

Дифференциальная диагностика синдрома торакалгии

| Признаки | ИМ, стенокардия | Перикардит | НЦД | Миокардиодистрофия | ТЭЛА | Пневмоторакс (левосторонний) | Грыжи пищевода отверстия диафрагмы | Корешковый синдром |
|--------------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|
| Анамнез | Факторы риска ИБС: стресс, гиподинамия, курение, гиперхолестеринемия, ГБ, сахарный диабет, ожирение | Инфекции, уремия, синдром Дреслера, системные заболевания соединительной ткани, туберкулез | Неблагоприятные, стрессорные ситуации, климактерический период | Эндокринопатии, хр. тонзиллит, значительные физические нагрузки, гипопроотеинемия, токсические воздействия, анемия, алкоголь | Эндотромбофлебит нижних конечностей, травмы, операции на органах брюшной полости, малого таза, пороки сердца с аритмиями, ХСН | ХОБЛ, туберкулез; в ближайшем анамнезе - резкие движения, подъемы тяжестей, надсадный кашель, чихание | В анамнезе может быть патология ЖКТ: калькулез, язвенная болезнь, рецидивирующий эзофагит, работа в наклонном положении | Травмы позвоночника, спондилоостеохондроз, herpes zoster |
| Особенности болевого синдрома | ИМ: внезапная, интенсивная, сжимающая, давящая загрудинная боль с иррадиацией в левую половину туловища, левую руку, плечо, зубы, эпигастрий, длительная (>30 мин), не снимающаяся нитратами Стенокардия: загрудинная боль, провоцирующаяся физической нагрузкой, давящая, сжимающая, кратковременная, боль меньшей интенсивности, той же локализации, иррадиации, до 30 мин., купирующий эффект нитратов - быстрый | Постоянная нередко интенсивная боль в области сердца, без иррадиации, при выпоте - выраженная одышка; нитраты не эффективны | Боль ноющая, колющая, неинтенсивная, у верхушки сердца без иррадиации, не поддающаяся действию нитратов; эффективны психотропные средства | Ноющая боль у верхушки сердца, неинтенсивная, без иррадиации, не поддающаяся действию нитратов | Острая, внезапная загрудинная боль, без иррадиации, в сочетании с острой дыхательной недостаточностью на фоне цианоза; нитраты малоэффективны | Боли в левом боку, острые, внезапные, связаны с актом дыхания, острая дыхательная недостаточность; Нитраты не эффективны | Боль в подложечной области, в нижней трети грудины, в горизонтальном положении или при работе с наклоном туловища; в вертикальном положении боль стихает; сочетается с изжогой, отрыжкой; нитраты – могут быть эффективны | Боль в левом боку без иррадиации, связана с дыханием, нитраты не эффективны, снимается анальгетиками |
| Клинические признаки | ИМ: испуг, неподвижное положение, при кардиогенном шоке - "лицо Гиппократата", коллапс, нитевидный пульс, глухие тоны, ритм галопа, аритмия, острая левожелудочковая недостаточность вплоть до отека легких, тромбоэмболии. Стенокардия: испуг, беспокойство, тахикардия, АД повышено или в норме, осложнений - нет | При выпоте: цианоз, набухание вен шеи, границы сердца расширены, выраженная глухость тонов, застойная печень, парадоксальный пульс, синдром воспаления Может выслушиваться шум трения плевры | Удовлетворительное состояние, эмоциональная лабильность, вегетативные стигматы, тахикардия, переходящее повышение АД, патологии со стороны сердца нет, но может быть функциональный шум на верхушке, экстрасистолия | Клиника основного заболевания; умеренная кардиомегалия (левые отделы), приглушенность тонов, функциональный систолический шум, экстрасистолия; при диффузном токсическом зобе может быть мерцательная аритмия | Цианоз, ЧДД>30-50 в 1 мин, пастозность лица, набухание вен шеи, появление акцента 2-го тона над а. pulmonalis; через сутки - лихорадка, признаки «инфаркт-пневмонии» с укорочением перкуторного звука, жестким дыханием, крепитацией, шумом трения плевры, кровохарканьем | Асимметрия грудной клетки, отставание пораженной стороны в акте дыхания, смещение средостения в здоровую сторону, тимпанит, ослабление вплоть до исчезновения везикулярного дыхания на пораженной стороне | Патологии со стороны сердца нет, могут быть высокие перистальтические шумы. | Патологии сердца нет, пальпаторно болезненность по ходу межреберья, при herpes zoster - характерные высыпания |
| Верификация диагноза | ИМ: ЭКГ- признаки ИМ Лихорадка ОАК - лейкоцитоз, увеличение СОЭ БАК - увеличение АЛТ, АСТ, ЛДГ(1-2), КФК, тропонина Коронарография - окклюзия Стенокардия: ЭКГ – ишемия Функциональные пробы с нитроглицерином Пробы с физической нагрузкой (тредмил-тест, велоэргометрия) Чрезпищеводная электрическая стимуляция сердца (по показаниям) БАК, ОАК: без изменений Коронарография | ЭхоКГ - перикардиальная жидкость ЭКГ - низковольтажная + альтернатива R-графия - кардиомегалия ОАК - повышение СОЭ, лейкоцитоз Пункция перикарда – наличие экссудата | ЭКГ-экстрасистолия, депрессия ST Отрицательная нитроглицериновая проба, отсутствие коронарной патологии ВЭМ – отсутствие признаков коронарной недостаточности | ЭКГ - изменение зубца Т («-», сглажен) Положительная проба с обзиданом, хлористым калием Критерии диагноза основного заболевания (ДТЗ, анемия, климакс и др) | ЭКГ-правограмма с перегрузкой правого желудочка R-графия - обеднение сосудистого рисунка легкого на стороне поражения, «инфаркт-пневмония» Ангиография - обструкция сосуда Неконтрастированная гипербилирубинемия (на 3-и сутки) | R-графия – газ в плевральной полости Плевральная пункция – наличие воздуха в плевральной полости ЭКГ-признаки нагрузки на правый желудочек | R-графия в положении Тренделенбурга - грыжа Эндоскопия (ФГДС) ЭКГ – отсутствие коронарной патологии | R-графия позвоночника - признаки остеохондроза, грыжи межпозвоночных дисков ЭКГ, нагрузочные пробы - отсутствие патологии со стороны сердца |

Дифференциальная диагностика артериальной гипертонии

| Признаки | Гипертоническая болезнь | Почечная | | Эндокринная | Гемодинамическая |
|---|---|--|---|---|--|
| | | Вазоренальная | Паренхиматозная | | |
| Анамнез (подчеркнутые болезни взяты для последующей дифференциальной диагностики) | Факторы риска Наследственный фактор | Врожденные аномалии почечных артерий (сужение) Аорто-артериит Атеросклероз аорты | Паренхиматозные болезни почек: гломерулонефрит, пиелонефрит, поликистоз, рак и др. | Эндокринопатии: диффузный токсический зоб, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, болезнь Конна, сахарный диабет, <u>феохромоцитома</u> , акромегалия | Врожденные аномалии сердца, сосудов (<u>коарктация аорты</u>) Приобретенные пороки сердца, сосудов различного генеза АВ-блокада III ст |
| Клинические признаки | Стадийность течения, повышение систолического и (или) диастолического артериального давления >140/90 мм рт.ст. Напряженный пульс, гипертрофия левого желудочка, акцент II тона над аортой, может быть систолический шум на верхушке сердца Выделяют стадии болезни, степени АГ, поражение органов-мишеней, степень риска сердечно-сосудистых осложнений | Повышение АД с детского возраста, преимущественно диастолического, стойкое. В 30% - злокачественное течение. Характерно: одностороннее поражение, систолический шум над проекцией почки. Необязательно - почечные синдромы: отечный, мочевого, почечная недостаточность. Отсутствие признаков аорто-артериита, атеросклероза | Повышение АД, в большей степени диастолического, коррелирует с фазой обострения и ремиссии гломерулонефрита Синдромы: -болевой (боли в области поясницы); -отечный; -ХПН; -мочевой; -нефротический | Повышение АД в виде характерных адреналовых кризов или стабильная АГ, резистентная к гипотензивной терапии Симптомы заболевания – чаще в виде криза: быстрое развитие, дрожь, гиперемия, сменяющаяся бледностью, высокое систолическое и диастолическое АД, головная боль, потливость, сердцебиение, стенокардия, мышечные боли, возбуждение | Повышение АД на руках Снижение АД на ногах Атлетическое сложение верхней половины тела, физическое отставание развития ног, снижение пульсации на нижних конечностях. Гипертрофия левого желудочка, систолический шум, распространяющийся на шею, спину, к реберным дугам Аневризма аорты, осложнение – расслоение аорты |
| Параклинические данные | ЭКГ – гипертрофия левого желудочка ЭхоКГ – гипертрофия, дисфункция левого желудочка ОАМ – протеинурия БАК – гиперлипидемия Консультация окулиста – гипертоническая ретинопатия | Протеинурия (необязательно) Ренография: асимметрия кривых Внутривенная урография: уменьшение размеров почки, замедление выделения контраста Селективная ангиография - (степень сужения артерии) УЗИ, КТ – изменение почек УЗИ – доплерография почечных артерий - сужение | Мочевой синдром: протеинурия, гематурия, цилиндрурия ОАК: лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ БАК: диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, Повышение СРБ, креатинина, мочевины Проба Реберга: снижение клубочковой фильтрации Пункция почки – поражение клубочков | При кризе: гипергликемия, лейкоцитоз Повышение в крови катехоламинов, в моче наличие ванилилминдальной кислоты УЗИ, КТ, ангиография надпочечников (выявление опухоли) | R-графия грудной клетки (узурация ребер) Ангиокардиография – коарктация аорты |
| Верификация диагноза | Анамнез (факторы риска, стадийность) Отсутствие патологии др. органов и систем, протекающих с симптоматической артериальной гипертонией Параклинические данные (ЭКГ, ЭхоКГ, суточный мониторинг АД) | Анамнез В/в урография: уменьшение выделения контраста, уменьшение размеров почки Селективная ангиография - уточнение локализации и степени сужения артерии УЗИ, КТ, Допплер УЗИ сосудов почек - характерные отклонения | Анамнез (дебют - стрептококковая инфекция) Проба Нечипоренко (гематурия) УЗИ Пункционная биопсия почек - особенности структуры и морфологии в зависимости от типа ХГН Проба Реберга – (уточнение стадии ХПН) | Анамнез (кризы) УЗИ, КТ надпочечников Увеличение катехоламинов в крови (А, НА, допамина), в моче – метанефринов, суммарных катехоламинов Селективная ангиография – наличие опухоли | Анамнез R-графия гр.клетки (узурация ребер) Аортокардиография Типичный синдром артериальной гипертонии с повышением АД на верхних конечностях |

Дифференциальная диагностика аритмий сердца

| Признаки | Синусовая тахикардия | Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия | Фибрилляция предсердий | Трепетание предсердий | Желудочковая пароксизмальная тахикардия | Фибрилляция желудочков |
|------------------------------------|--|--|--|---|--|--|
| Анамнез | Может быть у здоровых людей при физической и психической нагрузках, лихорадке, миокардиодистрофиях разного генеза, органических заболеваниях сердца, НЦД | Может быть у здоровых при нарушении нервной-гормональной регуляции (нейроциркуляторная дистония), Миокардитах, ИБС, ГБ, токсических воздействиях на сердце, при наличии дополнительных путей проведения | Характерна для органической патологии сердца Правило 3-х «оз»: тиреотоксикоз, митральный стеноз, кардиосклероз. Правило 3-х «я»: гипертония, кардиомиопатия, ишемия. Правило 2-х «т»: инфаркт, кардит | Характерно для органической патологии сердца: ИБС, миокардиты, кардиомиопатии и др. | Миокардиты Миокардиодистрофии ИБС ГБ Токсические воздействия на сердце | Терминальные состояния Тяжелый диффузный миокардит ИМ При манипуляциях на сердце. |
| Клинические признаки | Ритм сердца и пульс правильные, удовлетворительных качеств (100-140 в 1 мин.), нарушений гемодинамики нет | Одышка, ощущение нехватки воздуха, набухание шейных вен, ритм сердца и пульс правильные, ЧСС-150-220 в 1 мин, пульс - слабого наполнения, может быть снижено АД, тоны сердца громкие. Характерно внезапное начало и окончание приступа | Состояние при тахисистолии тяжелое, нехватка воздуха, сердцебиение, цианоз. Об-но: полная аритмия, полифония сердечных тонов, пульс: различные по силе пульсовые удары, дефицит пульса. Выделяют две формы: пароксизмальную и постоянную | При регулярной форме: - без тахисистолии желудочков: состояние удовлетворительное, жалоб может не быть. Об-но: ритм правильный, диагноз по ЭКГ. -при тахисистолической форме-жалобы на одышку, нехватку воздуха, диагноз по ЭКГ. При нерегулярной форме: - с тахисистолией желудочков состояние тяжелое: одышка, сердцебиение, аритмия | Выраженная одышка, сердцебиение. Об-но: ритм сердца и пульс-правильные, ЧСС - 130-160-180 в 1 мин., АД может быть снижено или повышено | Крайне тяжелое состояние, потеря сознания, судороги, редкий пульс и ЧСС, снижение или отсутствие АД (кол-лапс) |
| Другие клинические признаки | Нарушения ритма могут развиваться на фоне клинических признаков основного заболевания или состояния (см. анамнез). | | | | | |
| Верификация диагноза | Неизменная ЭКГ, ритм правильный, укорочение интервала Т-Р, ЧСС от 90 до 140 в 1 мин. | Ритм правильный, ЧСС > 150 в 1 мин., желудочковые комплексы не изменены, наложение зубца Т на зубец Р (иногда Т + Р в виде единого зубца); з. Р – может отсутствовать | Полная аритмия, разные интервалы R-R, отсутствие зубцов P, волны f, разные по амплитуде зубцы R, ЧСС > 90 в 1 мин. (тахисистолическая форма), ЧСС < 60 в 1 мин. (брадисистолическая форма), ЧСС = 60-90 в 1 мин. (нормосистолическая форма) | При регулярной форме: ритм правильный, QRS-не изменен, интервалы R-R равные, зубцы F - одинаковой величины и численности (2:1, 3:1) При нерегулярной форме: ритм неправильный, интервалы R-R разные, различное кол-во F- комплексов, зубцы F-одинаковой или разной величины | Ритм правильный, ЧСС > 130 в 1 мин., отсутствие зубцов P, абберантный (деформированный, уширенный) комплекс QRS в виде 2-х зубцов, дискордантно направленных | Недифференцированная кривая ЭКГ в виде крупно- или мелковолновой записи |

Дифференциальная диагностика синдрома кардиомегалии

| Признаки | Дилатационная кардиомиопатия | Диффузный миокардит | Выпотной перикардит | Комбинированный митрально-аортальный порок сердца |
|----------------------------------|--|---|---|--|
| Анамнез | Наследственный фактор (?), злоупотреблением алкоголем (?) вирусная инфекция (?) этиология неизвестна | Вирусная инфекция, токсическое воздействие поллютантов, этиология не выявлена до конца | Инфекция (часто специфическая-туберкулёз), ДБСТ, опухоли, ИМ, аллергия | Ревматизм, инфекционный эндокардит |
| Особенности кардиомегалии | Преимущественное расширение желудочков, тотальное расширение сердца ("бычье сердце") | Тотальное расширение сердца (но больше за счет левого желудочка) | Тотальное расширение сердца (трапезиевидной формы) | Кардиомегалия формируется постепенно вследствие увеличения камер сердца (ЛЖ, ЛП, ПЖ) при - митральном пороке + аортальном пороке, что приводит к тотальному расширению сердца |
| Клиника | Кардиомегалия, тяжелые нарушения ритма (чаще-МА), тромбоэмболический синдром (тромбоэмболия легочной, селезеночной, церебральных артерий), прогрессирующая ЗНК по право- и левожелудочковому типу Об-но: часто ортопноэ, тоны сердца глухие, различные нарушения ритма (МА, ритм галопа, маятниковый ритм и др.), декомпенсация начинается по левожелудочковому типу и быстро переходит в тотальную | Кардиомегалия, тяжелые нарушения ритма (чаще-МА), тромбоэмболический синдром (тромбоэмболия легочной, селезеночной, церебральных артерий), прогрессирующая ЗНК по право- и левожелудочковому типу. Об-но: часто ортопноэ, тоны сердца глухие, различные нарушения ритма (МА, ритм галопа, маятниковый ритм и др.), декомпенсация начинается по левожелудочковому типу и быстро переходит в тотальную, синдром воспаления (лихорадка) | Кардиомегалия, синдром воспаления (выражен), ХСН по правожелудочковому типу (в основном) или тотальная. Об-но: ортопноэ, цианоз, набухание шейных вен, пародоксальный пульс, глухость сердечных тонов.С - ом Блехмана (туловище вперед,лицо на подушку, колени поджаты к груди) - облегчает одышку, боль. С - ом Юэрта (выбухание в области сердца или 1-го ребра, сглаженность межреберных промежутков. С - ом Добротворского (пульс на обеих руках неодинаков) | Тотальное расширение границ сердца, тоны приглушены, наличие грубых шумов: -систолический и диастолический шумы на верхушке (при сочетанном митральном пороке) -соответствующие шумы над аортой (в зависимости от порока аортального клапана). Об-но: при преобладании митрального порока -facies mitralis , при преобладании аортального порока - бледность, капиллярный пульс (пульс «Квинке»), пляска каротид |
| Параклинические данные | ОАК – без отклонений (при отсутствии осложнений) БАК – повышение МВ-фракции, КФК, АСТ, ЛДГ ₁ | ОАК – лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ БАК – увеличение α_2 -, γ -глобулинов, серомукоида, фибрина, сиаловых кислот, гаптоглобина, АСТ, КФК, ЛДГ ₁₋₃ | ОАК – увеличение СОЭ, лейкоцитоз. БАК – повышены α_2 -глобулины, фибриноген, гаптоглобин Перикардальная жидкость – экссудат | При инфекционном эндокардите, активном течении ревматизма – лабораторные показатели активности этих процессов. В неактивной фазе – отклонения отсутствуют |
| Верификация диагноза | ЭКГ- снижение вольтажа зубцов, нарушения ритма. ЭхоКГ- расширение преимущественно желудочков, но с относительно малой толщиной стенок миокарда левого желудочка, диффузная гипокинезия R-графия- cor bovinum Биопсия сердца-зоны гиалиноза, некроза дистрофии, дегенеративных изменений миокарда без воспалительных изменений | Возможная связь с инфекцией R-графия: кардиомегалия ЭКГ: снижение вольтажа, могут быть нарушения ритма, инверсия ST, плоский или отрицательный зубец T ЭхоКГ: дилатация полостей, гипокинез Сцинтиграфия с Ca^{67} : накопление в зонах воспаления. Биопсия миокарда: очаги некроза, дегенерация кардиомиоцитов, воспалительные лимфоцитарные инфильтраты | ЭКГ-снижение вольтажа, конкордантное повышение ST во всех отведениях. ЭхоКГ-жидкость в перикарде. R-графия-трапециевидное увеличение сердца с тупыми кардиодиафрагмальными углами (симптом Эбштейна) Пункция – экссудативный выпот | В зависимости от преобладания порока: ЭхоКГ- клапанные дефекты, патологические токи крови. R-графия - соответствующие типы конфигурации сердца (митральная, аортальная) с увеличением в косых положениях соответствующих камер сердца, уменьшением (исчезновением) ретрокардиального пространства |

Дифференциальная диагностика систолического шума

| Признаки | Функциональный шум | Недостаточность митрального клапана | Пролапс митрального клапана | Дефект межжелудочковой перегородки | Стеноз устья аорты | Незаращение межпредсердной перегородки |
|------------------------------------|---|--|--|---|---|--|
| Анамнез | НЦД (ускоренный кровоток) Миокардит Миокардиодистрофия | Ревматизм Инфекционный эндокардит Атеросклероз Травмы | Врожденные аномалии (синдром Марфана), синдром мезенхимальной дисплазии Первичное поражение мышцы сердца ИМ Травмы | Врожденная патология | Ревматизм Атеросклероз Инфекционный эндокардит Сифилис Травма | Врожденная патология |
| Особенности шума | Мягкий, дующий на верхушке сердца, на фоне глухих или неизменных тонов, непостоянный, исчезает после физической нагрузки | Выслушивается на верхушке сердца: дующий, проводится в подмышечную впадину, убывает к основанию сердца. На фоне ослабления I тона на верхушке, акцента II тона над легочной артерией | Короткий поздний шум, от - стает от I тона на 0,02 - 0,08 сек, связанный с коротким дополнительным «клик-тоном». На фоне неизменного или ослабленного I тона, без акцента II тона над легочной артерией. | Выраженный, иногда грубый шум слева от грудины в 3-4 межреберье, локализованный, не проводящийся. На фоне ослабленного I тона и акцента II тона над легочной артерией | Грубый, рочущий, пилящий шум над аортой справа во 2 межреберье, но может выслушиваться в 3 межреберье слева, проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область; II тон над аортой ослаблен | Небольшой шум систолический (может быть протодиастолический) слева от грудины во 2-3 межреберье, не проводящийся; акцент II тона на легочном стволе |
| Другие клинические признаки | Клиника основного заболевания при отсутствии признаков патологии клапанного аппарата сердца | Общее состояние удовлетворительное, сокращения сердца ритмичные, границы сердца расширены влево и вверх, поздняя декомпенсация | Состояние удовлетворительное, сердце в норме или несколько расширен левый желудочек. Если на фоне ревматизма – декомпенсация. Клиника зависит от степени митральной регургитации | Сердце увеличено вправо и влево. При шунте слева направо состояние удовлетворительное. Из-за перегрузки малого круга кровообращения - частые бронхиты. При извращении шунта состояние ухудшается из-за гипоксемии, сердце круглое, систолическое дрожание в зоне шума. Наличие хронического бронхита и общее физическое недоразвитие. Прогноз - пессимистичен | Аортальная бледность, пульс малый, медленный, АД снижено. Границы сердца расширены влево (аортальная конфигурация- "башмачок") Пальпаторно - систолическое дрожание ("кошачье мурлыканье") над аортой. Длительная компенсация. Декомпенсация по левожелудочковому типу (приступы сердечной астмы) характерны синкопальные состояния; синдром стенокардии | Увеличение границ сердца вправо. Общее физическое недоразвитие, частые бронхолегочные воспалительные заболевания. При шунте слева направо - состояние удовлетворительное. При извращении шунта - декомпенсация (одышка, цианоз) |
| Верификация диагноза | Отсутствие поражения клапанов сердца – по данным Эхо-КГ, ЭКГ, ФКГ + признаки основного заболевания (миокардит, миокардиодистрофия, НЦД) | ЭКГ - левограмма ФКГ - снижение амплитуды I тона на верхушке, II тон усилен над легочной артерией, систолический шум на верхушке Эхо-КГ - клапанный дефект, наличие потока митральной регургитации. R-грамма в левых косых проекциях - увеличение левого желудочка, митральная конфигурация сердца (сглаженность талии сердца.) | ФКГ – «клик-тон», поздний систолический шум ЭхоКГ – пролапс створки МК различной степени (I, II, III), наличие митральной регургитации | ЭКГ – левограмма ФКГ - локальный систолический шум, чаще ромбовидной формы ЭхоКГ - дефект межжелудочковой перегородки ДопплерЭхоКГ – чресперегородочный ток Ангиокардиография Катетеризация правого предсердия и желудочка с измерением парциального давления, содержания кислорода и углекислого газа – показатели разнятся | ЭКГ – левограмма ФКГ - ромбовидный систолический шум, ослабление II тона над аортой ЭхоКГ - стеноз устья аорты, ГЛЖ; увеличение трансортального градиента давления. усиленный ток крови в систолу R-графия: гипертрофия левого желудочка, аортальная конфигурация | ЭКГ - правограмма ФКГ - локальный систолический шум, чаще ромбовидной формы. ЭхоКГ - дефект межпредсердной перегородки + гипертрофия правых отделов; наличие шунта по Д-ЭхоКГ Катетеризация сердца Ангиокардиография |

Дифференциальная диагностика диастолического шума

| Признаки | Стеноз левого атриоventрикулярного отверстия (митральный стеноз) | Болезнь Лютембаше | Недостаточность клапанов легочной артерии | Недостаточность аортальных клапанов |
|--|--|---|--|--|
| Анамнез | Ревматизм, инфекционный эндокардит, атеросклероз, травмы сердца | Сочетание врожденного дефекта межпредсердной перегородки и митрального стеноза | Врожденные пороки, функциональная недостаточность при расширении правого желудочка на фоне гипертензии малого круга кровообращения при пороках сердца, ХОБЛ | Ревматизм, инфекционный эндокардит, травмы, атеросклероз, двустворчатый аортальный клапан. |
| Особенности шума Клинические признаки | Диастолический шум на верхушке сердца, часто рожущий, может быть музыкальный, на фоне усиления (хлопающего) I-го тона над верхушкой и дополнительного тона открытия митрального клапана. «Ритм перепела» Раннее проявление порока в виде одышки, сердцебиения, facies mitralis, отставания в физическом развитии (при ранних пороках). Границы сердца расширены вверх и вправо. Характерно диастолическое дрожание над верхушкой. При декомпенсации - аритмии вплоть до МА, ранняя левопредсердная недостаточность, быстрое развитие бивентрикулярной сердечной недостаточности | Диастолический шум на верхушке сердца на фоне усиленного I-го тона, акцента II-го тона над легочной артерией и систолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины. Границы сердца расширены вправо и вверх, признаки патологии легких (полнокровие), физическое отставание в развитии. Прогноз-пессимистичный. Декомпенсация по правожелудочковому типу. Часты бронхолегочные заболевания | Протодиастолический шум во 2, 3 межреберьях слева от грудины, связанный со вторым тоном. Увеличение правых отделов сердца, сердцебиение, одышка, правожелудочковая недостаточность, признаки ХОБЛ | Шум дующий, продолжительный, во 2-ом межреберье слева от грудины, распространяющийся в 3-е межреберье справа от грудины на фоне ослабленного II-го тона над аортой, наличие диастолического шума Флинта на верхушке сердца и выслушивание на крупных сосудах двойного тона Траубе и шума Дюрозье. «Аортальная» бледность, частые обморочные состояния, головокружение, головные боли, ощущение пульсации в теле. «Пляска каротид», с-м Мюссе, положительный венозный пульс. Расширение границ сердца влево, аортальная конфигурация. Пульс – «celer et altus», АД- снижение диастолического и повышение систолического, большой размах пульсового давления. Длительная компенсация. Декомпенсация по левожелудочковому типу |
| Верификация диагноза | ЭКГ- правограмма ЭхоКГ - стеноз левого атриоventрикулярного отверстия Допплер-ЭхоКГ - усиленный диастолический поток R-графия - расширение левого предсердия и правого желудочка в левых и правых косых проекциях, митральная конфигурация сердца | ЭхоКГ-признаки стеноза митрального отверстия Допплер-ЭхоКГ-наличие систолического потока через дефект межпредсердной перегородки и диастолического потока через митральное отверстие Катетеризация полостей сердца – отклонение показателей давления и парциального содержания O ₂ и CO ₂ Ангиография – наличие шунта | Признаки основного органического порока сердца (ФКГ, ЭКГ, ЭхоКГ и др.) При врожденном пороке Допплер ЭхоКГ выявляет турбулентный ток в выходном тракте правого желудочка, расширение правого желудочка систолическая регургитация Рентгенография легких, ФВД – признаки хронической патологии легких | ЭКГ - левограмма R-графия - аортальная конфигурация сердца, гипертрофия левого желудочка ЭхоКГ. Допплерография - наличие возвратного потока через аортальное отверстие ФКГ - диастолический шум над аортой |

Дифференциальная диагностика синдрома острой сердечной недостаточности

| Признаки | Острая левожелудочковая недостаточность (инфаркт миокарда) | Острая правожелудочковая недостаточность (ТЭЛА) |
|-------------------------------|---|--|
| Анамнез | ИБС Психоэмоциональные, физические перегрузки, другие факторы риска острой коронарной патологии | Эндофлебиты н. конечностей Операции, травмы органов брюшной полости, малого таза Недавние роды |
| Клинические признаки | Развитие по типу нарастающей сердечной недостаточности: на фоне или после загрудинных болей – прогрессирующая нехватка воздуха, покашливание; слабость, страх. Объективно: ортопноэ, тахипноэ, беспокойство – одышка смешанного типа (при нарастании – клочущее дыхание), бледность, акроцианоз, холодный пот. Тахикардия, ритм галопа, нитевидный пульс. Часто – коллапс, аритмии. Тоны сердца глухие, акцент II тона над легочной артерией. В легких – влажные хрипы – нарастающие! Характерны признаки острого периода инфаркта миокарда: коллапс, аритмия, тромбоэмболии, перикардит, увеличение t^0 тела | Развитие острое: инфарктоподобная боль, резкая дыхательная недостаточность – тахипное до 40-60 в мин., поверхностное. Резкий цианоз лица, шеи, верхнего плечевого пояса, набухание шейных вен. Могут быть явления сосудистой недостаточности, быстрое увеличение печени, тахикардия. Над легочной артерией – акцент II тона, диастолический шум. В легких дыхание может быть ослаблено, хрипы отсутствуют Позже появляются: кровохарканье, увеличение t^0 тела, признаки уплотнения легочной ткани (инфаркт), крепитация, шум трения плевры |
| Параклинические данные | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ БАК: КФК, АСТ, АЛТ, тропонин, ЛДГ _{1,2} - повышены ЭКГ: плато Парди; патол. Q, QS; снижение (исчезновение) зубца R ЭхоКГ – признаки ИМ | ОАК: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг; увеличение СОЭ БАК: ЛДГ ₃ , билирубин неконъюгированный, фибриноген, серомукоид – повышены. Ангиопульмонография: обструкция соответствующего сосуда R-графия легких: расширение, «обрубленность» и деформация корня, локальное просветление легочного поля (симптом Вестермарка), дисковидные ателектазы, высокое стояние купола диафрагмы. Субплевральный инфильтрат ЭКГ: отклонение эл. оси вправо (S _I , Q _{III} , R _{III} , смещение ST вверх в III, avF, V ₁₋₂ и вниз в I, II, avL, V ₅₋₆ , увеличение з.Р в II, III, avF и V ₁₋₂ ; признаки гипертрофии и нагрузки на правый желудочек, блокады правой ножки пучка Гиса) ЭхоКГ: увеличение давления в легочной артерии; острая дилатация правых отделов; гипокинез свободной стенки ПЖ при сохраненной кинетике МЖП; отсутствие изменения диаметра верхней полой вены в зависимости от фаз дыхания. |
| Верификация диагноза | Анамнез Клинические проявления Параклинические данные ЭКГ | Анамнез Клинические проявления Параклинические данные Ангиография лёгких; компьютерная томография высокого разрешения |

Дифференциальная диагностика синдрома инфильтрации легочной ткани

| Признаки | Пневмония | Центральный рак легкого | Периферический рак легкого | Абсцесс легкого | Инфильтративный туберкулез легких |
|--------------------------------|--|--|--|---|---|
| Анамнез | Переохлаждение ОРВИ Бронхит Аспирация | ХОБЛ Курение | ХОБЛ Курение | Пневмония Грипп | Наличие в прошлом контакта с большим туберкулезом, перенесенный туберкулез |
| Этиология | Пневмококк, стафилококк, клебсиелла, микоплазма, вирус и др. | Неизвестна | Неизвестна | Чаще стафилококк | Микобактерии |
| Особенности инфильтрата | В пределах нескольких сегментов, доли | Ателектаз легкого из-за обструкции приводящего бронха | Инфильтрат на периферии с полициклическим контуром, дорожкой лимфангиита | Полость в легком с четкими контурами | Очаговые или сливные тени, чаще в верхней доле легкого, округлые, слабо интенсивные |
| Клинические признаки | Острое или постепенное начало с интоксикацией разной степени выраженности: легкой, умеренной, тяжелой. Характерно: острое начало, t=до 40°C, озноб, акроцианоз, герпес, болевой синдром (параплеврит), ДН. Перкуторно – укорочение звука. Аускультативно: мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитация, шум трения плевры; измененное везикулярное дыхание В зависимости от этиологии течение разное, с менее выраженной интоксикацией | Течение постепенно нарастающее, кровохарканье, t неправильного типа со «свечами». Прогрессирующая слабость, одышка, кашель. Перкуторно: укорочение звука в зоне ателектаза, смещение средостения в большую сторону. Аускультативно: прогрессирующее ослабление везикулярного дыхания | Течение постепенно нарастающее, прогрессирующее. Общие с-мы: слабость, похудание, анемизация. Перкуторно – укорочение звука. Аускультативно: ослабленное дыхание, хрипы нехарактерны, но могут быть при распаде. | Острое течение. Состояние тяжелое, t гектическая, с ознобами. До прорыва: притупление звука, ослабление дыхания, после прорыва: крупнопузырчатые влажные хрипы, тимпанит, однократное отхождение мокроты полным ртом | Затяжное течение, характерно: слабость, потливость, утомляемость, похудание, субфебрилитет, кровохарканье. Над инфильтратом: укорочение перкуторного звука, крепитация, шум трения плевры |
| Параклинические данные | ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернист. нейтрофилов, увеличение СОЭ R-логически: гомогенный или гетерогенный инфильтрат без четких границ, может быть присоединение параплеврита Мокрота: слизь, лейкоциты, возбудитель | ОАК: анемия, увеличение СОЭ Мокрота: кровь, атипичные клетки R-логически: зона затемнения треугольной формы (ателектаз). ФБС: наличие опухоли | ОАК: анемия, увеличение СОЭ Мокрота R-логически: плотная, округлая тень с неровным контуром и дорожкой лимфангиита | ОАК: лейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ Мокрота: 3-х слойная, гнойная R-логически до прорыва: инфильтрат округлый, четкая тень. После прорыва: полость с горизонтальным уровнем жидкости | ОАК: лимфоцитоз, моноцитоз лейкоцитоз, увеличение СОЭ, анемия Мокрота: БК «+», туберкулиновые пробы - положительные R-логически: очаговые или инфильтративные тени, чаще в верхних долях с «дорожкой» к корню |
| Верификация диагноза | Анамнез (острое начало) Клинические проявления Параклинические данные R-логические изменения в легких Эффективность антибиотиков | Прогрессирующее течение Синдром малых признаков ФБС R-графические данные Мокрота - атипичные клетки Антибиотики неэффективны | R-графические данные КТ Мокрота - атипичные клетки Антибиотики неэффективны Биопсия (трансторакальная; чрезбронхиальная) | Клинические признаки R-графические данные Бронхография ФБС КТ | Анамнез Мокрота на БК Туберкулиновые пробы R-графические данные Туберкулостатики - эффективны |

Дифференциальная диагностика синдрома скопления жидкости в плевральной полости

| Признаки | Гидроторакс | Экссудативный плеврит | Мезотелиома |
|-------------------------------|--|---|--|
| Анамнез | Болезни сердца, легких с формированием легочного сердца, почек, ЖКТ с гипопротеинемией, синдром портальной гипертензии | Инфекции: туберкулезная, пневмококковая, вирусная и др; опухоли, ДБСТ, ферментативные (панкреатические), аллергические | Контакт с асбестом (примерно в 80% случаев) |
| Клинические признаки | Постепенное развитие на фоне: либо сердечной декомпенсации, либо нефротического синдрома, гипопротеинемических состояний, либо проявлений портальной гипертензии Чаще процесс правосторонний, может быть - двухсторонним. Отставание при дыхании и асимметрия грудной клетки. Притупление перкуторного звука с горизонтальной верхней границей, смещение средостения в здоровую сторону (не всегда). Бронхофония, голосовое дрожание, везикулярное дыхание – ослаблены вплоть до полного отсутствия дыхания Симптоматика сердечной патологии (перикардит, пороки, ИБС, кардиомиопатия и др), ХОБЛ, ЖКТ (цирроз печени, экссудативная энтеропатия и др.), почек (нефротический синдром - НС). | Острое, подострое течение на фоне синдрома воспаления, ДН. Процесс односторонний. Выраженное отставание при дыхании и асимметрия грудной клетки. Притупление вплоть до тупости легочного звука, смещение средостения в здоровую сторону, треугольники Гарлянда, Грокко-Раухфуса, косая верхняя граница тупости Соколова-Эллиса-Дамуазо. Отсутствие везикулярного дыхания или резкое ослабление над зоной тупости. Могут быть проявления ДБСТ, заболеваний поджелудочной железы, аллергозов, первичной опухоли - при вторичных поражениях плевры | Прогрессирующее течение с "ненасытным" выпотом чаще на фоне воспаления и нарастающего синдрома "малых признаков" Процесс односторонний. Физикально - симптоматика экссудативного плеврита, но даже при больших выпотах может не быть четкой верхней границы тупости, смещения средостения, типичных перкуторных треугольников. Характерны быстрое накопление жидкости, прогрессирующая слабость, похудание, выраженный болевой синдром часто не связанный с дыханием, ДН, симптоматика прорастания опухоли в легочную ткань, перикард, средостение. |
| Параклинические данные | Определяются основным процессом. Гипопротеинемия, протеинурия, гиперлипидемия - при НС. Высокое содержание альбумина в кале - при экссудативной энтеропатии. Воспалительные гематологические сдвиги не характерны. Плевральная жидкость: отрицательная проба Ривальта, плотность < 1,015, белок < 30 г/л, мало клеточных элементов, жидкость серозного характера. | Лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, высокая СОЭ. Повышены серомукоид, сиаловые кислоты и др. показатели воспалительного процесса. Плевральная жидкость: положительная проба Ривальта, плотность >1,015, белок >30 г/л, много клеточных элементов. Может быть высокое содержание ферментов. Наличие микобактерий туберкулеза или атипичных клеток. Жидкость – различного характера: серозная, геморрагическая, гнойная (в зависимости от этиологии) | Лейкоцитоз, высокое СОЭ, может быть анемия. Плевральная жидкость - экссудат, часто геморрагического характера, наличие опухолевых клеток. |
| Верификация диагноза | Клиника: наличие патологии других органов (сердца, почек, печени) обусловивших скопление жидкости в плевральной полости Инструментальная верификация основного заболевания (ЭКГ, ФКГ, эхокардиография, рентгенологические исследования сердца, почек, печени, ЖКТ и т.д.) Плевральная пункция - трансудат | Рентгеноскопия, рентгенография грудной клетки - гомогенное затемнение с косой верхней границей. Плевральная пункция - экссудат. Параклинические данные Торакоскопия - поражение плевры (воспаление) | Рентгенография - после аспирации плевральной жидкости (наличие бугристого утолщения плевры). Торакоскопия с биопсией - опухоль Плевральная пункция - наличие опухолевых клеток |

Дифференциальная диагностика синдрома легочной диссеминации

| Признаки | Альвеолиты | Гранулематозы | Опухоли легких | Особые формы (дисметаболические, наследственные) |
|--|--|---|---|---|
| Нозологические формы (подчеркнутые болезни взяты для последующей дифференциальной диагностики) | Идиопатический Экзогенный аллергический Токсический <u>Фиброзирующий</u> | <u>Саркоидоз</u> Диссеминированный туберкулез легких Пневмокониозы | <u>Милиарный карциноматоз легких</u> Бронхоальвеолярный рак | <u>Гемосидероз легких</u> Гистиоцитоз X. |
| Этиология, патогенез | Этиология неизвестна. Предполагается - вирусная природа, генетическая предрасположенность. Патогенез - аутоиммунный процесс, приводящий к повреждению легочной ткани, активации фибробластов, утолщению межальвеолярных перегородок, облитерации альвеол и капилляров | Этиология неизвестна. Предполагается полиэтиологическая природа болезни. Патогенез - аутоиммунный процесс с подавлением Т-супрессорной активности и повышением активности гуморальных факторов с образованием ИК, фиксации их в легочной ткани, образованием гранулем | Лимфогематогенное метастазирование в легкие первичной опухоли, локализующейся в других органах | Этиология - неизвестна. Предполагается наследственная предрасположенность, роль инфекции и интоксикации. Патогенез - аутоиммунный процесс. В ответ на сенсibiliзирующий агент образуются антитела, ИК, которые, оседая в легочной ткани, приводят к порозности капилляров, стазу и диapedезу эритроцитов, отложению гемосидерина в легких |
| Клинические признаки | Синдромы: - прогрессирующая дыхательная недостаточность; - воспаление: лихорадка, интоксикация, похудание; - болевой - при кашле, дыхании. Объективно: одышка, цианоз, синдром «барабанных палочек», «целлофановая» крепитация, могут быть сухие хрипы, перкуторно - укорочение звука, акцент П тона над легочной артерией, признаки прогрессирующей гипертензии в малом круге кровообращения, течение тяжелое, с прогрессирующей дыхательной недостаточностью | Синдромы: - астенизации; кожный с-м (узловатая эритема); суставной; может быть бронхообструктивный с-м - лимфоаденопатия (в т.ч. медиастинальная, двусторонняя); - внелегочные поражения (глаза, кожа, кости, ЖКТ и др.); - дыхательная недостаточность; - синдром воспаления (умеренный). Объективно: расширение зоны корней легких; аускультативно - сухие, влажные хрипы, крепитация. Течение доброкачественное, возможно излечение | Синдромы: - интоксикационный: прогрессирующая слабость, похудание; - анемия; - дыхательная недостаточность; - признаки первичной опухоли; - диссеминация легких (очаги) в средних и нижних отделах; - плеврит Прогессирующее течение | Синдромы: - геморрагический: кровохарканье, рецидивирующие кровотечения; - анемический; - диссеминированного двухстороннего (в виде очагов) поражения легких, может быть клиника «инфаркт-пневмонии»; - воспаления: лихорадка, интоксикация; - желтухи с неконъюгированной гипербилирубинемией; - дыхательная недостаточность Рецидивирующее волнообразное течение |
| Параклинические данные | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ БАК: повышены: СРБ, γ-глобулины, фибрин, сialовые кислоты, серомукоид, гаптоглобин, титры антилегочных антител, ЦИК | ОАК: лимфопения, моноцитоз, эозинофилия, увеличенная СОЭ БАК: повышены: γ-глобулины, кальций Снижены: гаптоглобулин Проба Квейма - положительная Туберкулиновые пробы – отрицательные | ОАК: анемия, увеличенная СОЭ, может быть лейкоцитоз Мокрота - атипичные клетки, эритроциты, эластические волокна. | ОАК: гипохромная анемия, ретикулоцитоз, увеличенное СОЭ, может быть лейкоцитоз БАК: неконъюгированная гипербилирубинемия, понижение сывороточного железа; Мокрота - сидерофаги. |

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <p>Верификация диагноза</p> | <p>Биопсия легких: воспалительная инфильтрация из лимфоцитов, плазмоцитов, эпителиоидно-клеточные гранулемы, фиброз, сотовое легкое нарушение архитектоники легких. Рентгенография: интерстициальное уплотнение сначала периферических отделов, позже – центральных, с формированием «сотового» легкого. Спирограмма: уменьшение ОЕЛ (по данным бодиплетизмографии). Снижение диффузионной способности легких; КТ – на ранних стадиях – симптом «матового стекла» с исходом в «сотовое» легкое</p> | <p>Биопсия: эпителиоидная гранулема без творожистого распада и перифокального воспаления. Рентгенография: двухстороннее увеличение прикорневых л/узлов (1ст); появление мелкоочаговых теней в средних и нижних долях (II ст.); пневмосклероз, множественные крупные очаги, конгломераты без увеличения л/узлов (III ст), IV ст. – исход в фиброз Спирограмма: уменьшение ОЕЛ; снижение ОФВ₁ Положительная проба Квейма КТ</p> | <p>Рентгенография: наличие очаговых (средней величины) теней в средних и нижних отделах, очаги прогрессивно увеличиваются, рост неравномерный, темп быстрый. Двухстороннее увеличение корневых л/узлов. Может быть плеврит. Мокрота - атипичные клетки. Выявление первичной опухоли</p> | <p>Биопсия легких: отложения гемосидерина, участки кровоизлияний, наличие гемолизированных эритроцитов, импрегнация эластических и коллагеновых волокон железом. Рентгенография легких: вуалеподобное снижение прозрачности, по всем полям множественные мелкоочаговые (1 -2 см) тени, могут быть полициклические инфильтраты. Характерно - внезапное возникновение (при обострении), быстрое исчезновение. Спирограмма: снижение ОЕЛ, индекса Тиффно</p> |
|------------------------------------|--|--|---|---|

Дифференциальная диагностика синдрома удушья

| Признаки | Астма | Левожелудочковая недостаточность | Спонтанный пневмоторакс | Тромбоз эмболия легочной артерии | Инородное тело | Острые аллергозы с отеком гортани |
|-------------------------------|---|--|--|---|--|---|
| Анамнез | Поллиноз, аллергический ринит, atopический дерматит, воспалительные заб-я с синдромом удушья | Сердечная патология (ГБ, ИМ, пороки сердца) | ХОБЛ, врожденные аномалии легких (буллы, поликистоз), резкие движения, подъем тяжестей, идиопатический | Тромбоз в бассейне <i>vena cava inferior</i> , эндофлебиты. Травмы, операции на органах брюшной полости, малого таза, роды, переломы, геморрой и др. | В ближайшем анамнезе - попадание инородного тела в дыхательные пути | В ближайшем анамнезе: контакт с аллергеном (введение сыворотки, прививки, бактериальные, пищевые, грибковые, химические поллютанты) |
| Клинические признаки | Острое начало (провокация аллергеном), экспираторная одышка, дистанционные свистящие хрипы, эмфизематозная грудная клетка, рассеянные свистящие хрипы, кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой. Могут быть признаки вторичной эмфиземы и ХЛС при длительном течении астмы | Постепенное начало, провоцирующие факторы (физ. и псих. нагрузки). Ортопноэ, острая коронарная недостаточность (ИМ), цианоз, инспираторная или смешанная одышка, тахикардия. При отеке легких - клокочущее дыхание, наличие влажных хрипов, кашель с пенистой, легко отделяемой мокротой, иногда сукровичной. Признаки основной сердечной патологии: инфаркта миокарда, гипертонической болезни, пороков сердца. | Острое начало, одышка (ДН) на фоне болей в боку (на стороне поражения) Цианоз, признаки перегрузки правых отделов сердца, возможно ОСН (при выраженном смещении средостения) Ассиметрия грудной клетки, отставание большой половины в акте дыхания, коробочный звук, смещение средостения в здоровую сторону отсутствие или ослабление везикулярного дыхания | Острое начало, одышка (30-60 в мин), снижение АД; тахикардия; синкопальные состояния загрудинные инфарктоподобные боли, набухание шейных вен, акцент II тона на легочной артерии, признаки перегрузки правых отделов сердца, «инфаркт – пневмония», кровохарканье на 2-3 сутки | Затруднение вдоха и выдоха – стридорозное дыхание. Иногда, на стороне поражения, стенотическое дыхание (особенно при форсированном дыхании). Возможно развитие (позже) ателектаза легкого, пневмонии | Острый приступ удушья смешанного характера (отек гортани + бронхоспазм) на фоне коллапса, нередко острого отека Квинке или других аллергических проявлений. Кожные высыпания, суставные проявления, со стороны ЖКТ-диарея. Может развиваться клиника анафилактического шока |
| Параклинические данные | ОАК: эозинофилия Мокрота: стекловидная эозинофилия, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана Спирограмма - нарушение вентиляции по обструктивному типу, положительная проба с бронхолитиком; положительный метахолиновый тест ЭКГ – признаки перегрузки правого желудочка; увеличение IgE | ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, R-гр. – гипертрофия левого желудочка, ИМ Рентгенологические данные: картина отека легкого ОАК- соответствует основному заболеванию Мокрота: кровохарканье | R-графия гр.клетки - пневмоторакс Плевральная пункция (во II межреберье по среднеключичной линии) - аспирация газа ЭКГ - перегрузка правых отделов сердца ФВД - нарушена по рестриктивному типу | ЭКГ -признаки перегрузки правых отделов сердца, блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого желудочка; тест на «Д-димер» – положительный. R-логически – «инфаркт-пневмония» со 2-3 дня (треугольная тень с вершиной к корню легкого), обеднение сосудистого рисунка; повышение ЦВД. Ангиография – «обрыв» соответствующего сосуда; компьютерная томография высокого разрешения; Эхо-КГ В мокроте - примесь крови В крови - повышение ЛДГ-3 | R-графия ФБС | ОАК: повышение СОЭ, эозинофилия, повышение Ig E. ФВД – дыхательная недостаточность по обструктивному типу Исследования лаважной жидкости - лимфоцитоз 15-90% (N-5-10%), повышение белка в 10-40 раз, повышение Ig A, M, G |
| Верификация диагноза | Анамнез Типичный приступ удушья Характерные параклинические данные Эффект бронходилататоров | Анамнез Особенности клинических проявлений удушья Наличие сердечной патологии Параклинические данные Эффект мочегонных, наркотических средств, вазодилататоров, инотропных стимуляторов | Анамнез Клинические проявления Рентгенологические изменения в легких ЭКГ Плевральная пункция - аспирация воздуха | Анамнез: наличие провоцирующих заболеваний Клинические проявления Параклинические показатели: компьютерная томография высокого разрешения; вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия; Эхо-КГ Ангиография ЭКГ | Анамнез ФБС Рентгенологическое исследование | Анамнез Клинические проявления Параклинические показатели Эффективность ГКС |

Дифференциальная диагностика синдрома острой дыхательной недостаточности

| Признаки | Вентиляционный блок | | | | Альвеоларно-капиллярный блок | | |
|-------------------------------|--|--|---|--|---|--|--|
| | Обструктивный тип | | Рестриктивный тип | | Мембранный | Капиллярный | Гематологический |
| | Обструкция верхних дыхательных путей | Обструкция нижних дыхательных путей | Легочный | Внелегочный | | | |
| Этиология | Инородное тело Аллергия (ларингоотек) Ларингоспазм Сдавление опухолью, аневризмой | Бронхиальная астма Аллергия | Инфильтраты Ателектаз Выпоты | Парез дыхательной мускулатуры Травмы грудной клетки Болезни диафрагмы Миастения Болезни ЦНС (повреждение дых. центра) | Фиброз Альвеолиты Эмфизема Диссеминаты Пневмонии ОЛЖН | ТЭЛА (стаз в капиллярах) ОЛЖН (замедление кровотока) | Анемии Патологический Hb Шунтовые пороки сердца со сбросом справа налево |
| Патогенез | Механическая обструкция трахеи, бронхов Гипоксемия Гиперкапния | Обструкция дистальных бронхов: - спазм - отек - слизь (мукостаз) - гипоксемия - гиперкапния | Уменьшение объема функционирующей легочной ткани Гипоксемия Гипокапния Гиперкапния | Нет полноценного дыхательного акта Гипоксемия Гиперкапния | Утолщение альвеоларной мембраны, блокирование капиллярного кровотока на фоне отека, инфильтрации паренхимы, тромбоза Гипоксемия Гиперкапния | Дефицит Hb Гипоксемия Гиперкапния | |
| Клинические признаки | Стридорозное замедленное дыхание, затруднен вдох и выдох, болевой синдром, цианоз, аускультативно - бронхиальное дыхание (при ателектазе) | Выраженная экспираторная одышка, Высокие свистящие хрипы. Эмфизематозный тип грудной клетки | Развитие постепенное или быстрое. Учащенное поверхностное дыхание, гипоксия. Признаки основного заболевания: притупление звука, наличие хрипов и т.д. | Тахипноэ без внутрилегочных проявлений Везикулярное дыхание, поверхностное, ослабленное в сочетании с признаками ведущей патологии Неврологическая симптоматика при патологии ЦНС, миастении | Тахипное, постепенное увеличение одышки и легочных нарушений, цианоза, СН | Тахипное, острое или постепенное увеличение одышки, легочных нарушений на фоне признаков основного заболевания (пороки сердца, АГ, эндофлебит) | Постоянная одышка на фоне основной патологии сердца, крови |
| Параклинические данные | Снижение ОФВ ₁ Уменьшение коэф. Тиффно Положительные тесты на выявление гиперреактивности бронхов (β_2 -агонисты, физическая нагрузка, метахолиновый тест) Признаки острого аллергоза (эозинофилия, гипергаммаглобулинемия, повышение АИК, титра антител) Рентгенологические изменения в легких - ателектаз Бронхоскопия – изменения, соответствующие причине | | Снижение ОЕЛ Гипоксемия (снижение PO ₂) КОС-дыхательный ацидоз Соответствующие легочной патологии лабораторные изменения (лейкоцитоз, воспалительный сдвиг, признаки плеврального экссудата и др.) Рентгенологические изменения: инфильтрат, выпот, ателектаз | | Гипоксемия Гиперкапния Снижение диффузной способности легких Лабораторные данные, характерные для имеющейся нозологии (лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ и т.д.) Рентгенологические соответствующие изменения ЭКГ (пороки) | | |
| Верификация диагноза | Анамнез Клинические проявления Параклинические данные Консультация Лор-врача (для исключения ларингоспазма) | Анамнез Клинические особенности удушья Параклинические данные Пробы с бронходилататорами | Анамнез Особенности дыхательной недостаточности Параклинические данные Рентгенологические изменения Плевральная пункция КТ легких | Анамнез Клинические проявления Электромиография Параклинические данные Консультация невропатолога | Анамнез Клинические данные Параклинические показатели Рентгенологические изменения Биопсия легких (фиброз, альвеолиты, диссеминаты) | Анамнез Клинические данные Параклинические признаки Рентгенологические изменения ЭКГ, Эхо КГ Ангиография КТ легких | Анамнез Клинические проявления Рентгенологические изменения ЭКГ, ЭхоКГ Миелограмма Зондирование полостей сердца |

Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома

| Признаки | Хронический панкреатит | Рак поджелудочной железы | Холецистит | Хронический гастрит | Язвенная болезнь |
|--------------------------------------|--|--|--|---|---|
| Анамнез | Перенесенный острый панкреатит, переизбыток, ожирение, инфекции | Хронические болезни поджелудочной железы. | Наследственная предрасположенность, нарушения питания, алкоголь, ЖКБ. | Экзогенные физические и химические поллютанты, НР (<i>Helicobacter pilori</i>), алиментарный фактор (особенности питания). | Наследственная предрасположенность, НР, стрессорный фактор, особенности питания, алкоголь, курение. |
| Особенности болевого синдрома | Боли ноющие, приступообразные, поздние, в левом подреберье или эпигастриальной области слева, иррадируют в спину, опоясывающие, могут быть в правом подреберье, провоцируются жирной и острой пищей. | Характер и локализация болевого синдрома как при хр. панкреатите, но боли интенсивнее, носят прогрессирующий характер, могут стать нестерпимыми. | Боли в правом подреберье, часто по типу печеночной колики, иррадируют под лопатку, в правое плечо, провоцируются острой пищей, тряской ездой, особенно выражены при калькулезе | Боли в эпигастриальной области, левом подреберье, ранние, без иррадиации, ноющие, тошнота, отрыжка, снижение аппетита | Боли в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, могут иррадиировать в спину. Боли ранние (язва желудка); поздние (язва ДПК); облегчаются рвотой, щелочами, характерна сезонность. |
| Клинические признаки | Объективно: при обострении - похудание, болезненность зон Губергрица, Шоффара, точек Гербста, Дежардена, Губергрица, положительные симптомы Гротта, Мейо-Робсона. Синдромы мальдигестии, мальабсорбции. Панкреатит может быть латентным, рецидивирующим с ранним синдромом внешнесекреторной недостаточности | Характерны: прогрессирующее похудание, те же болевые зоны и точки, что и при панкреатите; может пальпироваться опухоль, клиника метастатических проявлений, может быть желтуха (опухоль головки). Течение быстро прогрессирующее. Внешнесекреторная недостаточность - не характерна. | Объективно: болезненность зоны желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Кера, frenicus-симптом, болезненные точки Мюсси, лопаточная; может быть желтуха, лихорадка. Течение рецидивирующее, при калькулезе - с синдромом холестаза. | Объективно: состояние удовлетворительное, язык обложен, живот мягкий, разлитая тупая боль в эпигастрии при пальпации. Течение доброкачественное, длительное, периоды обострения и ремиссии. | Объективно: состояние удовлетворительное. На высоте болей может быть вынужденное положение (ноги подтянуты к животу). Болезненность часто локальная, в эпигастрии, пилородуоденальной зоне; болезненность в точках Оппенховского, Боаса, положительный симптом Менделя. Характерны: сезонность весенне-осенняя, рецидивирующее течение, могут быть осложнения: кровотечения, перфорация, пенетрация и др. |
| Параклинические данные | ОАК - лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ. Повышение в крови, моче ферментов (симптом уклонения). Внешнесекреторные показатели - снижение выработки ферментов. Полифекалия. В кале - непереваренная клетчатка, стеаторея, креаторея, амилорея. | ОАК - анемия, увеличение СОЭ. Нарушение внешней секреции - в поздние сроки, отрицательный феномен уклонения. При желтухе - конъюгированная гипербилирубинемия, ахоличный кал с отсутствием стеркобилина; в моче - присутствуют желчные пигменты билирубин, отсутствует уробилин. | ОАК - лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. В порции "В" желчи: лейкоциты, слизь, эритроциты, может быть песок. Часто - признаки холестаза: конъюгированная гипербилирубинемия, снижение стеркобилина в кале; в моче - желчные пигменты, снижен уробилин. | ОАК - без изменений. Снижение желудочной секреции. Могут определяться антитела к париетальным клеткам, НР. в зависимости от формы гастрита: фундальный или антральный | ОАК - без изменений. Положительная проба Грегерсена на скрытую кровь в кале. Повышенная желудочная секреция при язве ДПК, сниженная или нормальная при язве желудка |
| Верификация диагноза | Анамнез Клинические проявления Параклинические изменения УЗИ, КТ – увеличение размеров поджелудочной железы, гиперэхогенность, наличие кист, кальцинатов Ангиография РХПГ – изменение формы, размеров панкреатического протока, нарушение пассажа панкреатического сока, желчи | Клиника – быстрое прогрессирование Параклинические данные УЗИ, КТ, ангиография – наличие опухоли Релаксационная рентгенодуоденография – расширение, деформация дуоденального окна (при раке головки) РХПГ – блок пассажа желчи | Клиника – особенности болевого синдрома Параклинические показатели Обзорная рентгенограмма, УЗИ, КТ – изменение формы, стенок желчного пузыря, наличие камней Холецистография – изменение желчного пузыря, нарушение сократительной функции, наличие конкрементов | Клинические признаки Параклинические показатели ФГДС с биопсией (уточняет морфологические изменения: поверхностные, дистрофические, атрофия) R-скопия ЖКТ | Анамнез (особенности болей, сезонность обострений) Параклинические данные ФГДС, R-скопия – наличие язвенного дефекта Проба Грегерсена - положительная |

Дифференциальная диагностика синдрома дисфагии

| Признаки | Эзофагит | Ахалазия кардии | Рак пищевода | Функциональный эзофагоспазм |
|-----------------------------------|--|---|---|---|
| Анамнез | Употребление горячей, острой пищи. Заболевания, связанные с рефлюксом (изжога), бактериальные заболевания (ангины, острые инфекционные процессы носоглотки) | Дегенеративные изменения нервных ганглиев среднего и нижнего отделов пищевода вследствие инфекционно-токсического поражения, что обуславливает нарушение его перистальтики и спастическое состояние сфинктера | Этиология не известна, предполагают: эзофагиты, химические, физические повреждения (ожоги, стриктуры) | Нейроциркуляторные расстройства, эмоциональная лабильность, длительные переживания |
| Особенности дисфагии | Затруднения глотания любой пищи, чаще твердой, в сочетании с болевыми ощущениями в загрудинной, межлопаточной областях на фоне воспаления | Затруднение проглатывания любой пищи, часто с последующей рвотой принятой пищей, часто проглатывание облегчают подтягивания, подпрыгивания - пища как бы проваливается, нередко - выделение жидкой части пищи ночью (с-м "мокрой подушки") | Затруднение проглатывания пищи прогрессивно возрастает от твердой до жидкой | Затруднение проглатывания жидкой пищи, а твердая проходит свободно, дисфагия непостоянна, рецидив на фоне нервного напряжения, переживаний, стресса |
| Другие клинически признаки | Может быть «малая» лихорадка, изжога, ощущение жжения, при присоединении инфекции (гнойный эзофагит) - высокая лихорадка, интоксикация, тяжелое состояние | Длительное время состояние удовлетворительное, со временем при прогрессировании - похудание, анемизация, бронхолегочные осложнения вследствие аспирации рвотных масс, болевой синдром Анамнез: часто начало болезни связано со стрессом, испугом | Малые признаки, анемизация, похудание + метастазы (легкие, печень, средостение) с соответствующими проявлениями | Состояние удовлетворительное, аппетит и работоспособность – сохранены |
| Верификация диагноза | Анамнез ОАК: признаки умеренного воспаления Эзофагоскопия: зияющая кардия, отек, утолщение складок слизистой оболочки, контактная кровоточивость, белый налет, могут быть эрозии, язвы | R-графия - сужение кардии (с-м "мышинного хвостика") с дилатацией вышележащего отдела пищевода, отсутствие перистальтики. Эзофагоскопия: расширение пищевода с сужением дистального отдела. Могут быть признаки эзофагита | R-графия - сужение пищевода, дефект наполнения, ригидность пищевода Эндоскопия - опухоль Биопсия | R-графия - наличие возможных спазмов, купирующихся спазмолитиками Эзофагоскопия – без признаков органического поражения пищевода |

Дифференциальная диагностика болевого синдрома в правом подреберье

| Признаки | Дискинезия желчевыводящих путей | Холецистит, ЖКБ | Аппендицит | Язвенная болезнь ДПК | Правосторонняя почечная колика |
|-------------------------------|---|--|--|--|---|
| Анамнез | Чаще у молодых на фоне эмоциональных нагрузок | Погрешности в диете Трясая езда, подъем тяжести | При атипичной локализации боли. | Нарушение диеты Эмоциональные перегрузки Алкоголь/курение | Трясая езда Тяжелая физическая работа Нарушение диеты |
| Клинические признаки | Приступообразные (гиперкинезия) или тупые ноющие (гипокинезия) боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, подмышечную область без желтухи и лихорадки Часто выраженные вегетативные стигмы: потливость, эмоциональная лабильность, красный дермографизм. Живот мягкий, без дефанса, симптомы холецистита – отрицательные или слабо положительные | Выраженная боль в правом подреберье, затяжная, с иррадиацией в правую надключичную область, лопатку. Характерны: лихорадка, синдром подпеченочной желтухи, диспепсия. Объективно: резкая болезненность в правом подреберье, "+" с-мы Ортнера, Грекова, Мюсси, может быть локальный мышечный дефанс Может отмечаться кожный зуд. | Боли в правой подвздошной области. Объективно: преобладание симптомов напряжения брюшной стенки и боли в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина, Ситковского, Ровзинга и др.) Лихорадка, диспепсический синдром (тошнота, рвота). | Боль поздняя (через 2 часа после еды), + изжога, тошнота, рвота, приносящая облегчение (рвота однократная). Антациды купируют боль. Объективно: ограниченная болезненность в пилорoduоденальной зоне, может быть дефанс, положительный симптом Менделя. Болезненность точек Боаса, Оппенховского. | Острые раздражающие боли (больной беспокоен, мечется), боли в пояснице с иррадиацией по ходу мочеточника, сопровождаются болезненным, частым мочеиспусканием. Могут быть: озноб, лихорадка, тошнота, рвота. Живот справа напряжен, болезнен по ходу мочеточника, "+" симптом поколачивания, может присоединиться пиелонефрит. |
| Параклинические данные | Фракционное хромотографическое дуоденальное зондирование с метиленовой синью – по временным и объемным показателям фаз желчеотделения, устанавливается тип дискинезии: гипертонически-гиперкинетический, гипотонически-гипокинетический или дискинетический (смешанный); признаков воспаления в желчи – нет ОАК: без изменений УЗИ с желчегонным завтраком – нарушение моторики желчного пузыря | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ При желтухе: конъюгированная гипербилирубинемия, в кале – снижение стеркобилина, в моче – уробилина Дуоденальное зондирование: в порции «В» - лейкоциты, слизь | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов | Желудочный сок: увеличена базальная и пиковая секреция жел. сока (пентагастриновый тест), положительная реакция кала на скрытую кровь (при кровоточивости). | ОАК: лейкоцитоз, повышение СОЭ (при пиелонефрите) ОАМ: гематурия (эритроциты свежие), микропротеинурия Обзорная R-графия, УЗИ, КТ – наличие конкремента |
| Верификация диагноза | Анамнез Клинические проявления приступа Отсутствие органических изменений при УЗИ, холецистографии, КТ, дуоденальном зондировании | Анамнез Клиника УЗИ, холецистография, обзорная R-графия выявляют изменения желчного пузыря, наличие конкрементов. Дуоденальное зондирование - изменения «В» порции желчи | Клинические проявления – дефанс брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, типичная локализация Параклинические данные | Анамнез (сезонность обострения) Клинические проявления болевого синдрома R-скопия ЖКТ – наличие «ниши» и др. симптомов язвы ФГДС – наличие язвы Копроцитограмма- кровь в кале (положительная реакция Грегерсена) | Клиника – характер болевого синдрома Параклинические признаки - гематурия Экскреторная урография, УЗИ, КТ – наличие камней |

Дифференциальная диагностика синдрома энтеропатии

| Признаки | Первичная энтеропатия | | Вторичная энтеропатия | | | Экссудативная энтеропатия | |
|-------------------------------|---|--|--|---|---|---|--|
| | Частичная | Полная | Гастрогенная | Панкреатогенная | Гепатобилиарная | Врожденная | Приобретенная |
| Этиология, патогенез | Врожденная, приобретенная глютенная, дисахаридная или лактазная недостаточность вследствие дефицита соответствующих ферментов. Нарушение переваривания продуктов, содержащих злаковый белок, молока, сахара | Врожденное или приобретенное повреждение энтероцитов с полиферментной недостаточностью, приводящее к тотальным нарушениям переваривания и всасывания пищи | Атрофический гастрит (ахилия) гастрэктомия Вторичное повреждение тонкого кишечника (вторичный энтерит) с прогрессирующим нарушением переваривания и всасывания пищи | Панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью | Гепатиты Циррозы (изменение состава желчи) | Врожденные аномалии – лимфангиозктазии кишечника Кишечная потеря с плазмой и (или) лимфой эндогенного альбумина с развитием тяжелой гипопротемии | Порозность кровеносных и лимфатических сосудов при заболеваниях кишечника (НЯК, болезнь Крона, Уиппла и др.) |
| Клинические признаки | Обострение энтерального синдрома при употреблении пшеницы, ржи, овса, ячменя, сахара, молока - усиливаются бродильные процессы, появляются схваткообразные боли в животе, урчание, метеоризм, понос, полифекалия, стул водянистый, многократный, пенистый с кислым запахом. Общие проявления: слабость, головная боль, головокружение, экстрасистолия. Со временем могут присоединиться: анемия, потеря веса, иммунодефицитное состояние | Хроническое прогрессирующее развитие энтеропатии. Клинические проявления: поносы+ стеаторея, креаторея, амилорея, слабость, сухость кожи и слизистых, трофические нарушения, мышечные гипотрофии, ломкость ногтей, выпадение волос, расстройство всех видов обмена (белкового, жирового, углеводного, водно-электролитного), дистрофия внутренних органов, истощение, гипопротейнемические отеки, скопление жидкости в полостях, симптомы пльригландулярной недостаточности, явления полигиповитаминоза, психические расстройства, кахексия, ацидоз, анемия (железодефицитная, мегалобластная) | | | | | |
| Параклинические данные | При прогрессировании: те же параклинические данные, что и при полной энтеропатии. Наличие АТ к глиадину – при глютенной спру | ОАК: анемия БАК: снижение альбумина, глобулинов, Са, Р, Na, Cl, К, ХС, витаминов, гормонов, Т ₃ , Т ₄ , кортизола | Те же параклинические изменения, что и при полном синдроме энтеропатии + снижение желудочной секреции (хронический гастрит), внешней секреции поджелудочной железы (панкреатит), изменения качественного состава желчи (билиарная патология) | | | БАК: снижение в сыворотке крови альбумина, глобулинов, Са, Na, Cl, К ОАК: анемия, лимфопения. Повышенное содержание меченного альбумина в кале | |
| Верификация диагноза | Анамнез (непереносимость определенных продуктов) Пробы с пищевыми нагрузками (сахар, молоко, глютен) Биопсия слизистой оболочки тонкого кишечника: воспаление, дистрофия, атрофия ворсинчатого аппарата | Анамнез (первична патология желудка, поджелудочной железы, печени) Параклинические данные ФГДС, УЗИ, КТ и др. Биопсия тонкого кишечника | | | Анамнез (проявления с детства или на фоне первичной патологии ЖКТ) Параклинические данные Биопсия тонкого кишечника Проба с меченым альбумином- появление через 4 дня в кале 0,1 – 0,7% от введенного в кровь альбумина (N=2-40%) ФКС – патология кишечника Ирригоскопия | | |

Синдром нарушения моторной функции кишечника.

| Признаки | Функциональные нарушения | Органические нарушения | | |
|------------------------------------|---|--|--|---|
| | | Невоспалительного характера | Воспалительного характера | |
| | | | Тонкого кишечника | Толстого кишечника |
| Этиология | Диарея: Неврогенная гипермоторная дискинезия («медвежья болезнь») Синдром раздраженной толстой кишки Запоры: Вторичные рефлекторные запоры при заболеваниях органов малого таза, ЖКТ Алиментарные запоры (рафинированная пища) Привычное подавление акта дефекации | Опухоли Стриктуры Врожденные аномалии (2 ^я тип строения, долихосигма) | Энтериты Болезнь Крона (терминальный илеит) | Колиты Неспецифический язвенный колит (НЯК) |
| Особенности нарушения стула | 1) диарея разовая, ситуационная, связана со стрессами, кал без примесей, оформленный, но жидкий. 2) неустойчивый стул, оформленный, часто запоры, может быть слизь в кале 3) запоры, чаще по спастическому типу, в кале - слизь, кал "овечий" при любом генезе | Чаще запоры: упорные, либо спастического типа (овечий кал), либо по гипотоническому типу (в виде тонкого тяжа), отсутствие чувства полного опорожнения кишечника; часто примесь слизи | Энтериты: стул жидкий 6-8 раз в сутки, пенистый с кислым запахом, реакция кала кислая (преобладание бродильных процессов), при микроскопии - крахмал, иодофильная флора; - может быть зловонный, кашицеобразный стул коричневого цвета, реакция щелочная (преобладание процессов гниения, разложения), при микроскопии - остатки непереваренных мышечных волокон Болезнь Крона - стул до 10-12 раз в сутки, неустойчивый, примесь слизи, крови | Колиты - чаще запоры, периодически сменяющиеся разовыми поносами. Характерны тенезмы. В кале примесь слизи, кал нередко "овечьего" типа НЯК - превалируют поносы, в кале - примесь крови, гноя, могут быть запоры в период ремиссии |
| Другие клинические симптомы | Во всех случаях функциональных дискинезий органической патологии нет: при синдроме раздраженной толстой кишки больные неуравновешены, раздражены, чаще женщины климактерического периода с массой жалоб на неопределенные боли в животе, приливы, нередко ипохондрическое настроение, канцерофобия. Объективно: потери веса, трудоспособности нет. Живот мягкий, могут определяться спастически сокращенные петли кишечника | Клиника зависит от основного заболевания. Состояние может длительно быть удовлетворительным, без потери веса и физической активности При опухолях: прогрессирующая слабость, похудание, анемизация, проявления непроходимости кишечника | Энтериты: лихорадка, схваткообразные боли в животе, урчание, диспепсические явления (тошнота, снижение аппетита, похудание), синдром мальабсорбции. Болезнь Крона - лихорадка, полисиндромность (суставной синдром, кожный, гепатомегалия); часто - наличие инфильтрата в правой подвздошной области. Осложнения в виде кровотечения, непроходимости кишечника, перфораций | Колит – могут быть боли по ходу толстого кишечника; интоксикация, диспепсический синдром – не выражены НЯК - полисиндромность, лихорадка, интоксикация, артралгии, кожная сыпь, гепатоз, синдром мальабсорбции, при пальпации живота - болезненность, наличие "бугристой" сигмы |
| Параклинические данные | ОАК: в пределах нормы | ОАК: при опухолях - снижение Нв, увеличение СОЭ В кале – кровь ФКС Ирригоскопия – опухоль, стриктура | Энтериты: ОАК: невысокий лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Копрограмма - амилорея, стеаторея, креаторея, эпителий, слизь нехарактерна Болезнь Крона: диспротеинемия, повышение СОЭ. Копрограмма - кровь, слизь. Может быть положительной проба Кумбса | Колиты ОАК: небольшой лейкоцитоз, повышение СОЭ, умеренный сдвиг формулы влево Копрограмма - слизь НЯК - анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, диспротеинемия. Копрограмма - много лейкоцитов (гной), слущенный эпителий, стеаторея, креаторея, кровь |
| Верификация диагноза | Отсутствие органических поражений при R-графии, ФКС | Анамнез: при опухолях - прогрессирующее течение Ирригография, ФКС – наличие опухолей, аномалий, стриктур | Клиника (полисистемность при болезни Крона) Параклинические данные Ирригография, ФКС: при болезни Крона - ограниченные зоны воспаления, гранулематозный процесс с формированием глубоких линейных язв, симп. «бульжной мостовой»; при энтеритах – гиперемия, отечность слизистой, отсутствие деструктивных поражений | Клиника (особенности течения, полисистемность при НЯКе) Параклинические данные Ирригография, ФКС: при НЯКе – распространенное воспаление с обширными изъязвлениями с гнойным отделяемым, кровоточивостью, эрозивными проявлениями, псевдополипами. При колите: катаральные изменения, отек, гиперемия, могут выявляться участки атрофии, декструкции нет |

Дифференциальная диагностика легочного и желудочно-кишечного кровотечения

| Признаки | Легочное кровотечение | Желудочно-кишечное кровотечение | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|---|
| | | Пищеводно-желудочное | | Кишечное | |
| | | Пищевод | Желудок | Тонкий кишечник | Толстый кишечник |
| Этиология | Опухоли, бронхоэктазы, абсцесс, гангрена, туберкулез, поликистоз, эхинококкоз, пневмония (вызванная палочкой Фридлиндера, стафилококковая деструкция) | Рак, эрозивный эзофагит, синдром Меллори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода, дивертикулез пищевода, пептическая язва пищевода | Язвенная болезнь желудка, рак желудка, эрозивно-язвенный гастрит, синдром Меллори-Вейса | ЯБ луковицы ДПК, опухоли тонкого кишечника, терминальный илеит, дивертикулез тонкого кишечника | Неспецифический язвенный колит, опухоли (доброкачественные и злокачественные), колиты, геморрой, дивертикулез толстого кишечника |
| Особенности кровотечения | Чаще на высоте обострения основного заболевания, связано с кашлем (выкашливается), кровь алая пенящаяся, имеет щелочную реакцию, обычно продолжается несколько часов, иногда - дней. После обильного кровотечения в течение нескольких дней выделяется небольшое количество крови в виде кровохарканья, мелена - появляется редко | Внезапно обильная кровь, сгустками, темная - при варикозе; при синдроме Меллори-Вейса; алая не пенящаяся кровь; кровотечению предшествует тошнота, позже может быть мелена | Кровь выделяется во время рвоты, часто темно-красного, иногда коричневого цвета (в виде кофейной гущи), имеет кислую реакцию, с примесью пищи при синдроме Меллори-Вейса - кровь может быть алая или темная в зависимости от пораженного сосуда | Кал в виде мелены - черной диареи | Могут быть тенезмы, кровь измененная (из выше лежащих отделов) или неизменная (из прямой кишки), алая на кале - при геморрое, может быть со слизью и гноем, с гнилостным запахом - при раке |
| Общая симптоматика | Острый анемический синдром : слабость, головокружение, обморок, мелькание "мушек" перед глазами, помрачение сознания, падение АД, нитевидный пульс, бледность кожных покровов, холодный пот, поверхностное дыхание Может быть высокая температура и желтушность за счет всасывания продуктов распада эритроцитов (появляется позже) Клинические проявления основного заболевания, осложняющегося кровотечением | | | | |
| Параклинические данные | БАК: уменьшение количества эритроцитов, Hb, гематокрита, повышение остаточного азота (при кровотечениях из отделов ЖКТ лежащих выше баугиновой заслонки), лейкоцитоз, неконъюгированная гипербилирубинемия. Подтверждают кровотечение эндоскопические исследования (ФГДС, ФКС), пальцевое исследование прямой кишки (кровь на пальце) | | | | |
| Верификация диагноза | Анамнез («легочный») Клиника Параклинические данные ФБС – выявление источника кровотечения | Эзофагоскопия R-скопия пищевода с барием | ФГДС R-скопия желудка Кал на скрытую кровь | ФГДС R-скопия УЗИ органов ЖКТ КТ Еюноскопия | ФКС Ирригоскопия Ирригография Ректороманоскопия КТ УЗИ органов ЖКТ |

Кровь цвета кофейной гущи: при умеренном кровотечении, когда из распавшихся эритроцитов Hb успевает прореагировать с HCl с образованием соляно-кислого гематина, который придает крови такую окраску.

Темно-вишневый цвет рвотных масс указывает на более быстрое кровотечение либо из пищевода, либо при очень быстром, обильном кровотечении из желудка, когда кровь (алога цвета) не успевает прореагировать с HCl.

Кровавая рвота может быть при кровотечении из двенадцатиперстной кишки, если не закрыт пилорический канал.

Дифференциальная диагностика синдрома гепато-спленомегалии

| Признаки | Болезни печени | Болезни крови | Инфекционные болезни | Болезни сосудов | Сердечная недостаточность II- III ст. |
|---|---|--|---|---|---|
| Этиология (подчеркнутые болезни взяты для последующей дифференциальной диагностики) | <u>Хронические гепатиты</u> Циррозы печени Болезни накопления Опухоли | <u>Гемолитические анемии</u> Лейкозы Лимфопролиферативные процессы | Бруцеллез <u>Лептоспироз</u> Малярия Сепсис Инфекционный эндокардит | Пилефлебит <u>Эндофлебит печеночных вен (б-нь Бадда-Киари)</u> | ИБС Пороки сердца Болезни миокарда <u>Перикардит выпотной</u> |
| Особенности синдрома гепато-спленомегалии | Гепатомегалия, печень плотноватая, гладкая, край закруглен, болезненная, может быть спленомегалия (в 50% случаев) | Спленомегалия, селезенка гладкая, болезненная - вторично, умеренная | Быстроразвивающаяся гепатомегалия, печень гладкая, болезненная, может быть спленомегалия | Выраженная гепатомегалия, печень плотная, гладкая, болезненная; позже - спленомегалия, асцит | Гепатомегалия на фоне одышки, отека нижних конечностей. Спленомегалии нет |
| Клинические проявления (синдромы) | Гепато-спленомегалия Цитоллиз Желтуха Холестаз Печеночная недостаточность Геморрагический | Сплено-гепатомегалия Анемия Желтуха с неконъюгированной гипербилирубинемией Лихорадка Болевой (абдоминальный) Аномалии скелета, трофические язвы - при врожденной форме | Гепато-спленомегалия Лихорадка Интоксикация Миалгии Кожные высыпания Нефропатия Желтуха Тромбогеморрагии Менингеальные симптомы | Гепато-спленомегалия Лихорадка Желтуха Асцит (синдром надпеченочной портальной гипертензии) Геморрагический Диспепсический Печеночной недостаточности Может быть синдром нижней полой вены | Одышка Гепатомегалия Кардиомегалия Отек, цианоз лица, шеи, набухание шейных вен Глухость тонов сердца, могут быть аритмия, шум трения перикарда Парадоксальный пульс Могут быть асцит, отеки ног, лихорадка |
| Особенности течения | Хроническое - годами | Хроническое, при врожденных формах - с детства; может быть в виде кризов | Острое | Острое Подострое Хроническое | Острое Хроническое |
| Параклинические данные | БАК: повышены: АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, билирубин (конъюгированный), ЛДГ, витамин В ₁₂ , IgM, A, G, снижен альбумин, протромбин Выявляются : маркеры вирусного поражения | БАК: снижены эритроциты, гемоглобин, осмотическая резистентность эритроцитов. Повышены: ретикулоциты, билирубин, стеркобилин, уробилин, может быть положительная проба Кумбса | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ БАК: гипербилирубинемия, гиперферментемия ОАМ: цилиндрурия, протеинурия, гематурия, | ОАК: лейкоцитоз, тромбоцитоз БАК: повышение АЛТ, АСТ, гипербилирубинемия | ОАК: лейкоцитоз; увеличение СОЭ БАК: увеличение СРБ, диспротеинемия Перикардиальный выпот – экссудат Абдоминальный выпот – трансудат |
| Верификация диагноза | Анамнез («печеночный») Клиника Параклинические данные УЗИ, КТ-гепатомегалия, спленомегалия, гиперэхогенность, гетерэхогенность, диффузное поражение Лапароскопия с биопсией или трансторакальная биопсия: дистрофия гепатоцитов, ступенчатые некрозы, инфильтрация портальных трактов, узлов регенерации - нет, архитектоника сохранена | Анамнез (наследственный или повреждающий фактор) Клиника: желтуха неконъюгированная в сочетании с болевым синдромом, лихорадкой, спленомегалией Параклинические данные Миелограмма: гиперплазия эритроидного ряда | Анамнез Клиника Обнаружение лептоспир в крови, моче, спинномозговой жидкости. Посев крови на лептоспиры. Повышение титра специфических антител Заражение животных | Анамнез Клиника Ультразвуковая доплерография печеночных вен-блок кровотока КТ, Каваграфия-нарушение кровотока по V, portaе | Анамнез Клиника Параклинические данные ЭКГ: низкий вольтаж, депрессия ST Эхо КГ: наличие жидкости в перикарде R-графия: кардиомегалия, кардио-диафрагмальные углы тупые |

Дифференциальная диагностика синдрома желтухи

| Признаки | Надпеченочная | Печеночная | | Подпеченочная |
|-------------------------------|---|--|---|---|
| | с неконъюгированной билирубинемией | с конъюгированной билирубинемией | с неконъюгированной билирубинемией | с конъюгированной билирубинемией |
| Нозологические формы | Гемолитические анемии (врожденные, приобретенные), гематомы различных органов (внутрибрюшные и др.) | Циррозы печени и гепатиты Синдром Дабина – Джонса Синдром Ротора | Синдром Жильбера, Постгепатитная гипербилирубинемия Синдром Криглера-Найяра | ЖКБ, опухоли (печени, желчных путей, фатерова сосочка, головки поджелудочной железы), стриктуры желчных ходов |
| Патогенез | Усиление разрушения эритроцитов (гемолиз) или всасывание продуктов распада эритроцитов при массивных гематомах | Нарушение выделения билирубингликоконидов из гепатоцитов в желчные протоки при болезнях печени или врожденных ферментопатиях | Нарушение процесса конъюгации билирубина гепатоцитомии (дефицит глюкоранилтрансферазы) | Желтуха вследствие обтурации внутри- или внепеченочных ходов |
| Клиника | Синдром желтухи без кожного зуда, на фоне абдоминального болевого синдрома в левом подреберье Синдром лихорадки Анемический синдром Спленомегалия без гепатомегалии | Гепатиты и циррозы с соответствующей клиникой: тупые боли в правом подреберье, астено-вегетативный синдром, диспепсический синдром, умеренная желтуха на высоте обострения и кожный зуд. Объективно: печеночные стигматы, гепатомегалия (при циррозе - бугристая, плотная с острым краем; при гепатите - гладкая), могут быть спленомегалия, синдром гепатоцеллюлярной недостаточности. При циррозе - синдром портальной гипертензии, синдром кровоточивости. Доброкачественные гипербилирубинемии - состояние удовлетворительное, желтуха минимальная, не постоянная, гепатомегалия малая или нет, спленомегалии - нет | Печеночная или желчная колика, предшествующая желтухе, желтуха массивная, кожный зуд, может быть лихорадка, ахоличный кал, темная моча Печень может быть не увеличена или увеличена незначительно, спленомегалии нет. Может пальпироваться опухоль или увеличенный желчный пузырь, положительные симптомы Курвуазье, Ортнера, Кера, Лепене, Мэрфи и др. | |
| Особенности течения | Течение хроническое при наследственных желтухах - с детства; при приобретенной - на фоне воздействия повреждающих факторов (лекарств, инфекций), проявляется - в виде гемолитических кризов или в виде хронической гемолитической желтухи | Хроническое прогрессирующее течение с периодами обострения и ремиссии (клиника зависит от формы гепатита или цирроза) Доброкачественное течение гипербилирубинемии | Желчекаменная болезнь - в виде приступов желчной колики с желтухой; при опухолях - быстрое прогрессирование желтухи; при опухоли фатерова сосочка - часто интермиттирующая желтуха | |
| Параклинические данные | Неконъюгированная гипербилирубинемия, нормохромная анемия, ретикулоцитоз, увеличение в кале стеркобилиногена и уробилина в моче. Проба Кумбса «+» при аутоиммунной гемолитической анемии Биохимические пробы печени не изменены | При циррозе, гепатите - гипербилирубинемия с преобладанием конъюгированного билирубина Нарушение биохимических проб печени (увеличение АсТ, АлТ, ЩФ, ЛДГ, ГГТП) Доброкачественные гипербилирубинемии: умеренная конъюгированная или неконъюгированная гипербилирубинемия. | Конъюгированная гипербилирубинемия Увеличение желчных пигментов в моче; уменьшение или отсутствие стеркобилина в кале, уробилина в моче Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, при опухолях - анемия | |
| Верификация диагноза | Анамнез Клиника Отсутствие патологии печени Лабораторные данные: анемия, измененные формы эритроцитов, ретикулоцитоз Проба Кумбса "+" при приобретенной анемии | Анамнез УЗИ Сканирование печени Параклинические данные Пункционная биопсия, лапароскопия с биопсией: некрозы, фиброз, узлы регенерации при циррозе; при гепатите – дистрофия; фиброз, узлы регенерации отсутствуют; нормальная структура печени - при доброкачественных гипербилирубинемиях, Компьютерная томография | Анамнез Клиника Холецистография ФГДС РХПГ- холестаза Релаксационная дуоденография (опухоль головки поджелудочной железы) КТ, УЗИ- опухоль или наличие конкрементов | |

Дифференциальная диагностика асцита

| Признаки | Портальная гипертензия | | | Поражение брюшины | Гипопротеинемические состояния |
|-------------------------------|--|---|---|--|--|
| | Надпеченочная | Печеночная | Подпеченочная | | |
| Этиология, патогенез | Болезни сердца с ХСН по правожелудочковому типу Затруднение оттока по верхней полой вене или по печеночным венам | Затруднение тока крови по внутрипеченочным сосудам из-за фиброза | Затруднение кровотока по v. portae и ее ветвям | Воспаление, опухоли с гиперпродукцией экссудата | Снижение альбуминов крови → снижение онкотического давления плазмы → выход жидкой части крови в межклеточное пространство, в брюшную полость. |
| Анамнез | Врожденные и приобретенные пороки сердца Перикардит ХОБЛ Болезнь Бадда-Киари | Цирроз печени Гемохроматоз Болезнь Коновалова-Вильсона | Пилефлебит Пилетромбоз Болезни гиперкоагуляции Травмы органов брюшной полости | Воспаление Опухоли | Синдром мальабсорбции Экссудативная энтеропатия Нефротический синдром |
| Клинические признаки | При сердечной недостаточности – асцит-большой, нарастающий, на фоне декомпенсации. Отеки ног – предшествуют асциту. Спленомегалии, варикоza - нет, печеночные пробы нормальные. Болезнь Бадда-Киари: быстро нарастающий асцит, на фоне диспепсии, варикозного расширения вен пищевода, с-ма портальной гипертензии, кровотечений; печеночные пробы умеренно изменены. Другие клинические проявления соответствуют ведущей патологии: перикардиту, хроническому легочному заболеванию или болезни Бадда-Киари | Медленно прогрессирующий асцит на фоне печеночной патологии. Раннее формирование варикоza вен пищевода, желудка и прямой кишки, кровоточивость. Может быть желтуха, спленомегалия, гепатомегалия (печень плотная, бугристая). При вторичном циррозе (гемохроматоз, болезнь Коновалова-Вильсона): нарушение метаболизма железа, меди. Клиника: гиперпигментация кожи, сахарный диабет, неврологическая симптоматика, кольца Кайзера-Флейшера; портальная гипертензия | Асцит без признаков сердечной нед-ти, периферических отеков. Выражен варикоz, спленомегалия. Гепатомегалии нет. Основные клинические проявления в виде острого живота с болью, лихорадкой, кишечными кровотечениями, увеличением селезенки. Позже - формируется гепатомегалия | Асцит небольшой, нарастает на фоне метеоризма, явлениями кишечной непроходимости, без признаков варикоza, нет гепатоспленомегалии. Пальпаторно – могут определяться инфильтраты, опухолевидные образования в брюшной полости, может отмечаться лихорадочный синдром. Может наблюдаться нарушение функции кишечника, эпизоды непроходимости | Умеренный асцит на фоне анасарки, гидроторакса. Варикоza и гепато-спленомегалии нет В крови – гипопротеинемия Могут быть симптомы кишечной патологии (мальабсорбция), заболевания почек Анасарка, отеки Клиника кишечной патологии, почек, амилоидоза |
| Параклинические данные | БАК: повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, повышение билирубина, лейкоцитоз, увеличение СОЭ (при болезни Бадда-Киари) Каваангиография - облитерация печеночных вен УЗИ, Допплерография печеночных вен - блок кровотока ЭКГ, ЭхоКГ – пороки сердца, перикардит | Печеночные пробы (АСТ, АЛТ, ЛДГ, билирубин и др.) Повышен уровень Fe при гемохроматозе Церулоплазмин в крови Концентрация меди повышена – при болезни Коновалова-Вильсона УЗИ, КТ печени – цирроз Гипергликемия | Печеночные пробы - нормальные Ангиография v.portae КТ органов брюшной полости Допплероангиография для оценки состояния кровотока в v.portae | Лапароскопия с биопсией: признаки воспаления брюшины, опухолевого процесса Исследование абдоминальной жидкости – экссудат, атипичные клетки ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ УЗИ: печень, селезенка не увеличены | БАК: гипоальбуминемия, гиперлипидемия ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ ОАМ: макропротенурия, гематурия, цилинрурия (нефротический синдром) Копрограмма: высокое содержание альбумина в кале |
| Верификация диагноза | Анамнез Клиника (порок, эндофлебит печеночных вен) Параклинические данные УЗИ, КТ – гепатомегалия, спленомегалия УЗИ, Допплерография печеночных вен – блок при болезни Бадда-Киари ЭхоКГ – порок сердца | Анамнез (печеночный) Клиника цирроза или дисметаболических поражений печени Параклинические данные, характерные для цирроза, гемохроматоза, болезни Коновалова-Вильсона Кольца Кайзера-Флейшера Биопсия кожи, печени – импрегнация железом или медью | Клиника УЗИ: спленомегалия без гепатомегалии Допплероангиография - блок кровотока по v. portae Ангиография - замедление и (или) блок кровотока в портальной вене | Клиника УЗИ брюшной полости: печень, селезенка не увеличены Лапароскопия – признаки воспалительных или опухолевых изменений Параклинические данные: отсутствие биохимических печеночных маркеров Исследование абдоминальной жидкости: экссудат, атипичные клетки | Клиника болезней ЖКТ или почечной патологии Параклинические данные, подтверждающие болезнь ЖКТ, почечную патологию ФГДС, ФКС, Р-скопия ЖКТ, ирригоскопия - признаки патологии УЗИ, КТ, биопсия почек - соответствующая патология почек с нефротическим синдромом Исследование кала на содержание альбумина - повышение меченого альбумина (синдром экссудативной энтеропатии). |

Дифференциальная диагностика мочевого синдрома

| Признаки | Гломерулонефрит | Пиелонефрит | Амилоидоз | МКБ | Рак почки | Диабетическая нефропатия |
|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Анамнез и этиология | Стрептококк (ангина, рожистое воспаление), очаги хронической стрептококковой инфекции Вакцинации Вирусы Перенесенный острый гломерулонефрит | Перенесенные острые урогенитальные инфекции Переохлаждение МКБ Стриктур мочеоттока Предрасполагающие факторы: - беременность; - сахарный диабет; - рефлюксы мочи | Остеомиелит, гнойные процессы Аутоиммунные заболевания (ДБСТ) Генетически обусловленный | Почечные колики Наследственность (склонность к камнеобразованию) Подагра | Этиология неизвестна | Сахарный диабет |
| Особенности мочевого синдрома | Моча цвета «мясных помоев», олигурия, макро- и микрогематурия, цилиндрурия, протеинурия, плотность мочи повышается, затем снижается, изогипостенурия- при хроническом гломерулонефрите | Количество мочи нормальное, лейкоцитурия, могут быть активные лейкоциты, бактериурия, микропротеинурия, цилиндрурия | Плотность мочи длительно не изменена, олигурия, микрогематурия, цилиндры - зернистые, гиалиновые, восковидные макропротеинурия | Моча цвета «мясных помоев» Макрогематурия, микропротеинурия В моче свежие, неизмененные эритроциты, цилиндров нет | Плотность мочи не изменена, микро- и макрогематурия в виде сгустков - эпизодически. Цилиндрурия и протеинурия редко | Плотность мочи нормальная, затем снижена; протеинурия, микро- и макрогематурия, лейкоцитурия |
| Клиника | Синдромы: -воспалительный (аутоиммунный); -болевого (тулая двухсторонняя поясничная); -отечный; -артериальной гипертензии; -нефротический (чаще при злокачественном течении); -мочевой; -ОПН или ХПН | Синдромы: -воспалительный (лихорадка высокая с ознобами); -болевого (одно - или двухсторонний); -ОПН или ХПН (закупорка камня); -мочевой; -артериальной гипертензии; -отечный (слабо выражен); -может быть дизурический («часто, мало, больно») | Синдромы: -нефротический (массивные отеки-анасарка, полостные); -мочевой; -клиника первичного заболевания; -ХПН; -анемия; | Синдромы: -почечная колика (односторонняя раздирающая острая боль, дизурические явления); -лихорадка с ознобами на фоне приступа; -ОПН, ХПН; -мочевой; - при подагре - суставной синдром | Синдромы: -малых признаков; -лихорадка неправильного типа (свечи); -мочевой; -анемия; -болевого (боль односторонняя прогрессирующая). Клиника, обусловленная метастазами | Признаки сахарного диабета |
| Течение | Острый: 6-12 мес Подострый: протекает агрессивно до 3-х лет Хронический: годами с обострениями и ремиссиями | Острый: 6-12 мес. с выздоровлением Хронический: с обострениями и ремиссиями | Течение хроническое, зависит от первичного заболевания. Исход – ХПН | Течение острое | Течение прогрессирующее | Медленно прогрессирующее. Исход – ХПН |
| Верификация диагноза | Анамнез ОАК: анемия, увеличение СОЭ Характерные изменения в моче БАК: диспротеинемия, увеличение у-глобулинов, маркеров острофазового воспаления; Пробы Реберга-Тареева, Нечипоренко, Зимницкого Ренография Пункционная биопсия: признаки поражения клубочкового аппарата почек | Анамнез ОАК: лейкоцитоз, увеличение лейкоцитов со сдвигом влево, увеличение СОЭ Характерные изменения в моче Проба Нечипоренко – преобладание лейкоцитов Урография; скинтиграфия УЗИ – дилатация чашечно-лоханочных структур, нарушение функции почек | Анамнез БАК: уменьшение альбуминов крови, диспротеинемия, гиперлипидемия Клиника основного заболевания Характерные изменения в моче Биопсия почек, слизистых оболочек десны, прямой кишки - наличие амилоида | Анамнез Выделительная урография R-графия обзорная УЗИ почек – наличие конкремента Характерные изменения мочи Повышение сывороточной мочевой кислоты при подагре Рентгенграфия суставов - подагрические изменения | Анамнез ОАК: увеличение СОЭ, анемия Клиника УЗИ почек - опухоль Выделительная урография, КТ – опухоль Характерные изменения мочи | Анамнез Клиника СД Мочевой синдром Гипергликемия Глюкозурия Глюкозотолерантный тест |

Дифференциальная диагностика синдрома протеинурии

| Признаки | Протеинурия физиологическая | Почечная протеинурия | | Внепочечная протеинурия | | |
|--------------------------------|---|---|---|--|---|--|
| | | С нефротическим синдромом | Без нефротического синдрома | Нефропатия беременных | Диабетическая нефропатия | Парапротеинемии |
| Этиология | Ортостатическая Лихорадочная Напряжения (маршевая) Застойная | Амилоидоз почек Гломерулонефрит Пиелонефрит | Гломерулонефрит Пиелонефрит | Поздний токсикоз беременности (III триместр) | Сахарный диабет | Миеломная болезнь Болезнь Вальденстрема |
| Особенности протеинурии | Малая, непостоянная, ситуационная при отсутствии других патологических изменений в моче | Большая (потеря белка больше 3 г/сутки), есть цилиндрурия, гематурия, лейкоцитурия | Малая, умеренная с цилиндрурией и преобладанием либо гематурии, либо лейкоцитурии | Умеренная, большая, могут быть цилиндрурия, микрогематурия | Начальный период - микроальбуминурия; Нефротическая стадия – большая протеинурия; цилиндрурия, гематурия – в поздний период | Небольшая или большая протеинурия Выделяется парапротеин Бенс-Джонса Цилиндрурии и гематурии – нет. |
| Клиника | Патологии почек нет | Большие отеки (анасарка асцит, гидроторакс) Артериальная гипертония Мочевой синдром (соответствует патологии) ХПН, ОПН Синдромы первичной патологии (гнойные инфекции, ДБСТ, РА) – при амилоидозе | Отеки Поясничные боли одно – двухсторонние Лихорадка Артериальная гипертония Мочевой синдром ХПН, ОПН Положительный симптом Пастернацкого | Отеки Артериальная гипертония Мозговая симптоматика (презеклампсия, эклампсия) Наличие беременности | Жажда Полиурия Полидипсия Микро- и макроангиопатии Полинейропатия Возможна интеркуррентная инфекция (часто кожная) | Костные проявления (деструкция плоских костей, позвоночника) Анемия Лихорадка Интоксикация Вторичная инфекция ХПН – поздний период |
| Параклинические данные | Преходящая малая протеинурия. Другие показатели – в норме | Протеинурия большая Гипопротеинемия Диспротеинемия Гиперлипидемия При ОПН, ХПН – увеличение креатинина, мочевины в крови | Гематурия, либо лейкоцитурия с бактериурией Диспротеинемия Увеличение СОЭ, лейкоцитоз Повышение креатинина, мочевины – при ОПН, ХПН | Протеинурия Эритроцитурия Цилиндрурия | Протеинурия Гипергликемия Глюкозурия | Наличие парапротеинов в сыворотке, моче Анемия Высокая СОЭ Гиперпротеинемия Гиперкальциемия |
| Верификация диагноза | Отсутствие патологии почек | Анамнез Клиника (нефротический синдром) Параклинические данные Биопсия: окраска биоптатов десны, прямой кишки на амилоид Биопсия почек - амилоидоз Красочные пробы с конго-рот, метиленовым синим на амилоидоз | Анамнез Клиника Мочевой синдром Проба Нечипоренко Пункционная биопсия почек УЗИ Сцинтиграфия почек | Наличие беременности Клинические проявления Мочевой синдром | Анамнез Клиника СД Параклинические данные УЗИ, сцинтиграфия почек | Анамнез Клиника Параклинические данные Rn- исследование плоских костей (очаги деструкции) Пункция костного мозга (повышение плазматических клеток более 15%) Определение при электрофорезе монопикового градиента в моче, крови |

Дифференциальная диагностика эндокринных ком

| Признаки | Кетоацидотическая | Гиперлактацидемическая | Гиперосмолярная | Гипогликемическая | Надпочечниковая | Тиреотоксическая |
|-------------------------------|---|---|--|--|--|--|
| Анамнез | Сахарный диабет, нарушение диеты, стресс, инфекции, неадекватное лечение | Сахарный диабет, применение бигуанидов, ЛСН, анемия, почечная недостаточность, гипоксия | Сахарный диабет 2 типа, неадекватное лечение, инфекции, рвота, поносы, редко при применении диуретиков | Передозировка инсулина или недостаточность углеводов в рационе питания | На фоне приема гормонов (гипофункция надпочечников), травмы, операции, удаление надпочечников, болезнь Аддисона | Операции по поводу зоба, диффузный токсический зоб |
| Клиника | Развитие постепенное, запах ацетона, дыхание Куссмауля, кожа бледная, сухая, t° тела - нормальная или снижена, тонус мышц снижен, глазные яблоки мягкие, АД снижено, тахикардия, обезвоженность, выход из комы постепенный | Начало постепенное, дыхание шумное (Куссмауля, Чейн-Стокса), запаха ацетона нет, t - снижена, АД снижено, сонливость, иногда двигательное беспокойство, дегидратация выражена слабо | Развитие постепенное, может быть быстрое. Дыхание частое, поверхностное без запаха ацетона, кожа сухая, АД снижено, тахикардия, обезвоженность, глазные яблоки мягкие, очаговая неврологическая симптоматика, мышечный тонус повышен | Развивается быстро, дыхание нормальное, кожа бледная, влажная, АД нормальное, снижено или незначительно повышено, аритмия, судороги, ригидность мышц, повышение сухожильных рефлексов, быстрый эффект после введения глюкозы | Чаще постепенное начало, но может быть и быстрое, дыхание поверхностное, Куссмауля, рвота, понос, кожа бледная, сухая, цианоз, гипертермия (не всегда), коллапс, мышечная слабость | Постепенное, но может быть внезапное, дыхание учащенное, кожа горячая, влажная, при обезвоживании сухая, t тела повышена, тахикардия, аритмия (МА), повышение АД, рвота, понос, сердечно-сосудистая недостаточность. Наличие признаков ДТЗ |
| Параклинические данные | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ ОАМ: глюкозурия, ацетон В крови снижены Na, K Гипергликемия | БАК: сахар в пределах нормы или повышен незначительно, в моче - незначительное количество сахара, ацетона, снижение pH крови < 7,2, повышение молочной кислоты | Очень высокая гипергликемия, глюкозурия, сгущение крови, незначительная протеинурия, ацетона в моче нет | Гипогликемия, в моче нет сахара и ацетона | ОАК: лимфоцитоз, моноцитоз, эозинофилия, гипохлоремия, азотемия, снижение Na, Cl, 17-КС, ОКС, кортизола, повышение K | Повышение уровня тиреоидных гормонов |
| Верификация диагноза | Анамнез (сахарный диабет) Клиника Гипергликемия Глюкозурия Кетоацидоз | Сахарный диабет в анамнезе Клиника Гипергликемия небольшая Молочная кислота повышена Снижение pH крови | Сахарный диабет в анамнезе Клиника Повышение осмолярности крови и уровня Na, Cl Гипергликемия Кетоацидоза нет | Анамнез (сахарный диабет) Клиника Гипогликемия Положительный эффект от введения глюкозы | Анамнез Клиника (болезнь Аддисона) Снижение Na, Cl, \uparrow K Снижение в сыворотке кортизола, 17-КС, ОКС Положительный эффект от введения гормонов | Анамнез Клиника ДТЗ Повышение тиреоидных гормонов в сыворотке крови |

Дифференциальная диагностика синдрома гиперкортицизма

| Признаки | Болезнь Иценко-Кушинга | Синдром Иценко-Кушинга |
|-------------------------------|---|--|
| Этиология, патогенез | <p>Этиология неизвестна. Чаще - базофильная аденома гипофиза, реже - гиперплазия базофильных клеток гипофиза.</p> <p>Предрасполагающие факторы: черепно-мозговые травмы, энцефалит, арахноидит, беременность, роды.</p> <p>В основе патогенеза - нарушение продукции кортиколиберина (постоянно повышена) вследствие снижения контроля со стороны гипоталамических центров. Повышение продукции кортиколиберина ведет к гиперпродукции кортикотропина, гиперплазии передней доли гипофиза, образованию аденомы. На уровне надпочечников - двухсторонняя гиперплазия и повышенная продукция кортикостероидных гормонов</p> | <p>Гормонально-активная опухоль коры надпочечников, избыточно выделяющая глюкокортикоиды.</p> <p>Повышенная продукция глюкокортикоидов по механизму обратной связи ведет к снижению выработки гипофизом кортикотропина</p> |
| Особенности течения | <p>Прогрессирующее</p> <p>Торпидное</p> <p>По тяжести:</p> <p>легкая</p> <p>средняя</p> <p>тяжелая формы</p> | <p>Течение более быстрое, прогрессирующее</p> |
| Клинические проявления | <p>Диспластическое ожирение с отложением жира на лице, шее, туловище; конечности - тонкие</p> <p>Кожно-мышечные: кожа сухая, с acne vulgaris, румянец, стрии, гипертрихоз, атрофия, снижение тонуса мышц, маскулинизация</p> <p>Костные: остеопороз, переломы</p> <p>Нарушение половой функции</p> <p>Артериальная гипертония</p> <p>Гипергликемия (симптоматический сахарный диабет)</p> <p>Психические расстройства</p> <p>Меланодермия (может быть нерезко выраженная)</p> | <p>Те же, что и при болезни Иценко-Кушинга</p> <p>Меланодермия отсутствует</p> |
| Параклинические данные | <p>ОАК: эритроцитоз, лейкоцитоз, эозинопения, лимфопения</p> <p>БАК: диспротеинемия, повышение Na, Cl; снижение калия, фосфора в крови; гипергликемия</p> <p>Повышение 17-ОКС, гидрокортизона, кортикотропина в крови</p> <p>В моче – повышение 17-ОКС, 17КС</p> <p>Проба с дексаметазоном – положительная: введение экзогенного дексаметазона по 2 мг 4 раза в течение двух суток снижает экскрецию 17-ОКС с мочой на 50% и более</p> | <p>Те же изменения, что и при болезни Иценко-Кушинга, но кортикотропин снижен, дексаметазоновая проба дает отрицательный ответ</p> |
| Верификации диагноза | <p>Клинические проявления</p> <p>Повышение 17-ОКС, 17-КС, 11-ОКС, кортизола</p> <p>Положительная дексаметазоновая проба</p> <p>R-графия турецкого седла</p> <p>КТ гипофиза</p> | <p>УЗИ надпочечников</p> <p>КТ - увеличение одного надпочечника (опухоль) и гипоплазия второго</p> <p>Отрицательная дексаметазоновая проба</p> |

Дифференциальная диагностика суставного синдрома

| Признаки | Ревматоидный артрит | Ревматический артрит | Деформирующий остеоартроз | Подагрический артрит | Артрит при ДБСТ (системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит) |
|--|--|---|---|--|---|
| Этиология | Этиология неизвестна Вирусная (?) Чаще – женщины до 40 лет (М:Ж = 1:3) | Стрептококковая инфекция Чаще - молодой возраст (М : Ж = 1 : 1.) | Чаще - женщины, возраст-старше 40 лет. Травмы, нагрузки на суставы, ожирение | Чаще мужчины (1:20), возраст - 40-50 лет. Наследственность, питание. | Этиология неизвестна Вирусная (?) Соотношение м:ж - зависит от формы ДБСТ - чаще молодые женщины |
| Особенности течения | Течение - прогрессирующее с вовлечением новых суставов | Течение: рецидивирующее | Начало: постепенное Течение - доброкачественное, медленно прогрессирующее | Начало - чаще острое Течение - рецидивирующее | Начало: острое, подострое, хроническое Течение - рецидивирующее |
| Типичные проявления суставного синдрома | Симметричное поражение чаще проксимальных межфаланговых суставов, позже - других; периартикулярный отек с суставным выпотом, гиперемии над областью суставов практически не бывает, утренняя скованность, деформация, подвывихи, анкилозирование, атрофия мышц, нарушение функции, вблизи суставов – ревматоидные узелки | Асимметричное поражение средних и крупных суставов, периартикулярный отек, редко – выпот, местно - гипертермия, гиперемия, болезненность, скованности нет, характерна летучесть, деформаций нет | Моно- или полиартрит, периартикулярный отек отсутствует, выпот - не характерен. Тугоподвижность, хруст при движениях, деформация сустава в виде утолщения за счет уплотнения периартикулярных тканей. Узлы Гебердена, Бушара, поражение кистей рук | Острый артрит чаще 1-го пальца стопы со значительным отеком, гиперемией, гипертермией, с внутрисуставным выпотом. Могут поражаться другие суставы, особенно - в поздние сроки | Мигрирующий полиартрит, чаще мелких суставов кистей рук, с периартикулярным отеком, выпот - не характерен, тяжелый артрит - в 10% случаев, чаще - артралгии. Может протекать по типу ревматоидного артрита, ревматического артрита |
| Общие проявления | Лихорадка, астенизация; при висцеральной форме – поражение сердца, почек, легких и других органов | Лихорадка, ангулярная эритема, ревматические узелки, хорея, кардит, гломерулонефрит | Висцеральная патология не характерна | Высокая лихорадка в период атаки. Наличие тофусов в хрящевых тканях, коже. Мочекаменная болезнь | Полисиндромность процесса: кожные проявления в зависимости от формы ДБСТ, висцеральная патология. Лихорадка, астенизация |
| Параклинические данные | Повышение СОЭ, α_2 - и γ -глобулинов; фибриногена, лизосомальных ферментов, Ig G, M, A, ревматоидного фактора в сыворотке крови и в синовиальной жидкости | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ БАК: повышение титра АСЛ-О, повышение фибриногена, серомукоида α_2 - β - и γ -глобулинов, Ig M | Гематологические признаки воспаления нерезко выраженные – при вторичных синовитах. | ОАК: повышение СОЭ, лейкоцитоз БАК: повышение лизосомальных ферментов, повышение мочевой кислоты в сыворотке крови > 0,36 ммоль/л, у женщин, > 0,42 ммоль/л - мужчин | ОАК: лейкопения, увеличение СОЭ БАК: гипер γ -глобулинемия, низкий уровень комплемента. Типичные для конкретной формы ДБСТ биохимические и иммунологические изменения |
| R-логические признаки | Субхондральный остеопороз, мелкие кисты, эрозивный артрит, узурации, сужение суставной щели, остеолит, вывихи, анкилозирование | Деформаций суставов нет | Субхондральный остеосклероз, остеофиты, сужение суставной щели, деформация эпифизов | При прогрессировании болезни: субхондральный остеосклероз, крупные кисты, краевые узураты, остеолит эпифизов, сужение суставной щели | Диффузный остеопороз эпифизов, васкулярные асептические некрозы, редко – краевые узурации, сужение суставной щели, при склеродермии – остеолит концевых фаланг |
| Верификация диагноза | Клиника Параклинические данные Рентгенологическое исследование | Анамнез Клиника Параклинические данные R-логически полная обратимость суставных изменений ЭКГ, ЭхоКГ – признаки ревматического поражения сердца (кардит, порок) | Анамнез Клиника Параклинические данные Рентгенологическое исследование | Анамнез Клиника Параклинические данные Рентгенологическое исследование | Анамнез Клиника Параклинические данные Рентгенологическое исследование |

Дифференциальная диагностика диффузных болезней соединительной ткани

| Признаки | Системная красная волчанка | Системная склеродермия | Дерматомиозит |
|-------------------------------|--|---|---|
| Этиология | Этиология – неизвестна, предположительно - вирусная Чаще молодые женщины (20-30 лет) Провоцируется инсоляцией, переохлаждением, медикаментозными средствами Наследственность | Этиология – неизвестна, предположительно вирусной этиологии Чаще женщины более зрелого возраста, пожилые Предрасположенность - климат Генетическая предрасположенность Вибрация Фактор охлаждения | Этиология неизвестна Вирусная этиология - предполагается Чаще женщины (2:1) Токсические, лекарственные воздействия Неопластические процессы (вторичная форма) – до 50% случаев! |
| Патогенез | Однотипен, в основе – аутоиммунные, иммунокомпетентные процессы, вследствие угнетения Т-клеточного контроля над гуморальным иммунитетом с избыточным образованием иммунных комплексов и антител, оседающих на базальных мембранах сосудов в различных тканях и органах, с последующим развитием иммуно-воспалительного процесса в виде мукоидного набухания, фибриноидного перерождения, гистиоцитарного воспаления с переходом в гиалиноз, склерозирование. В зависимости от форм ДБСТ поражаются различные структуры и системы: с преимущественным поражением ядер клеток (ДНК) вследствие повышения образования антиядерных факторов (АНФ) | характерно нарушение метаболизма коллагена, повышено образование коллагена I и III типов, фибриногена, протеогликанов, гликопротеинов, что ведёт к усилению процессов фиброобразования | характерно поражение поперечно-полосатой, гладкомышечной ткани (проксимальные отделы) |
| Общие признаки | Общность патогенеза (аутоиммунный процесс) Диффузные поражения соединительной ткани с полисистемностью, полиорганным поражением Общность патоморфологических изменений (фибриноидный некроз, дезорганизация волокнистых структур, лимфоидно-гистиоцитарное воспаление с переходом в склероз) Полиэтиологичность провоцирующих факторов Общность клинических синдромов (воспаление, астенизация, кожно-суставной, сосудистые и висцеральные проявления) Эффективность глюкокортикоидов | | |
| Клиника | Течение: острое, подострое, хроническое Активность (1, 2 или 3 степени) Кожа – эритема («бабочка» на лице) Лихорадка Суставной синдром (полиартралгия и/или артрит) Астенизация с похуданием, потливостью Органное поражение (почки, сердце, легкие и др.) Полисериозиты | Течение: острое, подострое, хроническое Активность (1, 2 или 3 степени) Формы: а) генерализованная б) атипичная (поражение кожи) Кожный синдром - индурация, отек, склероз (последовательно 3 перечисленные стадии) CREST-синдром: кальцификация кожи; синдром Рейно, эзофагит с ранней дисфагией, склеродактилия, телеангиоэктазии; органное поражение в виде диффузного фиброза, кистозных изменений | Поражение гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры (проксимальные группы мышц): миалгии, резкая слабость и, как следствие, - обездвиживание; нарушение дыхания, глотания; поражение сердца – в виде сердечной недостаточности, аритмий. Периорбитальный отек, «лиловые очки», симптом Готтрона Суставной синдром Лихорадка Поражение ЖКТ При вторичном дерматомиозите – признаки опухолевого процесса, тяжелых инфекций |
| Параклинические данные | ОАК: лейкопения, панцитопения, повышение СОЭ БАК: диспротеинемия, α_2 - и γ -глобулинемия LE- клетки АНФ повышен (> 1:128) Проба Кумбса (+) | ОАК: лейкоцитоз, повышение СОЭ, умеренная анемия БАК: гипер γ - глобулинемия, повышение фибриногена и серомукоида Повышение содержания в крови и моче оксипролина | ОАК: лейкоцитоз, эозинофилия, повышение СОЭ БАК: диспротеинемия, повышение креатинина, КФК ОАМ: повышение мочевой кислоты, миоглобина Гиперкалиемия |
| Верификация диагноза | Анамнез Клиника (полисистемность) Параклинические данные: повышение АНФ, наличие LE – клеток, диспротеинемия. Гистологическое исследование кожи: фибриноидные изменения интимы сосудов, утолщение эндотелия, гематоксилиновые тельца, гистиоцитарное воспаление, склероз | Анамнез Клиника (характерное поражение кожи) Параклинические данные Кожный биоптат: фибриноидно-склеротические изменения интимы сосудов, распространенные фиброзные поражения | Анамнез Клиника (характерное поражение мышечной ткани) Параклинические данные Биопсия мышц: картина тяжелого миозита, исчезновение поперечной исчерченности мышечных волокон, наличие фрагментации, очагов некроза, лимфоидно-плазмноклеточной инфильтрации, фиброза |

Дифференциальная диагностика первичных системных васкулитов

| Признаки | Поражение крупных сосудов | Поражение средних сосудов | Поражение средних и мелких сосудов | Поражение мелких сосудов |
|---|---|---|---|---|
| Нозологические формы (подчеркнутые формы использованы для последующей дифференциальной диагностики) | <u>Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу)</u> Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортон) | <u>Узелковый полиартериит (болезнь Куссмауля-Майера)</u> Болезнь Kawasaki | Гранулематоз Вегенера <u>Облитерирующий тромбангиит (болезнь Виллартера-Бюргера)</u> Аллергический (эозинофильный) ангиит - синдром Чарга-Стросса | <u>Геморрагический васкулит</u> Эссенциальный криоглобулинемический васкулит Микроциркуляторный ангиит |
| Патоморфологические изменения | Трансмуральное гранулематозное воспаление аорты, ее ответвлений с ишемией соответствующих органов, окклюзией сосудов | Некротизирующий панартериит с образованием микроаневризм сосудов, тромбов. Поражаются сосуды всех органов, чаще почек, сердца, ЖКТ | Поражаются все слои стенки сосудов, чаще вен нижних и верхних конечностей с образованием тромбов и облитерацией сосудов | Деструктивный микроваскулит с развитием микротромбов и нарушением микроциркуляции |
| Особенности течения | Острое Подострое Хроническое Чаще молодые женщины, М:Ж=1:8,5 | Острое, в т.ч. молниеносное, быстро прогрессирующее, рецидивирующее, медленно прогрессирующее. Чаще - мужчины среднего возраста, М:Ж=2,5:1 | Хроническое прогрессирующее. Чаще болеют мужчины молодого возраста, М:Ж=9:1, курильщики | Острое, в т.ч. молниеносное, рецидивирующее. Болеют чаще молодые, М:Ж=1:1 |
| Клинические признаки | Синдромы: -воспаления (лихорадка); -суставной; -кожный (узловатая эритема, паникулит); -ишемический, обусловленный нарушениями гемодинамики, вторично - микроциркуляции; При этом характерно: похолодание конечностей, асимметричное снижение или полное отсутствие пульса, наличие стенокардитических шумов над сосудами, могут быть аневризмы, стенокардитические боли, инфаркт миокарда; -неврологических нарушений: боли, снижение чувствительности конечностей, головная боль, рвота (мозговая); -вазореальной гипертензии; -тромбозомболический синдром | Синдромы: -воспаления (лихорадка); -суставной (артралгии, артриты, миалгии); -почечный (гломерулонефрит - поздно); -артериальной гипертензии (по типу - вазоренальной и/или почечной); -синдром поражения легких; -абдоминальный (ишемические боли в животе, инфаркты брыжейки и кишечника, тромбозы мезентериальных сосудов, кишечные кровотечения, изъязвления в кишечнике); -неврологический (невралгии, невриты с парезами, стволовые нарушения ЦНС, гемипарезы, снижение зрения); -кардиальный (ишемические боли, коронарит, инфаркт миокарда, миоперикардит - редко) астенизация со снижением массы тела, наличие узелков по ходу сосудов; livedo reticularis | 3 клинические формы: Периферическая: поражение конечностей, чаще ног, перемежающаяся хромота, ишемия, некроз пальцев вплоть до гангрены; мигрирующий флебит. Висцеральная: васкулит коронарных, абдоминальных, церебральных сосудов, может быть сочетанный, с соответствующей клиникой ишемии, некроза миокарда, кишечника, ЦНС. Смешанная: сочетание симптоматики висцеральной и периферической форм. Общие симптомы менее характерны | Синдромы: -кожный: симметричная геморрагическая сыпь, чаще на конечностях, туловище, последовательность высыпаний – снизу вверх; -суставной: артралгии или артриты крупных суставов; -абдоминальный: боль, диспепсия, кишечные кровотечения, может быть перитонит; -почечный: гломерулонефрит; -легочный: пневмонии с дыхательной недостаточностью; -церебральный: отек мозга, менингеальные проявления, могут быть поражения магистральных нервных стволов – невриты; - воспаления: повышение температуры |
| Параклинические данные | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, может быть анемия. БАК: снижение альбуминов, повышение γ -глобулинов, серомукоида, гаптоглобина, холестерина, липопротеиновых фракций, редко – РФ | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, тромбоцитоз, может быть анемия. БАК: повышение α_2 - и γ -глобулинов, серомукоида, сиаловых кислот, фибрина, СРП ОАМ: протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия | ОАК: лейкоцитоз, повышение СОЭ. БАК: увеличение содержания серомукоида, сиаловых кислот, фибрина, γ -глобулинов, повышение свертываемости крови, агрегации тромбоцитов | ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, может быть анемия, эозинофилия, ДВС синдром - вторичный, I фаза - гиперкоагуляции. БАК: повышение γ -глобулинов, IgA; АИК; гематурия; протеинурия |

| | | | | |
|---------------------------------|--|---|---|---|
| Верификации диагноза | <p>Клиника Параклинические данные УЗИ, Допплерография сосудов Ангиография сосудов - снижение кровотока РЭГ - снижение кровоснабжения мозга Биопсия сосуда: преимущественно – мононуклеарная инфильтрация или гранулематозное воспаление с многоядерными гигантскими клетками</p> | <p>Клиника Параклинические данные Биопсия сосуда: наличие нейтрофилов и мононуклеарных клеток в стенках мелких и средних сосудов, картина лимфоидно-плазматического воспаления с переходом в фиброз</p> | <p>Клиника Параклинические данные Реовазография - снижение кровотока Снижение микроциркуляции - по данным радиоизотопных исследований. УЗДГ</p> | <p>Анамнез Клиника Параклинические данные Биопсия почек, кожи: микроваскулит с инфильтрацией мононуклеарами</p> |
|---------------------------------|--|---|---|---|

Дифференциальная диагностика геморрагического синдрома

| Признаки | Коагулопатии | Тромбоцитопатии | Вазопатии |
|---|---|--|---|
| Нозологические формы (подчёркнутые формы использованы для последующей дифференциальной диагностики). | Гемофилия А, В и С Избыток антикоагулянтов (гепарин и др.). | Тромбоцитопеническая пурпура - Болезнь Верльгофа, Тромбоцитопатии (лейкозы, индуцированные приемом лекарств, апластическая анемия) | Геморрагическая телеангиоэктазия – болезнь Ослера-Рандю Геморрагический васкулит Инфекции Васкулиты, индуцированные приемом лекарств |
| Этиология, патогенез | Рецессивно наследуемые, сцепленные с полом (мужчины), дефекты 1 фазы свертывания – образования тромбопластина при дефиците VШ фактора (гемоф. А) и 1Х фактора (гемоф.В) | Укорочение жизни тромбоцитов вследствие аутоиммунного механизма повреждения | Наследственное заболевание, характеризующееся дефектами развития стенок сосудистого русла, несостоятельностью эндотелия, образованием телеангиоэктазий |
| Клинические признаки | С детского возраста – гематомного типа кровотечения при малейших травмах, при тяжелой форме - спонтанно Характерны кровоизлияния в суставы, формирование анкилозов, контрактур, забрюшинные, поднадкостничные гематомы | Петехиально – синячковые (микроциркуляторные) геморрагии на коже; кровотечения рецидивирующие из носа, десен, матки, ЖКТ. Осложнение – хроническая железодефицитная анемия | Рецидивирующие кровотечения из телеангиоэктазий слизистых оболочек носа, ротовой полости, ЖКТ. При шунтовых формах микроангиом в органах (легкие, головной мозг), характерна органная патология. Не полноценность мезенхимы может проявляться повышенной растяжимостью кожи, слабостью связочного аппарата (привычные вывихи, пролабирование створок сердечных клапанов) |
| Параклинические данные | Удлинение времени свертывания крови (ВСК) Удлинение активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) Удлинение антикоагуляционного теста (АКТ) Не изменены: протромбиновый индекс (ПТИ) тромбоцитарный гемостаз пробы на ломкость сосудов | Тромбоцитопения Удлинение продолжительности кровотечения (по Дьюку Айви и др. методам) Отсутствие ретракции кровяного сгустка Положительные пробы на ломкость капилляров Снижение гемоглобина, сывороточного железа, ферритина Повышение мегакариоцитов в миелограмме | Нарушений системы гемостаза нет Железодефицитная анемия Эритроцитоз, повышение гемоглобина при наличии легочных шунтов |
| Верификация диагноза | Наследственный анамнез Половая принадлежность Гематомный тип кровоточивости с типичными клиническими проявлениями Изменения показателей коагулограммы Обнаружение в крови дефицита VIII, IX факторов свертывания крови | Анамнез (наличие возможных провоцирующих факторов: инфекция, лекарства, отсутствие отягощенной наследственности) Клинические данные с характерными геморрагическими проявлениями Параклинические показатели | Наследственный анамнез Наличие типичных телеангиоэктазий Рецидивирующие кровотечения из ангиоэктазий Сохраненный гемостаз |

Дифференциальная диагностика синдрома анемии

| Признаки | Железодефицитная | Мегалобластическая | Гемолитическая | Гипопластическая |
|-------------------------------|---|--|---|--|
| Этиология | Хронические кровопотери (меноррагии, ЖКТ-кровотечения), недостаток всасывания железа (резекция ДПК кишки, желудка), повышенное потребление железа (беременность, вскармливание) | Нарушение всасывания вит.В ₁₂ , фолиевой кислоты (атрофический гастрит, резекция тонкого кишечника, желудка, энтерит, болезнь Крона, алкоголизм и др.); дефицит фолатов – при лечении цитостатиками; туберкулостатиками; повышенное потребление (глистная инвазия). | Разрушение эритроцитов вследствие генетически обусловленных дефектов мембраны эритроцитов (микросфероцитарная анемия), ферментопатий, гемоглобинопатий, а также появления антител к эритроцитам (приобретенная гемолитическая анемия) | Угнетение функций костного мозга (чаще - всех ростков), вследствие токсических воздействий, радиационного поражения, при тяжелых инфекциях, опухолях. Идиопатическая |
| Особенности течения | Хроническое – стабильное, прогрессирующее | Прогрессирующее. | Хроническое, в виде гемолитических кризов. | Прогрессирующее, тяжелое. |
| Клинические проявления | Синдромы: -анемический: слабость, утомляемость, головные боли, головокружения, обмороки, одышка, сердцебиение, бледность, тахикардия, глухость тонов, систолический шум; -сидеропенический: дисфагия, извращение вкуса, обоняния, трофические нарушения кожи, глоссит, атрофический гастрит | Синдромы: -анемический: слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, систолический шум; -поражения ЖКТ: жжение в языке, глоссит, атрофический гастрит; -желтуха с неконъюгированной гипербилирубинемией; -гепатоспленомегалия; -фуникулярный миелоз: нарушение чувствительности конечностей, полиневрит, могут быть параличи | Синдромы: -анемический: слабость, головная боль, головокружение, сердцебиение, систолический шум, одышка; -желтуха с неконъюгированной билирубинемией (может быть значительная), без зуда, темные моча и кал; -гепатоспленомегалия; -желчнокаменная болезнь (пигментные камни) даже в детском возрасте -лихорадка (при кризе); -абдоминальный: боль в животе, в левом подреберье (при кризе); -аномалии скелета, трофические язвы голеней (при наследственной микросфероцитарной анемии) | Синдромы: -анемический: слабость, прострация, головные боли, головокружение, сердцебиение, одышка; -геморрагический (вследствие тромбоцитопении) - кровотечения, геморрагические сыпи; - иммунодефицита (инфекционно-воспалительные, гнойно-некротические процессы) |
| Параклинические данные | ОАК: снижение гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя или его современных эквивалентов – МСН; МСНС; анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоцитоз, может быть повышение СОЭ Снижено сывороточное железо, ферритин, повышена железосвязывающая способность сыворотки | ОАК: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, повышение цветового показателя, макроцитоз, тельца Жолли; кольца Кеббота, ретикулопения, лейкопения, нейтропения, гиперсегментированные нейтрофилы, тромбоцитопения, увеличенная СОЭ Неконъюгированная гипербилирубинемия | ОАК: снижение количества эритроцитов, микросфероцитоз, снижение осмотической резистентности эритроцитов, ретикулоцитоз. БАК: неконъюгированная гипербилирубинемия Моча: уробилинурия. В кале - высокое содержание стеркобилина | ОАК: снижение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов (панцитопения), повышение СОЭ |
| Верификации диагноза | Анамнез Клиника Миелограмма: увеличение количества полихроматофильных нормобластов, снижение сидеробластов, эритрокариоцитов, содержащих железо ОАК, сывороточное железо, ферритин Десфераловый тест Верификация этиологических факторов | Анамнез Клиника Параклинические данные Миелограмма: мегалобласты в большом количестве, полисегментарность ядер нейтрофилов Эффект при введении вит. В ₁₂ (повышение ретикулоцитов); фолиевой кислоты Верификация этиологических факторов | Анамнез Клиника Параклинические данные Миелограмма: преобладание эриത്രонормобластов (раздражение эритроцитарного ростка) Проба Кумбса. | Анамнез Клиника Миелограмма: уменьшение количества клеток всех ростков кроветворения (опустошение костного мозга) Трепанобиопсия: жировой костный мозг, малоклеточные очаги кроветворения ОАК: панцитопения |

Примечание: МСН – среднее содержание гемоглобина в эритроците, измеряется в пикограммах; МСНС – средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах, измеряется в грамах на децилитр.

Дифференциальная диагностика болезней накопления

| Признаки | Гемохроматоз (пигментный цирроз, бронзовый диабет, болезнь Труазье-Ано-Шоффара, сидерофилия.) | Гепатоцеребральная недостаточность (гепатолентикулярная недостаточность, болезнь Коновалова-Вильсона) | Амилоидоз |
|-------------------------------|--|--|--|
| Этиология | Первичная врожденная ферментопатия с повышенным всасыванием железа в тонком кишечнике, нарушением его выведения, приводящая к накоплению железа в тканях в виде нерастворимого гемосидерина. Вторичная: неконтролируемое потребление железа (при неадекватной терапии анемий) | Наследственное заболевание по аутосомно-рецессивному типу наследования, с увеличением накопления меди в печени, нервных ганглиях, роговице, коже и других тканях вследствие дефицита церулоплазмина | 1. Первичный наследственный (семейный) 2. Приобретенный: а) идиопатический б) старческий в) при длительно текущих хронических заболеваниях (гнойные процессы, остеомиелит, ДБСТ, туберкулез) Патогенез: нарушение белкового обмена с накоплением фибриллярного патологического белка (амилоида), который откладывается на клеточных мембранах различных органов (печень, почки, сердце, кишечник) |
| Клиника | Цирроз печени (спленомегалия в 50%) Сахарный диабет Гиперпигментация кожи Дистрофические изменения внутренних органов (в т.ч. эндокринных с нарушением их функции) | Цирроз печеленомегалия в 50%) Поражение нервных ганглиев, приводящее к гипертонусу мышц (тремор, амимия, скандированная речь, нарушение почерка) Неврологическая симптоматика Поражение ЦНС (снижение памяти, профессиональных навыков, интеллекта) Кожа - может быть гиперпигментация Роговица - кольцо Кайзера-Флейшера Моча - может быть глюкозурия | Амилоидная дистрофия печени - гепатомегалия, печень гладкая, болезненная с нарушением ее функции(пробы) Поражение почек - нефротический синдром (гиперлипидемия, гипопроteinемия, гиперпротеинурия) Амилоидная дистрофия сердца - кардиомегалия, нарушения ритма и проводимости, ХСН Поражение кишечника- дисфункция (диарея) Нарушение иммунной системы (иммунодефицит) |
| Параклинические данные | Повышение сывороточного железа Положительная проба с десфералом (т.е. нарастание экскреции железа с мочой на фоне приема десферала) Изменение печеночных проб Глюкозурия, гипергликемия Положительная проба Перлса | Повышение уровня меди в сыворотке крови Снижение церулоплазмينا в крови Повышение экскреции меди с мочой Изменение печеночных проб | Повышение общего белка в сыворотке крови Диспротеинемия Протеинурия (больше 3 г/л белка) При нефротическом синдроме - гиперлипидемия Нарушение печеночных проб Изменения характерные для основного заболевания |
| Верификация диагноза | Клиника (гиперпигментация, СД, цирроз) Повышение железа в сыворотке крови, тканях при окраске по Пирсу Положительная десфераловая проба УЗИ, КТ – цирроз печени | Клиника Повышение содержания меди в крови, моче Снижение церулоплазмينا в сыворотке крови Наличие кольца Кайзера-Флейшера Выявление меди в печени, коже при гистохимическом исследовании биопсийного материала | Клиника Положительные красочные пробы с метиленовым синим, конгоротом на амилоидоз Выявление амилоида в слизистой десны, прямой кишки, тканях печени при пункционной биопсии |