

# 1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## Αρχές της 10λεπτης διάγνωσης

Robert B. Taylor

1.1

### Αρχές της 10λεπτης διάγνωσης

Paul M. Paulman

Διάγνωση σε 10 λεπτά; Γίνεται;

Ναι, γίνεται.

Μακάρι να είχαμε 90 λεπτά για να πραγματοποιήσουμε μία διαγνωστική αξιολόγηση, όπως στο 30 έτος των σπουδών μας ως φοιτητές Ιατρικής ή ακόμη και 30 λεπτά, όπως κατά τη διάρκεια της ειδικότητας. Αυτές οι μέρες τελείωσαν. Σήμερα, στην εποχή της τεκμηριωμένης και οικονομικής ιατρικής πράξης, οι επισκέψεις στα ιατρεία είναι χρονικά περιορισμένες. Παραδείγματος χάριν, σε μία πρόσφατη μελέτη 4.454 ασθενών που επισκέφθηκαν 138 ιατρούς 84 ειδικότηταν, η μέση διάρκεια της επίσκεψης ήταν 10 λεπτά (1). Μία άλλη μελέτη 19.192 επισκέψεων σε 686 ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προσδιόρισε τη διάρκεια της επίσκεψης στα 16,3 λεπτά (2). Ακόμη και όταν η διάρκεια της επίσκεψης ξεπερνάει τα 10 λεπτά, ο χρόνος που αφιερώνεται στη διάγνωση (και όχι στο καλωσόρισμα του ασθενούς, στην περιγραφή της θεραπείας, στη διαχείριση ιατρικών εγγράφων και στον χρόνο που ο ασθενής αφαιρεί τα ρούχα του και ξαναντύνεται) αγγίζει οριακά τα 10 λεπτά.

Συνεπώς, αν έχουμε μόνο 10 λεπτά σε κάθε επίσκεψη για τη διαγνωστική αξιολόγηση, θα πρέπει να είμαστε συγκεντρωμένοι, ώστε η ιατρική αξιολόγηση να είναι πλήρης και λεπτομερής. Η προσέγγιση αυτή είναι εφικτή και αποτελεί ουσιαστικά τον τρόπο εκτίμησης των ασθενών από τους κλινικά έμπειρους ιατρούς. Τα παρακάτω αποτελούν ορισμένες πρακτικές οδηγίες για μία 10λεπτη διάγνωση ( $Dx10$ ). Ας σκεφτούμε ένα περιστατικό: Μία 49χρονη παντρεμένη γυναίκα επισκέπτεται για πρώτη φορά το ιατρείο σας και αναφέρει ισχυρές ετερόπλευρες κεφαλαλγίες, που επιδεινώθηκαν τον τελευταίο χρόνο. (Για λεπτομερέστερη προσέγγιση της διάγνωσης των κεφαλαλγιών, βλ. Κεφάλαιο 2.6.)

#### ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

Παρατηρήστε πώς ο ασθενής συναναστρέφεται με το προσωπικό, αφαιρεί το πανωφόρι του και κάθεται στον χώρο εξέτασης. Πώς ζεκινά ο ασθενής να περιγράφει το πρόβλημά του και τι φαίνεται να θέλει από την επίσκεψή του σε εσάς; Ποιος συνοδεύει τον ασθενή και ποιος απαντά στις ερωτήσεις σας;

Προσπαθήστε να χρησιμοποιείτε ερωτήσεις ανοικτού τύπου, χρησιμοποιώντας τη φράση «πες μου για...». Οι λιγότερο έμπειροι κλινικοί ιατροί χρησιμοποιούν συχνά ερω-

Τήσεις τύπου «ναι ή όχι», ενώ οι γνώστες του συστήματος Δχ10 έχουν μάθει πως τέτοιου τύπου ερωτήσεις νωρίς κατά τη λήψη του ιστορικού μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένα συμπεράσματα, που μπορεί να είναι επιβλαβή για τον ασθενή. Ένα τυπικό παράδειγμα αποτελεί η απόδοση θωρακικού όλγους σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ), επειδή ο ασθενής έχει ιστορικό ΓΟΠ και απαντά καταφατικά σε ερωτήσεις για το αν το όλγος είναι καυστικού τύπου και αν παρουσιάζει δυσανεξία στα πικάντικα τρόφιμα.

Παρατηρήστε τις εκφράσεις του προσώπου του ασθενούς κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Εντοπίστε τον διοταγμό και τις διφορούμενες απαντήσεις του. Να είστε διατεθειμένοι να αικολουθήσετε διαγνωστικά μονοπάτια που μπορεί να οδηγήσουν σε συγκεκαλυμμένα προβλήματα, όπως η χρήση ναρκατικών ουσιών ή η ενδοοικογενειακή βία. Στη περιπτώση μας, η ασθενής απαντά αυτομάτως ή φάνεται διοτακτική, όταν αναφέρεται σε οικογενειακά θέματα ή σε θέματα που αφορούν στην καθημερινότητά της στο σπίτι;

## ΣΚΕΦΤΟΜΑΣΤΕ ΠΡΩΤΑ «ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ» ΑΙΤΙΑ

Θυμίζω πάντα στους φοιτητές Ιατρικής τη γνωστή φράση «τα συχνότερα προβλήματα συμβαίνουν συχνότερα». Κατά την επίσκεψη, ο ιατρός αναπτύσσει διαγνωστικές υποθέσεις από τα πρώτα λεπτά της συνάντησης. Όταν αντιμετωπίζετε έναν ασθενή με κεφαλαλγία, πρέπει πρώτα να σκέψετε την κεφαλαλγία τάσεως και την ημικρανία παρά την κροταφική αρτηρίτιδα. Παρ' όλα αυτά, ο ιατρός της Δχ10 θα πρέπει να σκέφτεται πάντα και σπανιότερες περιπτώσεις, όπως ο καρκίνος του εγκεφάλου. Οι πρώτες ερωτήσεις κατά τη λήψη του ιστορικού θα πρέπει να κατευθύνονται προς τα χαρακτηριστικά και τη χρονική εξέλιξη των συμπτώματων. Έπειτα, ο ιατρός επιλέγει ερωτήσεις που βοηθούν να αποκλείσουμε ή να επιβεβαιώσουμε τη διαγνωστική μας υπόθεση: «Τι προηγείται της κεφαλαλγίας», «Άλλαξε κατά κάποιον τρόπο η φύση ή η βαρύτητα του πόνου», «Μήπως είστε αιγχώδης και αυτό μπορεί να επηρεάζει τα συμπτώματά σας», «Έχει κάποιος άλλος στην οικογένεια πονοκεφάλους»;

Η φυσική εξέταση θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στις περιοχές του σώματος που μπορεί να συνεισφέρουν στη διάγνωσή σας, ενώ μία πλήρης φυσική εξέταση σπανίως χρειάζεται. Συνεπώς για την ασθενή μας με τις υποτροπιάζουσες κεφαλαλγίες η φυσική εξέταση της Δχ10 θα περιοριστεί στη λήψη των ζωτικών σημείων, την εξέταση της κεφαλής και του αιχνέα, τον έλεγχο του προσανατολισμού, των εν τω βάθει αντανακλαστικών και της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων. Η εξέταση του θώρακα, της καρδιάς και της κοιλίας μάλλον δεν θα προσφέρει πληροφορίες στη διαφοροδιάγνωση.

Οι παρακλητικές εξετάσεις θα πρέπει να περιορίζονται μόνο σε αυτές που θα συμβάλλουν στην απόρριψη ή στην επιβεβαίωση της διαγνωστικής υπόθεσης και ίσως αργότερα σε αυτές που θα βοηθήσουν στη θεραπευτική απόφαση. Για τους περισσότερους ασθενείς με κυρίαρχο σύμπτωμα την κεφαλαλγία, δεν χρειάζεται να πραγματοποιηθεί καμία εργαστηριακή ή απεικονιστική εξέταση.

Οστόσο, ορισμένες φορές, οι ασθενείς μπορεί να πάσχουν από λιγότερο συχνά νοσήματα. Περιστασιακά, θα συναντήστε κάποιο απρόσμενο εύρημα: ετερόπλευρη απώλεια της αικής ή ασθενείς καταβεβλημένοι με διογκωμένο σπλήνα. Αν συναντήστε κάποια ομάδα τέτοιων ευρημάτων, σταματήστε για λίγο και σκεφτείτε. Αυτού του είδους η επαγρύπνηση οδήγησε στην αναγνώριση του ιού «Mueinto Canyon» ως το αίτιο της επιδημίας του αναπνευστικού συνδρόμου του ιού hantaeon στις νοτιοδυτικές Η.Π.Α. το 1993 και την εμφάνιση πρωτοπαθής πνευμονικής υπέρτασης σε ασθενείς που λάμβαναν δεξφενδολουραμίνη για απώλεια βάρους. Σε ελάχιστες περιπτώσεις στην επαγγελματική σας πορεία, θα έχετε την ευκαιρία να βιώσετε μία διαγνωστική επιφοίτηση. Ο κλινικός ιατρός της Δχ10 θα αδράξει την ευκαιρία, παραμένοντας σε επαγρύπνηση, για να εντοπίσει κάποιο αναπάντεχο διαγνωστικό εύρημα.

## ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

Πέραν της επαγγελματικής σας γνώσης, της εμπειρίας και του χρόνου, οι διαγνωστικοί σας πόροι περιλαμβάνουν το προσωπικό σας, τον ασθενή και την οικογένειά του και ένα πλήθος διαθέσιμης ιατρικής βιβλιογραφίας.

Το ιατρείο σας και το νοσοκομειακό προσωπικό αποτελούν σημαντικούς συμμάχους στην πραγματοποίηση της διάγνωσης. Σημαντικά στοιχεία προσφέρονται όταν ο ασθενής καλεί για να κλείσει ραντεβού ή όταν συνοδεύεται στο εξεταστήριο. Αν ο ασθενής αναφέρει στην υποδοχή ή στον νοσηλευτή πώς το θωρακικό του όλγος είναι «όπως αυτό που είχε ο πατέρας μου πριν να πάθη έμφραγμα» ή αν κάποιος συνοδός αναφωτέται αν το κυττακτικό όλγος σχετίζεται με την ανάρμοστη συμπεριφορά της 15χρονης κόρης του, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να λαμβάνει την άδεια του ασθενούς για να μοιραστεί αυτήν την πληροφορία με τον ιατρό.

Ο ασθενής και η οικογένειά του αποτελούν μία πολύ καλή πηγή εσωτερικών πληροφοριών για την ανεύρεση του αιτίου των συμπτωμάτων, όπως η εύκολη κόπωση, η διάρροια ή η απώλεια όρεξης. Σε μία μελέτη διαφοροδιάγνωσης του Bergl, ο Bergl επισημαίνει πως ενώ οι ιατροί ανέφεραν 7,8 πιθανές διαγνώσεις, οι ασθενείς ανέφεραν 6,5, από τις οποίες μόνο οι 2,8 ήταν κοινές με αυτές των ιατρών (3). Η ασθενής του παραδείγματός μας και πιθανώς η οικογένειά της μπορούν να προσφέρουν διαγνωστικές προτάσεις, τις οποίες μπορεί να μην οκεφτήκατε. Επίσης, αυτές οι υποθέσεις αποτελούν προβληματισμούς της ασθενούς, για τους οποίους θα πρέπει να καθηγουχαστεί. Παραδείγματος χάριν, η ασθενής μπορεί να επισκέφηται το ιατρείο σας, διότι μία φίλη της διαγνώστηκε προσφάτως με καρκίνο του εγκεφάλου και ανησυχεί για τη σοβαρότητα των δικών της κεφαλαλγιών.

## ΣΚΕΦΤΕΙΤΕ ΤΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Συνεχίζοντας το παράδειγμα της ασθενούς με την κεφαλαλγία, η διάγνωση της ημικρανίας θα είναι ατελής, αν δεν περιλαμβάνει τη συμβολή του οικογενειακού ή του επαγγελματικού όγχου στην καθημερινότητα του ασθενούς. Η ψυχολογική πίεση μπορεί να οδηγήσει σε ακυρώσεις οικογενειακών εκδηλώσεων, τακτικές επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιοτατικών ή σε υψηλούς φαρμακευτικούς λογαριασμούς για την αγορά ενέσεων σουματριπάνης. Καμία διάγνωση καρκίνου ή σαικχαρώδους διαβήτη δεν θα είναι πλήρης, αν δεν ληφθούν υπ' όψιν οι επιπτώσεις της νόσου στη ζωή του ασθενούς και των μελών της οικογένειάς του (4).

Ο ιατρός της Δι10θα πρέπει να είναι ενήμερος για τις διαγνωστικές κατηγορίες της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών (International Classification of Disease – ICD-9), οι οποίες διευκολύνουν τη στατιστική ανάλυση και τη διαχείριση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, αλλά μειονεκτούν ως προς την περιγραφή των προσωπικών και οικογενειακών καταστάσεων. Παραδείγματος χάριν, μπορείτε να συγκρίνετε τον κωδικό 250.0 του ICD-9 «σαικχαρώδης διαβήτης, ανεπίπλεκτος» με τη φράση «σαικχαρώδης διαβήτης τύπου 2 σε ηλικιωμένο ασθενή με πτωχή διατροφή, μικρή σύνταξη και απομόνωση από την οικογενειά του».

Η αποτυχία προσδιορισμού των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων μιας νόσου μπορεί να οδηγήσει σε ατελή ή ακόμη και λανθασμένη διάγνωση. Σκεφτείτε μόνο πόσες φορές παραβλέψθηκε κακοποίηση ανηλίκου από ιατρούς του τμήματος επειγόντων περιοτατικών, οι οποίοι εστίασαν μόνο στα κατάγματα του ανηλίκου και δεν αναζήτησαν το αιτίο τους.

Στο παράδειγμα της ασθενούς μας, θα ήταν σκόπιμο να ερωτηθεί για πιθανό επαγγελματικό και οικογενειακό όγχος και πώς θα ήταν η ζωή της αν οι κεφαλαλαγίες υποχωρούσαν.

## ΖΗΤΗΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΟΤΑΝ ΤΗ ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ

Πλέον, η ιατρική περιθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης, πρέπει να είναι βασισμένη σε τεκμηριωμένα στοιχεία και να μην βασίζεται μόνο στη ικινική σας εμπειρία. Τα στοιχεία αυτά περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών και μετααναλύσεων σε επιοτημονικά περιοδικά (5), στο διαδίκτυο (6) και σε συγγράμματα αναφοράς όπως ο Οδηγός της 10λεπτης Διάγνωσης. Στο παράδειγμα της ασθενούς με τις κεφαλαλαγίες μπορείτε να αναζητήσετε πρόσφατα άρθρα για την προσέγγιση των ημικρανιών.

Επικουρική βοήθεια μπορεί να αναζητηθεί και από ουναδέλφους. Σκεφτείτε μία επιπλέον εκτίμηση, όταν έχετε μία διάγνωση που δεν σας ικανοποιεί. Ο προσωπικός ιατρός,

λόγω μακροχρόνιας σχέσης με τον ασθενή, μπορεί να μην διαγνώσει μία κατάσταση, η οποία είναι εμφανής από άλλον συνάδελφο που εξετάζει τον ασθενή για πρώτη φορά. Σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι απαραίτητη μία επανεκτίμηση της κατάστασης.

Εκτίμηση μπορεί να ζητηθεί από συναδέλφους της ίδιας ή και διαφορετικής ειδικότητας.

## ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν χρειάζεται πάντα να προσδιορίσετε την τελική σας διάγνωση από την πρώτη επίσκεψη. Μία τέτοια προσέγγιση, όμως, μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενες επισκέψεις, περιπτώνυ εργαστηριακού ελέγχους και υψηλού κόστους θεραπείες, που δεν προσφέρουν βελτίωση στον ασθενή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η καλύτερη τακτική είναι συχνά να αφήσετε χρόνο και να προγραμματίσετε μία δεύτερη επίσκεψη. Παραδείγματος χάριν, είναι γνωστό πως οι κεφαλαλαγίες επηρεάζονται συχνά από στρεσογόνα γεγονότα. Ένας νέος ασθενής μπορεί να μην είναι έτοιμος να μοιραστεί ορισμένες προσωπικές, συχνά δυσάρεστες, πληροφορίες (κακοποίηση από τον σύζυγο, έγκυος έφηβη ή οικονομικά προβλήματα), παρά μόνο όταν αναπτυχθεί μία σχέση εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενούς.

Συχνά μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν περιγραφικές διαγνώσεις και να πραγματοποιηθεί αναζήτηση της τελικής διάγνωσης σε δεύτερο χρόνο: Έφηβη με χρόνιο πυελικό άλγος, ενήλικος με χρόνιο βήχα, μεσήλικος ασθενής με απώλεια όρεξης, ασθενής τρίτης ηλικίας με εύκολη κόπωση ή αύπνια. Αρκετές φορές αυτή είναι η μόνη λογική προσέγγιση κατά την πρώτη επίσκεψη.

Ο ιατρός της Δχ10 θα πρέπει να είναι προσεκτικός, ώστε να μην επιμείνει με την αρχική του διάγνωση. Η απώλεια του σωματικού βάρους ενός καταθλιπτικού ασθενούς μπορεί να οφείλεται σε κακοήθεια, ενώ η εύκολη λύση είναι να αποδοθούν όλα τα συμπτώματα στην εμμηνόπαυση ή στον σακχαρώδη διαβήτη. Στην περίπτωση της ασθενούς μας, αν οι κεφαλαλαγίες δεν υποχωρήσουν με την πάροδο του χρόνου, θα πρέπει να αναθεωρηθεί η αρχική διάγνωση και να πραγματοποιηθεί επιπλέον έλεγχος, ο οποίος στην αρχή μπορεί να είχε θεωρηθεί υπερβολικός. Αν, για παράδειγμα, δεν βελτιωθεί η ασθενής με την αρχική θεραπεία, θα πρέπει να συζητηθεί η πραγματοποίηση κάποιας απεικονιστικής εξέτασης.

Στην καθημερινή κλινική πράξη μπορείτε να αξιοποιήσετε τον χρόνο μεταξύ των προαναφερθέντων βημάτων για να αξιολογήσετε τη διάγνωση σας, επανεξετάζοντας τις σημειώσεις σας, ανάζητωντας σχετική βιβλιογραφία και επανεκτιμώντας τον ασθενή στις επόμενες επισκέψεις. Ο ιατρός της Δχ10 παραμένει ανοικτός ως προς τη διαφοροδιάγνωση και, τελικώς, θα καταλήξει σε μία βιοψυχολογικοκοινωνική και κλινικά αποδεκτή διάγνωση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaen CR. Illuminating the black box: a description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *J Fam Pract* 1998;46:377-389.
2. Blumenthal D, Causino N, Chang YC. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999;48:264-271.
3. Bergh KD. The patient's differential diagnosis: unpredictable concerns in visits for cough. *J Fam Pract* 1998;46:153-158.
4. Taylor RB. Family practice and the advancement of medical understanding: the first 50 years. *J Fam Pract* 1999;48:53-57.
5. Richardson WS, Wilson MC, Guyatt GH, et al. User's guide to the medical literature: how to use an article about disease probability for differential diagnosis. *JAMA* 1999;281:1214-1219.
6. Hersh W. A world of knowledge at your fingertips: the promise, reality, and future directions of on-line information retrieval. *Acad Med* 1999;74:240-243.

# 2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## Μη ειδικά συμπτώματα

Richard H. Hurd

### 2.1

#### Ακούσια απώλεια βάρους

Amy K. Jespersen

**I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.** Η απώλεια βάρους θεωρείται σημαντική όταν ξεπερνά το 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα μικρότερο ή ίσο των 6 μηνών. Σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητισμότητα, ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς. Πριν από την έναρξη της διερεύνησης, απαιτείται η επιβεβαίωση της απώλειας βάρους, διότι περίπου το 50% των ασθενών που προσέρχονται στον ιατρό με αναφερόμενη απώλεια βάρους δεν παρουσιάζουν πραγματική απώλεια. Στο 75% των ασθενών με επιβεβαιωμένη απώλεια ανευρίσκεται συγκεκριμένο αίτιο, ενώ στους υπόλοιπους δεν ανευρίσκεται αίτιο. Η πρόγνωση στους ασθενείς με διεγνωσμένη αίτιο είναι γενικότερα πιο ευνοϊκή (1). Αν ένα παθολογικό αίτιο είναι παρόν, εντοπίζεται συνήθως εντός 6 μηνών από την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο (1-3).

**II. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.** Οι κυριότερες καταστάσεις που προκαλούν ακούσια απώλεια βάρους εντάσσονται συνήθως σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες: ανεπαρκής πρόσληψη θερμίδων, υπέρμετρες μεταβολικές ανάγκες ή απώλεια θερμίδων στα ούρα ή/και κόπρανα. Άλλα αίτια που ευθύνονται για το σύμπτωμα αυτό περιλαμβάνουν:

**A. Κακοήθεις καταστάσεις.** Ο καρκίνος αποτελεί τον μεγαλύτερο φόβο ασθενών και ιατρών και ευθύνεται για το 16–36% των περιπτώσεων (1-3). Αν και κάθε μορφή νεοπλάσματος μπορεί να προκαλέσει απώλεια βάρους, οι κυριότερες μορφές που πρέπει να αναζητηθούν αφορούν σε κακοήθειες του γαστρεντερικού συστήματος, λευχαιμίες, λεμφώματα, κακοήθειες του πνεύμονα, των ωοθήκων και του προστάτη.

**B. Καλοήθεις καταστάσεις.** Πολλές χρόνιες ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν ανορεξία, ναυτία, διάρροιες ή μεταγευματικά συμπτώματα που αποθαρρύνουν τους ασθενείς από τη λήψη τροφής. Επίσης, διάφορες παθήσεις απαιτούν περιορισμό του άλατος, του λίπους ή της ζάχαρης στο φαγητό, μειώνοντας την επιθυμία του ασθενούς να φάει.

1. Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος αποτελούν το συχνότερο αίτιο απώλειας βάρους και αφορούν περίπου στο 17% των ασθενών (4). Αυτές περιλαμβάνουν:

- α. Πεπτικό έλκος/γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
- β. Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου και σύνδρομα δυσαπορρόφησης.
- γ. Ηπατίτιδα, χολόσταση.