

Экспертное заключение

У ребёнка 10 лет на фоне температуры 38,5 °С, головной боли и болей в животе в общем анализе крови обращает внимание сочетание микроцитоза с гипохромией (MCV 69,6 фл, MCH 25,4 пг), повышенного RDW 15,0% и умеренной тромбоцитопении (PLT 124 ×10<sup>9</sup>/л). Общее число лейкоцитов нормальное (4,3 ×10<sup>9</sup>/л), выраженного нейтрофилёза нет — картина не типична для острой бактериальной инфекции высокой активности, включая классический аппендицит. Совокупность признаков больше согласуется с латентным/хроническим железодефицитом (возможно, длительно существующим) на фоне острого лихорадочного эпизода, природу которого только по ОАК определить нельзя. Учитывая жалобы (лихорадка + боль в животе), ключевое сейчас — не расшифровка анализа, а очный осмотр педиатра с оценкой живота, чтобы исключить хирургическую патологию.

Клинические индексы и расчётные показатели

| ИНДЕКС                     | ЗНАЧЕНИЕ            | НОРМА                                           | ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ                                                                                                         |
|----------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NLR (нейтрофилы/лимфоциты) | 3,22                | <3 у детей — обычно норма                       | Слегка выше типичного; умеренный воспалительный/стрессовый сдвиг, но не выражен                                        |
| Индекс Ментцера (MCV/RBC)  | 12,4                | <13 — талассемия вероятнее; >13 — ЖДА вероятнее | Значение пограничное, ближе к талассемическому паттерну — нужна оценка ферритина и, при необходимости, электрофорез Hb |
| МСНС                       | 366 г/л (36,6 г/дл) | 315–357 г/л                                     | Формально повышено; чаще технический артефакт при микроцитозе, реже — сфероцитоз                                       |

Стратификация рисков

Специализированные шкалы (SCORE2, FRAX, FIB-4) в детском возрасте и по этому набору данных не применимы.

Клинически значимая стратификация здесь другая — риск хирургической патологии брюшной полости. При сочетании «температура + боль в животе» у ребёнка 10 лет всегда требуется очная оценка живота (симптомы раздражения брюшины, локализация боли, поведение при движении). ОАК не подтверждает и не исключает аппендицит — при аппендиците чаще ожидается лейкоцитоз со сдвигом влево, чего здесь нет, но ранние часы заболевания и атипичные формы возможны при нормальном ОАК.

Значимые отклонения

| ПОКАЗАТЕЛЬ       | РЕЗУЛЬТАТ               | НОРМА                       | СТАТУС                          |
|------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| MCV              | 69,6 фл                 | 76–90 фл (7–12 лет)         | СНИЖЕНО                         |
| MCH              | 25,4 пг                 | 24–30 пг                    | ПОГРАНИЧНОЕ (на нижней границе) |
| MCHC             | 366 г/л                 | 315–357 г/л                 | ПОВЫШЕНО                        |
| RDW-CV           | 15,0%                   | 11,5–14,5%                  | ПОВЫШЕНО                        |
| PLT              | 124 ×10 <sup>9</sup> /л | 150–450 ×10 <sup>9</sup> /л | СНИЖЕНО                         |
| PDW              | 19,2%                   | ~10–17%                     | ПОВЫШЕНО                        |
| PCT (тромбокрит) | 0,12%                   | 0,15–0,4%                   | СНИЖЕНО                         |
| Моноциты %       | 10,6%                   | до ~10%                     | ПОГРАНИЧНОЕ                     |

Ключевая связь: MCV снижен, MCH на нижней границе, RDW повышен — это классический паттерн микроцитоза с анизоцитозом, характерный для железодефицита. При этом гемоглобин ещё в норме (143 г/л) и эритроцитов даже много (5,62 ×10<sup>12</sup>/л) — типичная картина **латентного/сидеропенического состояния без явной анемии**: организм компенсирует нехватку железа выработкой большего количества мелких клеток. У девочки 10 лет это возможно на фоне интенсивного роста, недостаточного поступления железа с пищей или начинающегося менархе (даже без установленных менструаций — гормональная перестройка идёт).

Тромбоцитопения (124) с повышенным PDW и сниженным PCT — умеренное отклонение. У ребёнка на фоне вирусной инфекции такая картина частая и обратимая: вирусы транзиторно подавляют или ускоряют потребление тромбоцитов. Также нужно исключить лабораторный артефакт (агрегация тромбоцитов в ЭДТА).

MCHC 366 г/л при выраженном микроцитозе — чаще всего расчётная особенность анализатора (при маленьких эритроцитах MCHC математически завышается). Реже — маркер наследственного сфероцитоза; это стоит держать в голове, но не первой версией.

### Что в норме

WBC, RBC, HGB, HCT, лимфоциты, гранулоциты, MPV, RDW-SD — в целом в пределах ожидаемого. Это говорит о том, что кислородтранспортная функция крови сохранена, выраженного острого воспаления и глубокой цитопении нет.

### Системный анализ

Картина крови двухслойная. **Первый слой — хронический, фоновый**: микроцитоз + повышенный RDW + пограничный MCH складываются в паттерн истощения запасов железа. Гемоглобин ещё не упал, но эритроциты уже «обеднены» — это стадия, когда ферритин уже низкий, а классической анемии по гемоглобину нет. У девочек 8–12 лет это очень частая ситуация: скачок роста, повышенная потребность в железе, часто ограниченный по железу

рацион (мало красного мяса, много молочной пищи, чай).

**Второй слой — острый, наложенный:** текущая лихорадка 38,5 °С с болью в животе. Отсутствие лейкоцитоза и выраженного нейтрофилёза, при этом относительный моноцитоз и умеренное снижение тромбоцитов — паттерн, который часто встречается при **вирусных инфекциях** (в том числе кишечных, аденовирусных, энтеровирусных, реже — при мезадените, инфекционном мононуклеозе на ранней стадии). Бактериальную инфекцию по одному только ОАК исключить нельзя, особенно на ранней стадии.

Отдельно: боль в животе + лихорадка у ребёнка — это всегда клиническое, а не лабораторное решение. Аппендицит на ранней стадии может протекать с нормальными лейкоцитами. Мезаденит (воспаление лимфоузлов брыжейки) на фоне вирусной инфекции даёт схожую картину «псевдоаппендицита» и часто разрешается без операции — но их различает только очный осмотр и, при необходимости, УЗИ брюшной полости.

Латентный железodefицит объясняет не текущий приступ, но частично — фоновые головные боли, утомляемость, склонность к простудам, если такие эпизоды бывали раньше.

**Многоспециалистский взгляд**

**Педиатр:** Приоритет номер один. Нужен осмотр «здесь и сейчас» с оценкой живота — локализация боли, симптомы раздражения брюшины, характер стула, тошнота/рвота, дизурия. По результатам осмотра — либо наблюдение с жаропонижающими, либо направление к детскому хирургу.

**Детский хирург:** Показан, если педиатр находитстораживающие признаки при пальпации живота (локальная болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы аппендицита, напряжение мышц). Также — при усилении боли, повторной рвоте, невозможности разогнуться.

**Детский гематолог / педиатр по вопросам железа:** После разрешения острой ситуации — оценка ферритина, сывороточного железа, ОЖСС, трансферрина для подтверждения латентного железodefицита. При индексе Ментцера около 12,4 и повторяющемся микроцитозе — обсудить электрофорез гемоглобина (исключить бета-талассемию, особенно если в семье средиземноморские, кавказские, среднеазиатские корни).

**Дифференциальный диагноз (для пациента)**

| ВЕРСИЯ                                                                    | АРГУМЕНТЫ ЗА                                                                                                             | АРГУМЕНТЫ ПРОТИВ                                                    | ЧТО ПОДТВЕРДИТ ИЛИ ИСКЛЮЧИТ                             |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Первая версия: острая вирусная инфекция + фоновый латентный железodefицит | Лихорадка без лейкоцитоза, относительный моноцитоз, умеренная тромбоцитопения; микроцитоз с повышенным RDW; возраст, пол | Нужно исключить бактериальную и хирургическую причину боли в животе | Динамика через 2–3 дня, ферритин + СРБ, осмотр педиатра |

|                                                                                 |                                                                                                             |                                                                                                             |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Альтернативная версия: острый аппендицит на ранней стадии                       | Классическая жалоба (лихорадка + боль в животе + головная боль); ОАК на ранней стадии может быть нормальным | Нет лейкоцитоза, нет нейтрофильного сдвига                                                                  | Осмотр детского хирурга, УЗИ брюшной полости, повторный ОАК через 6–12 ч |
| Альтернативная версия: мезаденит на фоне вирусной инфекции                      | Типичная триада у детей 5–12 лет, ОАК часто нормальный или с моноцитозом                                    | Клинически имитирует аппендицит — различает только УЗИ и осмотр                                             | УЗИ брюшной полости, наблюдение хирурга                                  |
| Маловероятно, но исключить: инфекция мочевых путей / пиелонефрит                | У девочек частая причина «температура + боль в животе»; головная боль                                       | В ОАК нет типичного бактериального сдвига                                                                   | Общий анализ мочи — обязательно                                          |
| Редкая, но возможная: гетерозиготная бета-талассемия как объяснение микроцитоза | Индекс Ментцера ~12,4, выраженный микроцитоз при нормальном Hb                                              | Требует подтверждения; RDW при талассемии обычно нормальный, здесь повышен — больше в пользу железодефицита | Электрофорез гемоглобина, ферритин; семейный анамнез                     |

## Динамика

Приложен один бланк — оценка динамики невозможна. При наличии предыдущих ОАК (например, при диспансеризации) их сравнение было бы важным: если микроцитоз есть давно и стабилен — это усиливает версию латентного железодефицита или наследственной микроцитарной анемии.

## Детальный план действий

| СРОК                                    | ДЕЙСТВИЕ                                                                                                                                                        | ЗАЧЕМ                                                                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Сегодня                                 | Очный осмотр педиатра (или вызов на дом), при усилении боли — детский хирург или приёмный покой                                                                 | Исключить хирургическую патологию живота, определить тактику по инфекции          |
| Сегодня                                 | Общий анализ мочи                                                                                                                                               | Исключить инфекцию мочевых путей как причину лихорадки и боли                     |
| В течение 24–48 часов                   | Наблюдение за симптомами; если боль в животе усиливается, локализуется справа внизу, появляется рвота, ребёнок не может разогнуться — детский хирург немедленно | Ранняя диагностика аппендицита при атипичном ОАК                                  |
| В течение 3–7 дней (после стабилизации) | Ферритин, сывороточное железо, ОЖСС, трансферрин, СРБ                                                                                                           | Подтвердить или исключить железодефицит; СРБ снимет вопрос об активном воспалении |
| В течение 2–4 недель                    | Повторный ОАК после выздоровления                                                                                                                               | Оценить сохраняется ли тромбоцитопения и микроцитоз вне острого эпизода           |
| При подтверждённом железодефиците       | Консультация педиатра/гематолога по коррекции                                                                                                                   | Обсудить питание и препараты железа (дозы — только врач)                          |

## Что можно изменить без лекарств

Пока идёт острая инфекция — акцент на общем режиме: обильное питьё, лёгкое питание, жаропонижающие по возрасту и по назначению педиатра, спокойный режим.

После разрешения острого эпизода, если подтвердится железодефицит — обсудить с педиатром рацион: красное мясо (говядина, индейка) 3–4 раза в неделю, печень 1 раз в 1–2 недели, гречка, яйца, продукты с витамином С вместе с железосодержащими продуктами (улучшает всасывание). Ограничить чай и молоко во время еды с мясом — они снижают всасывание железа.

### Вопросы для врача

- «Спросите педиатра: живот при пальпации мягкий, безболезненный или есть локальная болезненность? Нужен ли осмотр хирурга и УЗИ брюшной полости сегодня?»
- «Спросите педиатра: MCV 69,6 фл и RDW 15,0% при нормальном гемоглобине — нужно ли сдать ферритин после выздоровления, чтобы подтвердить латентный железодефицит?»
- «Спросите педиатра/гематолога: индекс Ментцера около 12,4 — нужно ли электрофорез гемоглобина для исключения талассемии, особенно если микроцитоз был и раньше?»
- «Спросите педиатра: тромбоциты 124 — стоит ли пересдать ОАК через 2–3 недели после выздоровления, чтобы убедиться, что снижение было реакцией на инфекцию?»

### Красные флаги

Обратитесь к врачу немедленно или вызовите скорую (103), если у ребёнка:

- Боль в животе усиливается, становится острой, локализуется в правой нижней части
- Ребёнок не может разогнуться, ходит согнувшись, любое движение усиливает боль
- Повторная рвота, отказ от питья
- Температура выше 39,5 °C, плохо снижается жаропонижающими
- Появилась вялость, сонливость, спутанность, ригидность затылочных мышц (не может подбородком дотянуться до груди)
- Сыпь, особенно не бледнеющая при надавливании
- Кровь в стуле или моче
- Синяки, кровоточивость дёсен, носовые кровотечения (при тромбоцитах 124 маловероятно, но следить стоит)

### Прогноз и динамика

При типичной вирусной инфекции состояние улучшается за 3–5 дней: температура снижается, аппетит восстанавливается, боль в животе проходит. Тромбоциты и лейкоцитарная формула нормализуются в течение 2–4 недель.

Если подтвердится латентный железодефицит и будет назначена коррекция (питание ± препараты железа), ферритин восстанавливается за 2–3 месяца, MCV и RDW нормализуются к 3–4 месяцам. Без коррекции латентный дефицит перейдёт в явную анемию — снизится гемоглобин, появятся утомляемость, снижение успеваемости, частые простуды.

Контрольные точки:

- Общий анализ мочи — сегодня
- Повторная оценка педиатром при ухудшении — в любой момент
- Ферритин + железо + СРБ — через 1–2 недели после нормализации температуры
- Контрольный ОАК — через 3–4 недели после выздоровления
- При подтверждённом железодефиците — контроль ферритина через 3 месяца лечения

Для лечащего врача

Эта часть отчёта подготовлена в формате клинической сводки. Содержит факты и направления для размышления, не заменяет клиническое мышление и личный осмотр пациента.

Краткий клинический контекст

Девочка 10 лет. Клинически: лихорадка 38,5 °С, головная боль, боль в животе. По ОАК — микроцитоз с повышенным RDW, пограничный MCH, MCHC формально высокий, умеренная тромбоцитопения с повышенным PDW, WBC в норме без нейтрофильного сдвига. Родители спрашивают о маршрутизации: педиатр vs хирург.

Сводка значимых отклонений

| ПОКАЗАТЕЛЬ | ЗНАЧЕНИЕ | НОРМА    | Δ            | КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ                  |
|------------|----------|----------|--------------|---------------------------------------|
| MCV        | 69,6 фл  | 76–90 фл | –8,4% от НГН | Микроцитоз, паттерн ЖД или талассемии |
| MCH        | 25,4 пг  | 24–30 пг | +5,8% от НГН | На нижней границе, гипохромный тренд  |
|            |          |          |              |                                       |

|        |                         |                             |               |                                                                                                       |
|--------|-------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MCHC   | 366 г/л                 | 315–357 г/л                 | +2,5% от ВГН  | Артефактный расчёт при микроцитозе; исключить сфероцитоз                                              |
| RDW-CV | 15,0%                   | 11,5–14,5%                  | +3,4% от ВГН  | Анизоцитоз, поддерживает ЖД против талассемии                                                         |
| PLT    | 124 ×10 <sup>9</sup> /л | 150–450 ×10 <sup>9</sup> /л | –17,3% от НГН | Умеренная тромбоцитопения, вероятно инфекционно-опосредованная                                        |
| PCT    | 0,12%                   | 0,15–0,4%                   | –20% от НГН   | Согласуется с PLT  |
| PDW    | 19,2%                   | ~10–17%                     | +12,9% от ВГН | Анизоцитоз тромбоцитов, признак активного тромбопоэза                                                 |
| MO%    | 10,6%                   | до ~10%                     | +6% от ВГН    | Пограничный относительный моноцитоз, вирусный паттерн                                                 |

Рассчитанные индексы и шкалы

| ИНДЕКС / ШКАЛА  | ЗНАЧЕНИЕ  | НОРМА                       | КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ                      |
|-----------------|-----------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| NLR             | 3,22      | <3                          | Умеренный сдвиг                                |
| Индекс Ментцера | 12,4      | <13 – талассемия; >13 – ЖДА | Пограничный, ближе к талассемическому паттерну |
| MCHC            | 36,6 г/дл | 31,5–35,7 г/дл              | Артефакт микроцитоза vs сфероцитоз             |

Индекс Ментцера 12,4 при повышенном RDW создаёт неоднозначность: чистый талассемический паттерн предполагает нормальный RDW, поэтому наиболее вероятная трактовка — железодефицит с индексом на границе. При отсутствии ответа на препараты железа или наличии семейного анамнеза — электрофорез Hb.

Паттерны и взаимосвязи

Картина совместима с наложением острого инфекционного эпизода на фоне хронического латентного железодефицита. Микроцитарный гипохромный паттерн с повышенным RDW и сохранённым Hb — типичная стадия ID до развития манифестной анемии (WHO stage 2: iron-deficient erythropoiesis без анемии). У девочки 10 лет — высокий преморбидный риск: препубертатный ростовой скачок, приближающееся менархе.

Гематологический профиль текущей инфекции: нормоцитоз WBC, отсутствие абсолютного нейтрофилёза (GR 2,9 ×10<sup>9</sup>/л), относительный моноцитоз, лёгкая тромбоцитопения с повышенным PDW — паттерн не противоречит вирусной этиологии (энтеровирусы, аденовирус, реже EBV/CMV на ранней стадии). Бактериальную инфекцию по одному ОАК исключить нельзя — при ранних стадиях острого аппендицита лейкоцитоз может

отсутствовать до 20–30% случаев.

МСНС 366 г/л при выраженном микроцитозе с высокой вероятностью — расчётная особенность (математическая инверсия при низком MCV), однако наследственный сфероцитоз — состояние, которое стоит держать в дифференциальном ряду при повторяющемся высоком МСНС + семейном анамнезе анемий/спленомегалии/желчнокаменной болезни.

Ключевой клинический вопрос — не гематологический, а хирургический: исключение острой абдоминальной патологии на основе физикального осмотра.

Дифференциальный ряд (профессиональная редакция)

| СОСТОЯНИЕ                                                     | PRO (ПО ДАННЫМ)                                                    | CONTRA (ПО ДАННЫМ)                                             | ЧТО ПОДТВЕРДИТ ИЛИ ИСКЛЮЧИТ                                                            |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Вирусная инфекция (энтеро-вирусная, аденовирусная, мезаденит) | WBC норма, относительный моноцитоз, лёгкая тромбоцитопения с ↑ PDW | Специфических маркеров нет                                     | Клиника, УЗИ брюшной полости, СРБ, при подозрении на EBV/CMV — серология               |
| Острый аппендицит (ранняя стадия)                             | Клиническая триада, ОАК на ранней стадии может быть нормальным     | Отсутствие лейкоцитоза, N/L 3,22 умеренно                      | Физикальный осмотр, УЗИ / КТ по показаниям, повторный ОАК через 6–12 ч, Alvarado score |
| Инфекция мочевых путей / пиелонефрит                          | Демография (девочка), лихорадка + боль в животе + головная боль    | В ОАК нет типичного бактериального сдвига                      | Общий анализ мочи, посев мочи                                                          |
| Латентный железодефицит (сопутствующий)                       | Микроцитоз, ↑ RDW, пограничный МСН, возраст, пол                   | —                                                              | Ферритин, TSAT, sTfR                                                                   |
| Гетерозиготная β-талассемия                                   | Индекс Ментцера ~12,4, микроцитоз с нормальным Hb, RBC 5,62        | RDW повышен (обычно норма при талассемии)                      | Электрофорез Hb (HbA2, HbF), семейный анамнез                                          |
| Наследственный сфероцитоз (маловероятно)                      | МСНС 36,6 г/дл                                                     | Нет ретикулоцитоза, нет желтухи, нет спленомегалии по описанию | ЕМА-тест, осмотическая резистентность, семейный анамнез                                |

Рекомендованные дообследования

| ИССЛЕДОВАНИЕ                                                         | ЗАЧЕМ                                                                           | СРОЧНОСТЬ        |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Физикальный осмотр педиатра/хирурга с оценкой абдоминального статуса | Исключение острой хирургической патологии                                       | Экстренно        |
| Общий анализ мочи                                                    | Исключение ИМВП                                                                 | Экстренно        |
| СРБ                                                                  | Разграничение вирусной и бактериальной этиологии, оценка активности воспаления  | Экстренно        |
| УЗИ брюшной полости (по клиническим показаниям)                      | Оценка червеобразного отростка, мезентериальных лимфоузлов, органов малого таза | По решению врача |
|                                                                      |                                                                                 |                  |



|                                                                                    |                                                                               |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Ферритин, сывороточное железо, ОЖСС, трансферрин, sTfR                             | Подтверждение железодефицита; ферритин трактовать с учётом СРБ (острофазовый) | Через 1–2 нед после нормализации температуры |
| Повторный ОАК                                                                      | Контроль тромбоцитопении и микроцитоза вне острого эпизода                    | Через 3–4 нед                                |
| Электрофорез гемоглобина (при неэффективности терапии Fe или отягощённом анамнезе) | Исключение талассемии                                                         | Планово                                      |
| Серология EBV/CMV (при затяжной лихорадке)                                         | Дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза                       | При клинических показаниях                   |

## На что обратить внимание при осмотре

- Оценить локализацию и характер боли в животе, симптомы раздражения брюшины (Щёткина–Блюмберга, Ровзинга, Ситковского), болезненность при перкуссии, поведение при движении и кашле
- Осмотреть кожу и слизистые на предмет бледности, желтушности, петехиальной сыпи (тромбоцитопения + инфекционная сыпь)
- Пропальпировать периферические лимфоузлы, оценить размер печени и селезёнки (мононуклеоз, наследственный сфероцитоз)
- Осмотреть зев (стрептококковый фарингит, мононуклеоз), барабанные перепонки
- Оценить менингеальные симптомы (головная боль + лихорадка)
- Собрать семейный анамнез анемий, спленэктомий, желчнокаменной болезни в молодом возрасте, этническую принадлежность (средиземноморская, кавказская, азиатская — контекст для талассемии)

## Красные флаги

- Микроцитоз с повышенным RDW у ребёнка препубертатного возраста + предстоящее менархе = высокий риск прогрессирования в манифестную ЖДА в течение 6–12 мес без коррекции; ферритин в динамике обязателен
- MCHC 36,6 г/дл при выраженном микроцитозе — с высокой вероятностью артефакт, но при повторяющемся паттерне + семейном анамнезе исключить наследственный сфероцитоз (EMA-тест)
- Отсутствие лейкоцитоза не исключает раннюю стадию аппендицита; клиническая переоценка через 6–12 ч при сохранении симптомов
- Индекс Ментцера в пограничной зоне (12,4) + повышенное RDW: если ферритин окажется нормальным/высоким и микроцитоз не корригируется препаратами Fe за 2–3 месяца — электрофорез Hb для исключения  $\beta$ -талассемии minor

- Умеренный относительный моноцитоз + тромбоцитопения + лихорадка у ребёнка школьного возраста — держать в поле зрения инфекционный мононуклеоз (EBV), особенно при появлении лимфаденопатии, спленомегалии, атипичных мононуклеаров в мазке

---

*Эта расшифровка — справочная сводка на основании только лабораторных и инструментальных данных. Без анамнеза, физикального осмотра и истории болезни пациента. Окончательная интерпретация, диагноз и тактика ведения — за лечащим врачом. При расхождении с клинической картиной приоритет у врача, видящего пациента.*

---

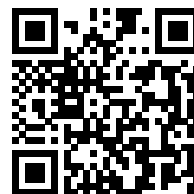
*Расшифровка носит информационный характер и не заменяет консультацию врача. HelpScanner.ru*

ОТПРАВЬТЕ ДРУГУ

**Скидка 30% на расшифровку**

Покажите QR-код тому, кто в этом нуждается. Он получит **скидку 30%** на любой тариф.

QR-код действует бессрочно — поделитесь когда удобно.



---

**Создано с HelpScanner.ru** — экспертная расшифровка анализов за 1–5 минут

helpscanner.ru · support@helpscanner.ru

Расшифровка носит информационный характер и не является медицинским диагнозом. Для постановки диагноза обратитесь к врачу.