническом
афтозном стоматите

Рвота и срыгивания

- *Рвота и срыгивания* у новорожденных и грудных детей могут быть следствием пилоростеноза или пилороспазма, атрезии двенадцатиперстной кишки. Это так называемая истинная *обструктивная рвота*.
- *Особенностями ухода* при обструктивной рвоте является
- введение постоянного желудочного зонда для декомпрессии желудка и кишечника.

Рвота и срыгивания

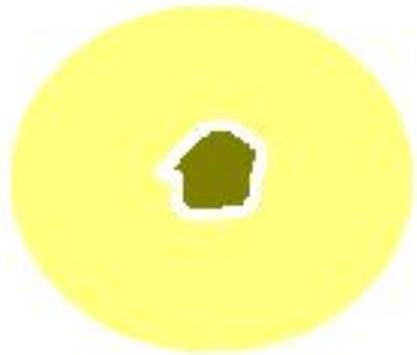
- У здоровых грудных детей к частым срыгиваниям приводит **аэрофагия**, наблюдающаяся при нарушении техники вскармливания, короткой уздечке языка, тугой груди у матери, расщеплении губы, неба. Характерным признаком аэрофагии является щелкающий звук у детей при сосании.
- **Особенностями ухода** при аэрофагии является герметизация полости рта при сосании груди, правильное положение жидкости в бутылке, поза релаксации после кормления.



Короткая уздечка языка

Понос (диарея)

- однократное или многократное опорожнение кишечника с измененным характером стула от кашицеобразного до водянистого. У маленьких детей, для которых характерна большая кратность опорожнений и неоформленный стул, требуется определять при детальном расспросе изменения обычных свойств стула (цвета, запаха и др.), а также оценивать выраженность водного пятна. *Водное пятно – соотношение площади собственно фекальных масс к области, пропитанной жидкостью.*



**Понос. Симптом
"водного пятна"**



**Обычный вид
стула на
подгузнике.**

Понос (диарея)

- У детей первого года жизни диарея нередко отражает дисфункцию кишечника в связи с качественными или количественными погрешностями вскармливания, нарушениями режима, перегревани­ем. Это так называемая *функциональная диарея*. Нормализация ухода приводит к быстрому восстановлению стула.

Понос (диарея)

- Истинная острая диарея (продолжающаяся не более 2-х недель) у детей в основном обусловлена воспалительными инфекционными поражениями желудка и кишечника (гастроэнтерит). *Острый гастроэнтерит* – инфекционное заболевание. Его могут вызывать бактериальные и вирусные возбудители, а также простейшие – паразиты.

Понос (диарея)

- При гастроэнтерите понос развивается в результате воспалительной гиперсекреции желудочного и кишечного содержимого и избыточного образования слизи из-за воздействия микробных тел и микробных токсинов, а также ускоренного прохождения пищевых масс (гиперперистальтики) по кишечнику.

Оральная регидратация

- Главной особенностью организации ухода за детьми с диареей является введение с первых часов заболевания жидкости в виде стандартных *глюкозо-солевых растворов для выпаивания.*

Синдром хронической диареи и недостаточности пищеварения

- Проявляется *поносом более 2 недель, полифекалией (>200г/сутки), нарастающим истощением* больного ребенка.
- Как правило, при осмотре у ребенка обнаруживается *увеличенный в объеме живот* вследствие скопления пищевого содержимого в кишечнике, которое не всасывается, и метеоризма.
- Недостаточность пищеварения (*мальабсорбция, мальдигестия*) может быть нескольких типов, которые могут быть разграничены на основании исследования стула.

Синдром хронической диареи и недостаточности пищеварения. Жирный, зловонный стул.

- ***Нарушение экскреторной пищеварительной функции поджелудочной железы (кистозный фиброз ее при муковисцидозе) ведет к недостаточному поступлению в просвет пищеварительной трубки протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина) и липазы, которая активируется желчными кислотами печени. Наряду с перечисленными универсальными признаками хронической диареи и недостаточности пищеварения симптомами этого патологического состояния будут гнилостная (гниение белка) стеаторея (жирный стул). Сильный неприятный запах, белесоватый, липкий, трудно смываемый кал – главные черты описания стула родителями больного ребенка. Реакция (pH) стула щелочная за счет преобладания процессов гниения.***

Синдром хронической диареи и недостаточности пищеварения. Жирный, обесцвеченный стул.

- ***Недостаток экскреторной функции печени (механическая желтуха) ведет к снижению поступления желчи в полость кишечной трубки. Следствие – стеаторея (обесцвеченный жирный стул). Реакция его нейтральная.***

Синдром хронической диареи и недостаточности пищеварения.

Кислый **зеленый** стул.

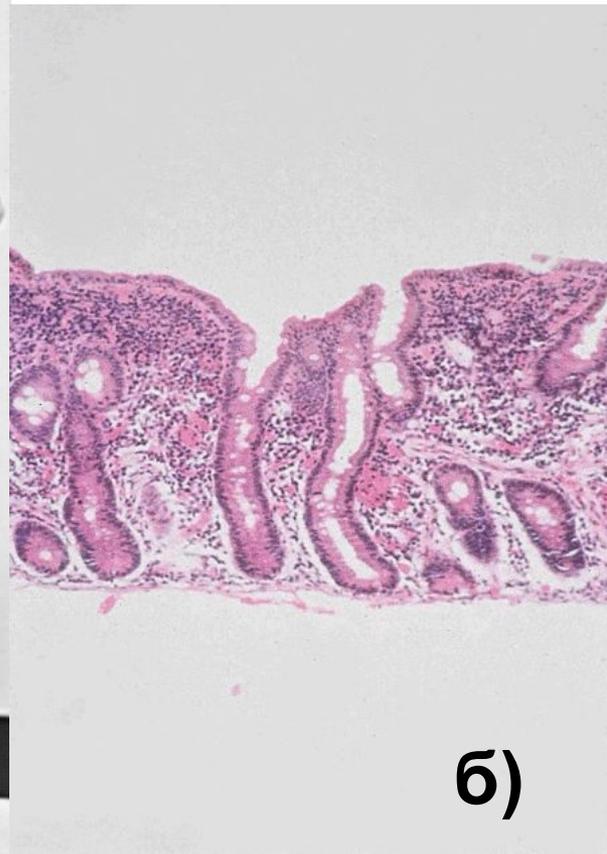
- *Недостаток ферментов пристеночного пищеварения в кишечнике - врожденный или приобретенный **дефицит лактазы**, др. дисахаридаз приводит к неусвоению углеводов (сахаров) пищи. Сахара содержатся в избытке в составе пищевого химуса. **Повышение осмолярности** кишечного содержимого вызывает увеличение содержания жидкости в нем и полифекалию. Одновременно избыток сахаров приводит к их сбраживанию в просвете кишечника. Возникают *метеоризм, выраженные кишечные колики*. Стул брызжущий с обильным отхождением газов. Цвет стула - **зеленый** из-за окисление билирубина в биливердин непосредственно в кишечнике под действием низкого (менее 5) рН. Кислый стул вызывает *раздражение ануса и дерматит*.*

Синдром хронической диареи и недостаточности пищеварения.

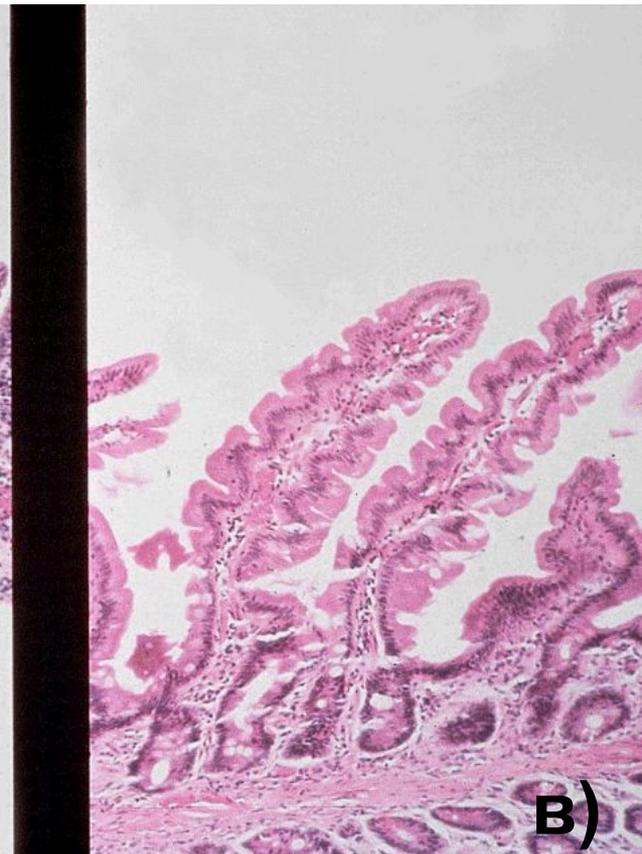
- Своеобразным заболеванием, свойственным детям, при котором развивается хроническая диарея с неусвоением жиров, белков и углеводов является *целиакия или глютеновая энтеропатия.*



а)



б)



в)

Целиакия

а) 18-месячный мальчик с целиакией. Обратите внимание на уменьшение в объеме мышц и большой растянутый живот. Производит впечатление больного ребенка.

б) Биопсия слизистой оболочки тонкого кишечника при целиакии. Атрофия ворсинок кишечника, гипертрофия крипт. Присутствуют клетки воспаления.

в) Нормальный биоптат тонкого кишечника, приведенный для сравнения.

Синдром хронической диареи и недостаточности пищеварения.

Уход.

- **Особенностью ухода за детьми, которые страдают непереносимостью отдельных компонентов пищи (дисахаридов, глютена и др.), является диета с их исключением.**

Запор

- Запор - редкие опорожнения кишечника, наступающие через 48 ч. и более.
- Они могут быть следствием как функционального расстройства (**дискинезии**) **толстого кишечника**, так и органического его поражения (врожденное сужение, трещины заднего прохода, болезнь Гиршпрунга, хронический колит).
- Определенное значение имеют **алиментарный фактор**. С одной стороны им может быть употребление пищи, содержащей грубые компоненты, такие как не перевариваемые семена и кожуру плодов и ягод, хлеб грубого помола. С другой стороны, рафинированная пища, которая полностью всасывается и не имеет клетчатки, формирующей фекальные массы.
- У грудных детей причиной запора может быть **хроническое недоедание** (голодание, пилоростеноз).
- У маленьких детей с достаточной прибавкой массы, вскармливаемых грудным молоком, стул иногда бывает редким вследствие хорошего пищеварения и малого количества шлаков в кишечнике. В этом случае вполне можно смириться, что **нормальный стул отходит безболезненно, но не каждый день**.
- У старших детей **запоры иногда связаны с привычкой задерживать акт дефекации** и нарушением вследствие этого тонуса нижнего отрезка толстой кишки.

Запор

- При организации ухода в любом случае нужно как можно скорее способствовать нормализации стула и поддерживать нормальный рефлекс дефекации у ребенка.

Bristol Stools Chart		
Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth & soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces, ENTIRELY LIQUID

Энкопрез – недержание кала.

- Не следует путать энкопрез с неудержанием кала, свойственным подвижным маленьким детям.
- *Хронически запачканные штанишки – представляет реальную проблему.*
- **Наиболее часто энкопрез связан с хроническим декомпенсированным запором.** Жидкая часть фекалий обтекает плотную фекальную пробку и формируется энкопрез. Поэтому *при организации ухода нужно направить усилия на лечение запора.*

Желтуха.

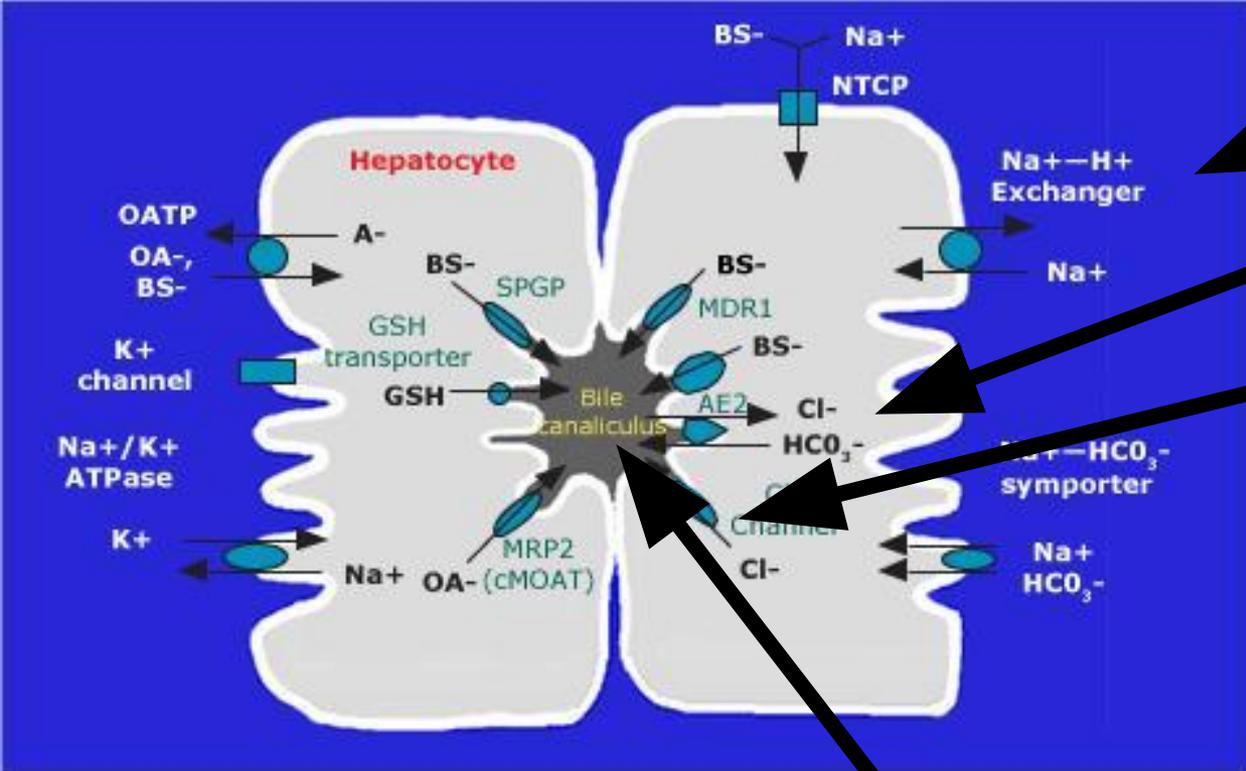
- ***Желтуха (icterus) – окрашивание в желтый цвет слизистых оболочек, склеры и кожи. Желтушность кожи у новорожденного обычно появляется при увеличении содержания билирубина более 85 мкмоль/л (более 5 мг%). У детей старше года желтушность обнаруживается, если уровень билирубина превысит 40 мкмоль/л, или 2 мг%.***

Желтуха.

- Раньше всего билирубином прокрашиваются склеры, нижняя поверхность языка, небо, кожа лица.
- *Интенсивность желтухи тем выше, чем больше гипербилирубинемия.*
Распространение желтухи на нижнюю половину туловища свидетельствует о высокой гипербилирубинемии.
- Желтушность лучше выявляется при естественном освещении и труднее - при электрическом.

Желтуха.

- Желтуху, обусловленную гипербилирубинемией (билирубин – конечный продукт распада гемоглобина эритроцитов), следует отличать от экзогенной желтухи, обусловленной потреблением большого количества продуктов, содержащих красящие вещества (**каротин**). Это - морковь, апельсины, мандарины, хурма и томаты. Особенно часто такие желтухи наблюдаются у детей первых 7 лет жизни, у которых элиминация красящих веществ замедленны. При каротиновой желтухе нет окрашивания склер и нет обесцвечивания кала. Нормальный уровень билирубина также достоверно подтверждает экзогенный характер желтухи.



гемолитическая
 конъюгационная
 паренхиматозная

механическая

Различают несколько видов истинной желтухи (гипербилирубинемии): конъюгационную, паренхиматозную, механическую и гемолитическую.

Конъюгационная желтуха

- Чаще всего наблюдается у новорожденных.
- Обусловлена возрастной незрелостью печени. Вследствие недостаточной активности глюкуронилтрансферазы - фермента, участвующего в превращении непрямого (водонерастворимого) билирубина в прямой (водорастворимый) в клетках печени, в крови происходит **накопление непрямого билирубина**.
- Такой генез желтухи свойствен **физиологической желтухе**, которая развивается на 2-3 - е сутки жизни практически у всех детей, достигая максимума на 4-5-й день жизни, а затем быстро убывает. Желтуха у доношенных исчезает обычно к 7-10 дню жизни.

- Повышение концентрации **непрямого билирубина** в сыворотке более **350 мкмоль/л (20 мг%)** у доношенных детей создает опасность поражения мозга (билирубиновая энцефалопатия).



*Конъюгационная
желтуха*

Конъюгационная желтуха

- Конъюгационная желтуха у недоношенных обычно более значительна, держится более длительное время (4 нед.) Это объясняется большей незрелостью печени.
- Угроза билирубиновой энцефалопатии возникает при более низких уровнях билирубина

Паренхиматозная желтуха

- у детей, также как и у взрослых, развивается чаще всего при острых гепатитах. Наблюдается желтушность кожи, склер, слизистых оболочек. Стул периодически бывает обесцвеченным, а моча - темного цвета.
- При паренхиматозной желтухе содержание всех видов билирубина повышено, но преобладающей его фракцией является *прямая*.

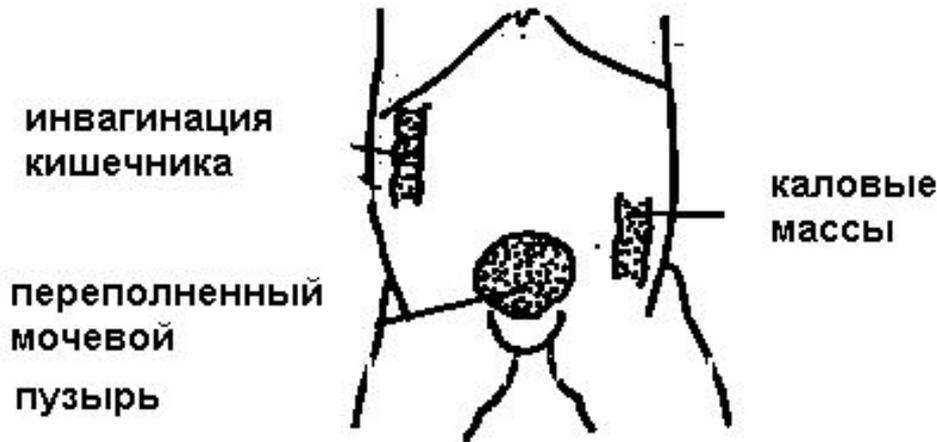
Механическая желтуха (синдром холестаза).

- Клинически проявления желтухи нарастают постепенно, иногда она бывает перемежающейся. Желтушность кожных покровов приобретает зеленоватый цвет или серо-зеленую окраску. Обычно наблюдается кожный зуд. Отмечается увеличение печени разных размеров. Стул светлый, ахоличный, моча темно-желтого цвета из-за появления в ней водорастворимого (прямого) билирубина. В крови определяется высокая концентрация прямого билирубина – более 6 мкмоль/л или при очень высоких цифрах общего билирубина более 30% от общего его количества.

Гемолитическая желтуха

- Желтушность кожи и склер также развивается вследствие усиленного *гемолиза эритроцитов* (различные формы гемолитической анемии, гемолитической болезни новорожденных на почве антигенной несовместимости крови плода и матери по системе резус или АВО, некоторых врожденных гемоглобинопатий и эритроцитопатий и при отравлениях гемолитическими ядами. *Синдром гемолитической желтухи* складывается из повышенных концентраций **непрямого билирубина** и малокровия (анемии), что формирует характерный вид больных – кожа бледная и «лимонного» цвета желтуха.
-

Пальпируемые образования в животе

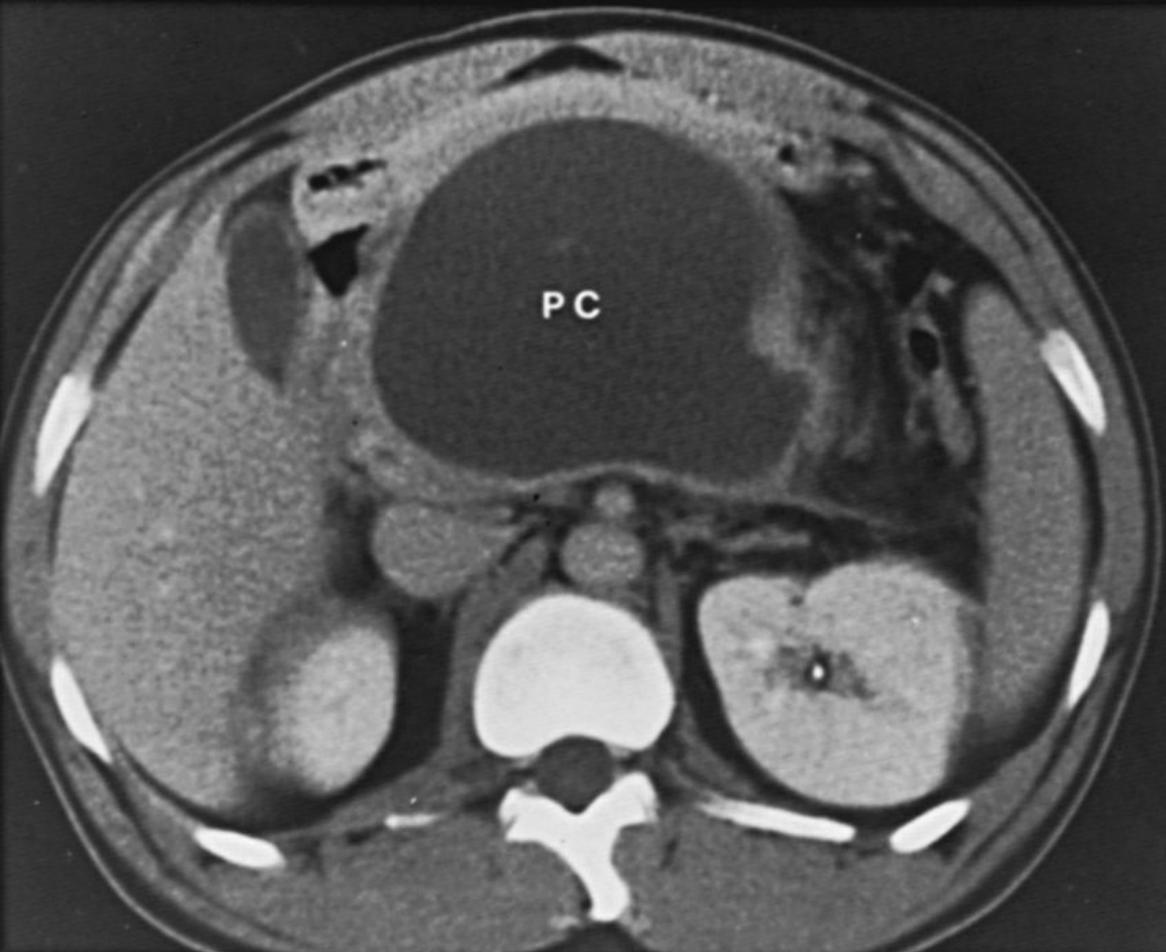


Возникшие
внезапно,
сопровожд
аются
болью

гепатоспленомегалия



Хронические,
бессимптомны



**Большая
псевдокиста
поджелудочной
железы на
компьютерной
томограмме
живота,
выявленная через
5 месяцев после
перенесенного
эпизода острого
панкреатита.
Псевдокиста вряд
ли разрешится
самопроизвольно
Требуется
оперативное
вмешательство.**

Спасибо за внимание и ... одевайтесь теплее!

