

В. А. Дескин  
З. С. Макарова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ  
ДИАГНОСТИКА  
ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ



МЕДИЦИНСКОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ АГЕНТСТВО

В.А. Доскин, Э.С. Макарова

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ



Медицинское информационное агентство  
Москва  
2011

УДК 616-079.4:616-053.2

ББК 53.4:57.3

Д70

**Авторы:**

*Доскин Валерий Анатольевич* — заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор;

*Макарова Зинаида Сергеевна* — доктор медицинских наук, профессор.

**Доскин В.А., Макарова З.С.**

**Д70** Дифференциальная диагностика детских болезней. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. — 600 с.

ISBN 978-5-8948-1863-4

Дифференциальная диагностика, которой посвящена книга, — это важнейший этап распознавания болезни. Она, как известно, основывается на идентификации различий между проявлениями заболеваний ребенка и абстрактной картины каждого из заболеваний, при котором возможны те же или похожие симптомы.

Книга была задумана более 20 лет назад, и понадобилась большая и кропотливая работа для завершения издания. Авторы намеренно сделали акцент лишь на отечественной литературе и адаптированных переводных изданиях, поскольку в зарубежной практике обычно используются другой диагностический арсенал, другие критерии и принципы диагностики.

Данное издание носит характер справочника, в котором авторы представили оригинальную классификацию диагностических таблиц.

В связи с тем что в настоящее время под наблюдением педиатра находятся дети от рождения до 18 лет, в справочник внесены сведения о дифференциальной диагностике некоторых заболеваний, характерных для взрослых, но встречающихся и в подростковом возрасте.

Для педиатров и других детских врачей.

**УДК 616-079.4:616-053.2**

**ББК 53.4:57.3**

ISBN 978-5-8948-1863-4

© Доскин В.А., Макарова З.С., 2011

© Оформление. ООО «Медицинское информационное агентство», 2011

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	6
<b>Глава 1. Дифференциальная диагностика заболеваний и пограничных состояний у детей раннего возраста</b> .....	10
1.1. Заболевания и патологические состояния новорожденных .....	10
1.2. Нарушения питания у детей раннего возраста .....	30
1.3. Диатезы .....	31
1.4. Рахит, рахитоподобные заболевания и гипервитаминоз D .....	34
1.5. Заболевания органов дыхания .....	40
1.6. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста .....	46
<b>Глава 2. Дифференциальная диагностика нарушений роста и полового развития детей</b> .....	53
<b>Глава 3. Дифференциальная диагностика заболеваний детей старшего и подросткового возраста</b> .....	62
3.1. Бронхолегочные и аллергические заболевания .....	62
3.2. Заболевания органов пищеварения .....	92
3.3. Заболевания мочевыделительной системы .....	115
3.4. Заболевания сердечно-сосудистой системы и соединительной ткани .....	133
3.5. Заболевания крови .....	157
3.6. Заболевания иммунной системы .....	177
3.7. Наследственные болезни .....	179
3.8. Заболевания ЛОР-органов .....	197
3.9. Заболевания эндокринной системы .....	210
3.10. Нервно-психические заболевания .....	213
3.11. Хирургические заболевания .....	254

<b>Глава 4. Дифференциальная диагностика различных синдромов в практике педиатра</b> .....	266
4.1. Болевой синдром .....	266
4.2. Лихорадочные состояния .....	293
4.3. Желтухи и нарушения моторики желудочно-кишечного тракта .....	300
4.4. Геморрагический синдром .....	306
4.5. Диарейный синдром .....	314
4.6. Рвота .....	324
4.7. Отечный синдром .....	329
4.8. Кашель. Стенозы гортани. Обструктивный синдром .....	335
4.9. Судорожный синдром .....	345
4.10. Синкопальные состояния .....	353
4.11. Тики, нистагм и другие неврологические синдромы .....	357
4.12. Кожные сыпи. Аллергические реакции .....	362
4.13. Синдромы и симптомы при нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы .....	370
4.14. Метаболические нарушения .....	373
4.15. Неотложные состояния .....	379
<b>Глава 5. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней</b> .....	411
5.1. Бактериальные инфекции .....	411
5.1.1. Скарлатина .....	450
5.1.2. Дифтерия .....	452
5.1.3. Коклюш .....	458
5.1.4. Менингококковая инфекция .....	462
5.1.5. Сепсис .....	467
5.1.6. Легионеллез .....	470
5.1.7. Пневмохламидиоз .....	473
5.1.8. Чума .....	476
5.1.9. Орнитоз .....	476
5.1.10. Туляремия .....	478
5.1.11. Лептоспироз .....	481
5.1.12. Пищевые токсикоинфекции .....	484
5.1.13. Эшерихиоз .....	489
5.1.14. Шигеллез .....	491
5.1.15. Иерсиниозы .....	493
5.1.16. Брюшной тиф .....	501
5.1.17. Холера .....	503
5.1.18. Ботулизм .....	506
5.1.19. Столбняк .....	510
5.2. Вирусные инфекции .....	513
5.2.1. Грипп .....	513
5.2.2. Острые респираторные вирусные инфекции .....	519
5.2.3. Корь .....	529
5.2.4. Эпидемический паротит .....	532
5.2.5. Краснуха .....	534

---

5.2.6. Ветряная оспа .....	538
5.2.7. Инфекционный мононуклеоз .....	540
5.2.8. Полиомиелит.....	543
5.2.9. Вирусные менингиты .....	544
5.2.10. Герпетическая инфекция .....	545
5.2.11. ВИЧ-инфекция .....	546
5.2.12. Бешенство.....	547
5.2.13. Кишечные инфекции .....	548
5.2.14. Вирусные гепатиты .....	552
5.2.15. Натуральная оспа .....	559
5.2.16. Геморрагические лихорадки .....	561
5.3. Протозоозы и гельминтозы.....	564
5.3.1. Клещевой энцефалит .....	564
5.3.2. Амебиаз.....	566
5.3.3. Малярия.....	569
5.3.4. Трихинеллез .....	570
<b>Глава 6. Дополнительные разделы дифференциальной диагностики в педиатрии .....</b>	<b>572</b>
Литература .....	596

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Достижения медицинской науки и практики столь велики, что периодически требуют от педиатра кардинальной перестройки всей диагностической деятельности.

Исторически врачевание, как отмечал академик Е.И. Чазов (1995), вошло в жизнь полным субъективизма, когда успех в диагностике болезней определялся исключительно интуицией и опытом медиков. Целые поколения врачей, отдавших свою жизнь практической медицине, работали по принципам, о которых еще в 1867 г. С.П. Боткин писал так: *«Наблюдая больного, необходимо помнить, что диагноз есть более или менее вероятная гипотеза... Эта гипотеза тем ближе будет к факту, чем больше будет данных, на основании которых она построена, и чем научнее будет их критическая оценка».*

Одной из наиболее важных задач педиатрии является формирование и развитие клинического мышления у врача, что лежит в основе совершенствования диагностического процесса. Сегодня каждый педиатр обязан постоянно совершенствовать свои теоретические и практические знания, умения и навыки.

Успехи практического врачевания, как известно, определяются самым сложным и наиболее ответственным звеном профессиональной деятельности врача — диагностикой болезни. Правильный диагноз лежит в основе эффективного лечения, точного прогнозирования и действенной профилактики заболеваний. Высококвалифицированного врача должны отличать не только специальные профессиональные качества, но и умение следовать классическим медицинским технологическим нормам при обследовании пациента, владение традиционными и параклиническими методами. При обследовании больного ребенка педиатру следует придерживаться «выстраданным» алгоритмам диагностического поиска. Клиническому осмотру больного всегда должен предшествовать подробный опрос и ребенка, и родителей

(жалобы, анамнез и т.п.), логичный и целенаправленный. Как известно, именно при сборе анамнеза наиболее ярко проявляются способности, знания и практический опыт педиатра. Здесь особо следует подчеркнуть, что с анализа анамнеза больного начинается дифференциальная диагностика болезни. Затем следуют осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, и лишь после этого производятся различные лабораторные и инструментальные исследования и консультации «узких» специалистов. Подобная последовательность профессиональных действий, несомненно, дисциплинирует педиатра, вырабатывая четкий алгоритм обследования ребенка, заставляет его мыслить логично, делает более рациональными и менее затратными лабораторные и инструментальные исследования.

Выполняя сложный диагностический поиск, каждый врач должен отдавать себе отчет в том, что любая современная диагностическая методика может давать и ложноположительные, и ложноотрицательные результаты, поэтому нет диагностических методов, которые могли бы заменить добросовестное клиническое обследование и разумный подход к диагностике. При всем при этом абсолютизация одного или целой группы однородных признаков болезни зачастую ведет к неизбежным врачебным ошибкам.

К сожалению, в современной медицине складывается парадоксальная ситуация: чем больше появляется новых и точных диагностических аппаратных и лабораторных методов исследования, тем меньше в постановке диагноза участвует сам врач (Ратнер Г.Л., 1991). Выход из этого сложного положения один — это обширные и дифференцированные знания врача. Обнаружение симптома болезни, а затем или одновременно синдрома, или относительно специфической совокупности симптомов представляет собой начало для построения диагностических гипотез, каждая из которых должна тщательно взвешиваться и проверяться в процессе дифференциальной диагностики.

Дифференциальная диагностика, которой посвящена книга, — это важнейший этап распознавания болезни. Она, как известно, основывается на идентификации различий между проявлениями заболеваний ребенка и абстрактной картины каждого из заболеваний, при котором возможны те же или похожие симптомы.

Для безошибочного распознавания болезни желательно располагать максимальным числом симптомов каждого заболевания, что, несомненно, повышает достоверность врачебного заключения. Исключение предполагающегося заболевания, по мнению В.П. Жмуркина (1991), основывается на одном из трех классических принципов дифференциации.

Первый из них — так называемый принцип существенного различия, согласно которому наблюдаемый случай не принадлежит к сравниваемой болезни, так как не содержит постоянного признака этой болезни (например, отсутствие протеинурии исключает нефрит) или содержит симптом, никогда при ней не встречающийся.

Второй принцип — исключение через противоположность: данный случай не предполагаемая болезнь, так как при ней постоянно встречается симптом, прямо противоположный наблюдаемому.

Третий принцип состоит в исключении предполагаемой болезни на основании различий симптомом одного порядка по качеству, интенсивности, особенностям проявления (феномен несовпадения признаков).



Естественно, все эти принципы не имеют абсолютного значения, так как на выраженность тех или иных симптомов влияют многие факторы, включая наличие сопутствующих болезней. Поэтому дифференциальная диагностика детских болезней предполагает дополнительную проверку диагностической гипотезы, даже если она представляется наиболее обоснованной из всех гипотез.

Без проведения дифференциальной диагностики сначала симптомов, а затем и синдромов, выявляемых у ребенка при данном заболевании, невозможно установление ни предварительного, ни клинического, ни заключительного диагноза. В этой связи «золотым» правилом успешной врачебной практики является то, что дифференциальный диагноз начинается во время первого контакта с больным и проводится непрерывно на всех этапах обследования больного ребенка: при изучении жалоб, истории развития болезни, других разделов анамнеза, физикальном (врачебном) исследовании органов и систем. Это, естественно, приводит к формированию предварительного диагноза. После выполнения рационального целенаправленного, исходя из предварительного диагноза, плана дополнительного обследования (необходимых лабораторных, инструментальных, рентгенорадиологических, ультразвуковых, эндоскопических и других методов исследования) и оценки полученных результатов методами идентификации и исключения формируется клинический диагноз.

Предлагаемая читателям книга «Дифференциальная диагностика детских болезней» предназначена детским врачам для оптимизации диагностического поиска. Она была задумана более 20 лет назад, и понадобилась большая и кропотливая работа для завершения издания. Авторы намеренно сделали акцент лишь на отечественной литературе и адаптированных переводных изданиях, поскольку в зарубежной практике обычно используются другой диагностический арсенал, другие критерии и принципы диагностики. Наш труд носит характер справочника. Мы осуществили оригинальную классификацию диагностических таблиц, при этом невольно обозначился искусственный крен в сторону одних заболеваний и дефицит информации по отношению к другим. Все это обусловлено объемом имеющейся в литературе информации и ее качеством. Большинство дифференциально-диагностических таблиц представлено в модификации авторов. В справочник вошли и так называемые условно устаревшие материалы. Это сделано намеренно. Во-первых, эти данные позволяют врачу осуществить первичный диагностический поиск без дополнительных исследований, а во-вторых, они вселяют специалисту необходимую уверенность на первых этапах диагностического процесса. Мы сочли необходимым сохранить в тексте материалы, отражающие различные подходы к дифференциальной диагностике одних и тех же симптомов, синдромов и заболеваний, чтобы обеспечить возможность педиатру выбора из них наиболее адекватных для данной конкретной клинической ситуации.

В связи с тем что в настоящее время под наблюдением педиатра находятся дети от рождения до 18 лет, в справочник внесены сведения о дифференциальной диагностике некоторых заболеваний, характерных для взрослых, но встречающихся и в подростковом возрасте. Наш труд не был бы завершен без самоотверженной поддержки дружного коллектива сотрудников кафедры поликлинической педиатрии Российской медицинской академии последипломного образования. Огромную по-

мощь в работе над книгой оказала доцент М.В. Лещенко, работая над электронной версией справочника. По сути, она является одним из авторов этой книги.

Мы отдаем себе отчет, что наша работа не свободна от недостатков и вынужденных просчетов, но авторы ни на один день не прекращают работу в избранном направлении. За первым изданием, наверное, последуют и второе, и третье, поэтому заранее выражаем благодарность своим коллегам и ученикам за их советы и предложения.

# Глава 1

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

### 1.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Таблица 1*

Дифференциально-диагностические признаки зрелости новорожденных  
(по В.П. Алферову и З.Е. Евхаритской, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Недоношенные (35–37 нед.)	Доношенные (38–41 нед.)	Переношенные (42 нед. и более)
Подошвенные борозды	На $\frac{2}{3}$ поверхности стопы	На всей подошве	На всей подошве глубокие («банные стопы»)
Диаметр грудных желез, мм	3–5	10–25	5–7
Ушные раковины	Мягкие, расправляются, прилегают к голове	Плотные, отстоят от головы	Очень плотные, отстоят от головы
Кости черепа	Податливые	Нормальной плотности	Очень плотные
Кожа	Бледная, на животе просвечивают 1–2 сосуда	Розовая, бархатистая, сосуды не видны	Сухая, серая с обильной мацерацией, сосуды видны (гипотрофия)

Таблица 2

### Дифференциально-диагностические критерии пневмопатий новорожденных (по И.В. Прокоповой, В.П. Алмаеву, Ю.В. Коршуну, 1994)

Дифференциально-диагностические признаки	Ателектазы легких	Гиалиновые мембраны	Отечно-геморрагический синдром	Незрелость легочной ткани
Анамнез беременности и состояние здоровья матери	Токсикоз беременной	Угроза прерывания беременности, отслойка плаценты, гипоксия плода	Сердечно-сосудистые заболевания матери	Токсикоз беременности, гипоксия плода, угроза прерывания беременности
Состояние новорожденного при рождении	Тяжелое или средней тяжести	Очень тяжелое	Тяжелое и средней тяжести	Тяжелое и средней тяжести
Возбуждение	Преходящее	Редко	Преходящее	Редко
Угнетение	Умеренное	Значительное	Значительное	Умеренное
Мышечный тонус	Умеренно снижен	Снижен	Снижен	Снижен
Рефлексы новорожденного	Снижены	Угнетены	Угнетены	Снижены
Температура тела	Нормальная	Чаще снижена	Чаще снижена	Нормальная
Рвота, срыгивание	Изредка	Чаще в первые часы жизни	Пенистое отделяемое изо рта	Срыгивание
Потеря массы тела	До 15%	До 20%	До 12%	До 10%
Приступы асфиксии	Редкие	Частые	Редкие	Редкие
Одышка	До 75 в минуту (выраженная)	До 100 в минуту (резкая)	До 76 в минуту (выраженная)	До 60 в минуту (умеренная)
Ригидность грудной клетки	Нормальная	Снижена	Снижена	Снижена
Перкуторные данные	Умеренное притупление	Значительное укорочение	Укорочение в медиальных отделах легких	Равномерное укорочение
Аускультативные данные	Дыхание ослаблено, единичные влажные хрипы	Дыхание ослаблено или жесткое, крепитация	Дыхание ослаблено, крепитация	Дыхание ослаблено
Цвет кожи и слизистых	Цианоз	Приступы цианоза, акроцианоз	Цианоз от умеренного до резкого	Умеренный цианоз
Пульс	Умеренная тахикардия	Тахикардия или брадикардия	Тахикардия	Умеренная тахикардия
Перкуторно: границы сердца	Расширение границ в поперечнике	Расширение границ в поперечнике	Умеренное расширение границ влево	Границы существенно не расширены
Аускультативные данные	Ослабление тонов	Систолический шум, ослабление тонов	Систолический шум, ослабление тонов	Ослабление тонов, систолический шум
Пульсация области сердца	Часто	Изредка	Изредка	Изредка
Увеличение	Редко	Часто	Часто	Часто
Кислотно-щелочное состояние крови	Ацидоз	Ацидоз	Ацидоз	Ацидоз

Таблица 3

**Дифференциальная диагностика судорожных припадков и тремора у новорожденных (по матер. Ричарда А. Голина, Марка Ф. Дитмара, 2001)**

Дифференциально-диагностические признаки	Тремор	Судорожный припадок
Нарушение движений глазного яблока	–	+
Острая двигательная реакция на стимулы	+	–
Преобладающие движения: – тремор; – клонические подергивания	+ –	– +
Прекращение движений при пассивном сгибании	+	–
Вегетативные нарушения	–	+

Таблица 4

**Дифференциальная диагностика внутрипеченочной и внепеченочной желтухи у новорожденных (по матер. Н. Paul, M.D. Dworkin, 1996)**

Дифференциально-диагностические признаки	Виды желтух	
	внутрипеченочные	внепеченочные
Гестационный возраст	Недоношенность	Доношенность
Масса при рождении	Малая масса	Соответствует возрасту
Семейный анамнез	Отягощен в 15–20%	Не отягощен
Самочувствие	Недомогание	Хорошее
Характер стула	Периодически ахоличный	Полностью ахоличный
Размеры печени и селезенки	Гепатоспленомегалия	Спленомегалия (редко до 3 нед. жизни)
Консистенция печени	Неплотная	Плотная
Сопутствующие аномалии	Стеноз легочной артерии. Патология позвоночника	Пороки сердца и сосудов. Полисплегия. Незавершенное развитие кишечника
Уровень $\gamma$ -глутаминтранспептидазы	В 10 раз выше нормы	< 10-кратного нарастания
УЗИ	Желчный пузырь визуализируется	Желчный пузырь не визуализируется
Сканирование	Экскреция радионуклидов с желчью в толстую кишку	Нет экскреции радионуклидов
Дуоденальное содержимое	В суточном объеме обнаруживается пигмент	В суточном объеме пигмент не обнаруживается
Желчные протоки	Сужение или обычного диаметра	Сужение и воспаление желчных протоков
Фиброз печени	Незначительный	Портальный фиброз
Другие находки при биопсии печени	Некроз гепатоцитов. Дольчатая дезорганизация. Портальное воспаление. Холестаз. Гигантоклеточная трансформация	Участки скопления желчи. Желчные пробки в междольковых протоках. Гигантоклеточная трансформация (в 25% случаев). Холестаз

Таблица 5

**Дифференциальная диагностика желтух у новорожденных**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1997)

Вид желтухи		Время манифестации	Верификация заболевания и его причины
Гемолитические формы желтухи		В первые 24 ч	Гемолитическая болезнь новорожденных (легкая форма). Тяжелая желтуха без несовместимости (легкая форма)
		Позже	Физиологическая желтуха, токсические гемолитические анемии
Гепатоцеллюлярная желтуха		В первые 24 ч	Передозировка витамина К, врожденные инфекции: инклюзионная болезнь, листериоз, токсоплазмоз. Идиопатическая гипербилирубинемия
		Позже	Сепсис новорожденных, врожденные инфекции: врожденный сифилис, врожденный инфекционный гепатит
Механическая желтуха		В первые 24 ч	Врожденный туберкулез
		Позже	Аномалия желчных путей
Смешанные виды желтухи	печеночно-гемолитическая	В первые 24 ч	Тяжелая желтуха с несовместимостью (тяжелые формы), без несовместимости (тяжелые формы)
		В первые несколько дней	Передозировка витамина К
		Позже	Сепсис новорожденных
	печеночно-механическая	При рождении	Врожденный туберкулез
		Позже	Аномалии желчных путей (поздняя стадия)

## Дифференциальная диагностика желтух у новорожденных (конъюгационные,

Дифференциально-диагностические признаки	Конъюгационные желтухи*			
	физиологическая желтуха (физиологическая гипербилирубинемия)	желтуха у недоношенных	транзиторная негемолитическая гипербилирубинемия новорожденных типа Люцея	врожденная негемолитическая гипербилирубинемия с ядерной желтухой (Криглера—Найяра синдром)
Причины нарушения билирубинового обмена	Незрелость глюкуронилтрансферазной системы	Незрелость глюкуронилтрансферазной системы	Снижение активности глюкуронилтрансферазы	Наследственный дефект глюкуронилтрансферазы
Семейный характер	Нет	Нет	Имеется	Имеется
Недоношенность	»	Имеется	Нет	Нет
Желтуха: — начало;	2–3-и сут	2–3-и сут	1–3-и сут	1–3-и сут
— период максимальной интенсивности;	4–5-е сут	5–8-е сут	6–7-е сут	5–8-е сут
— длительность;	1–2 нед.	От 3–5 сут до недели	1,5–3 мес.	В течение всей жизни
— окраска кожи	Ярко-желтая	Ярко-желтая	Ярко-желтая	Интенсивно-желтая
Общее состояние	Не нарушено	Несколько изменено	Несколько изменено	Очень тяжелое
Температура тела	Нормальная	Нормальная	Нормальная	Повышается при развитии ядерной желтухи
Кровоизлияния в кожу	Нет	Могут наблюдаться	Нет	Нет
Печень	Не увеличена	Не увеличена	Не увеличена	Не увеличена
Селезенка	То же	То же	То же	То же

\* Обусловлены нарушением процесса перехода свободного билирубина в связанный (конъюгированный).

*Таблица 6*

**гемолитические, механические и печеночные желтухи) (по В.А. Таболину, 1970)**

	<b>Гемолитические желтухи</b>			
<b>конституциональ- ная печеночная дисфункция Жильбера— Мейленграхта</b>	<b>гемолитическая болезнь новорожденных</b>	<b>желтуха при дефиците фер- ментных систем эритроцитов (фавизм и др.)</b>	<b>гемоглобинозы (талассемия, серповидно-кле- точная анемия и др.)</b>	<b>наследственный микросфероцитоз (анемия Минковского— Шоффара)</b>
Недостаточная активность глюкуронилтрансферазы или нарушение захвата клетками печени непрямого билирубина	Повышенное разрушение эритроцитов под влиянием реакции антиген—антитело	Повышенное разрушение эритроцитов в связи с дефицитом ферментов	Повышенный гемолиз эритроцитов	Повышенный гемолиз эритроцитов
Имеется	Имеется	Имеется	Имеется	Имеется
Нет	Может наблюдаться	Нет	Нет	Нет
Может развиваться на 2—3-и сут или после интеркуррентных заболеваний в раннем детском и юношеском возрасте	В первые 48 ч	1—2-е сут	1—2-е сут	1—2-е сут
4—5-е сут	3—6-е сут	4—6-е сут	4—6-е сут	3—6-е сут
3—5 нед.	1,5—6 нед. (в зависимости от тяжести и лечения)	3—4 нед.	3—5 нед.	3—6 нед.
Желтая	Интенсивно-желтая	Желтая	Желтая	Желтая
Немного изменено	Тяжелое, быстро ухудшающееся	Нарушено	Нарушено	Нарушено
Нормальная	Повышается при развитии ядерной желтухи	Нормальная	Нормальная	Нормальная
Нет	Отмечаются	Нет	Могут наблюдаться	Могут наблюдаться
Не увеличена	Увеличена	Немного увеличена	Немного увеличена	Немного увеличена
То же	То же	То же	Увеличена	Увеличена

*Продолжение таблицы* ↗



Дифференциально-диагностические признаки	Конъюгационные желтухи			
	физиологическая желтуха (физиологическая гипербилирубинемия)	желтуха у недоношенных	транзиторная негемолитическая гипербилирубинемия новорожденных типа Люцея	врожденная негемолитическая гипербилирубинемия с ядерной желтухой (Криглера—Найра синдром)
Изменения крови: — анемия;	Нет	Нет	Нет	Нет
— эритробластоз, ретикулоцитоз;	»	»	»	»
— лейкоцитоз	Нет	Без особенностей	»	Без особенностей
Билирубин: — пуповинной крови;	Менее 3 мг%, свободный — преобладает, связанный — отсутствует или следы	Менее 3 мг%, свободный — преобладает, связанный — отсутствует или следы	Менее 3 мг%, свободный	Менее 3 мг%, свободный
— венозной крови (общий)	8—16 мг%, свободный — преобладает, связанный — отсутствует или следы	12—18 мг%, свободный — преобладает, связанный — отсутствует или следы	16—25 мг%, свободный	Выше 20 мг%, свободный
Бромсульфоталейновая проба	Отрицательная	Отрицательная	Отрицательная	Отрицательная
Общий белок крови	В норме	—	В норме	В норме
Белковые фракции	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Осадочные пробы (тимоловая, кадмиевая, Вельтмана, Таката—Ара)	Не характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны
Альдолаза	В норме	В норме	В норме	В норме
Трансаминаза	»	»	То же	Повышение не характерно
Щелочная фосфатаза	»	»	»	»

Продолжение табл. 6

конституциональ- ная печеночная дисфункция Жильбера— Мейленграхта	Гемолитические желтухи			
	гемолитическая болезнь новорожденных	желтуха при дефиците фер- ментных систем эритроцитов (фавизм и др.)	гемоглобинозы (талассемия, серповидно-кле- точная анемия и др.)	наследственный микросфероцитоз (анемия Минковского— Шоффара)
Нет	Нарастающая анемия в связи с гемолизом	Выражена	Выражена	Выражена
»	Резко выражены	Выражены	Выражены	Выражены
Без особенностей	Небольшой лейкоцитоз	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Менее 3 мг%, свободный — полностью составляет	Больше 3 мг%, свободный — резко повышен, связанный — повышен	Может быть боль- ше 3 мг%, сво- бодный — резко повышен, связан- ный — немного повышен	Может быть боль- ше 3 мг%, сво- бодный — резко повышен, связан- ный — немного повышен	Может быть боль- ше 3 мг%. сво- бодный — резко повышен, связан- ный — немного повышен
12 мг%, свобод- ный — полностью составляет	При отсутствии лечения — выше 20 мг%, свобод- ный — резко повышен, связан- ный — повышен	12—18 мг%, сво- бодный — резко повышен, связан- ный — немного повышен	12—18 мг%, сво- бодный — резко повышен, связан- ный — немного повышен	10—18 мг%, редко выше, сво- бодный — резко повышен, связан- ный — немного повышен
Отрицательная	В тяжелых случаях	Отрицательная	Отрицательная	Отрицательная
В норме	Снижен	В норме	В норме	Немного снижен
Без особенностей	Снижен уровень гамма- и $\alpha_2$ -гло- булина	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Не характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны
В норме	Повышена при тяжелом течении	В норме	В норме	В норме
То же	То же	То же	То же	То же
»	»	»	»	»

Продолжение таблицы ↵

Дифференциально-диагностические признаки	Конъюгационные желтухи			
	физиологическая желтуха (физиологическая гипербилирубинемия)	желтуха у недоношенных	транзиторная негемолитическая гипербилирубинемия новорожденных типа Люцея	врожденная негемолитическая гипербилирубинемия с ядерной желтухой (Криглера—Найяра синдром)
Холестерин	»	»	»	»
Цвет мочи	Светло-желтый	Светло-желтый	Светло-желтый	Светло-желтый
Желчные пигменты в моче	Нет	Нет	Нет	Нет
Уробилиноген	Отсутствует или следы	Отсутствует или следы	Отсутствует или следы	Следы
Цвет кала	Желтый	Желтый	Желтый	Желтый
Биопсия печени	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Поражение ЦНС	Нет	Возможна ядерная желтуха	Возможна ядерная желтуха	Ядерная желтуха
Поражение легких	»	Нет	Нет	Нет
Специальные диагностические тесты	»	»	»	»

Дифференциально-диагностические признаки	Механические желтухи			
	атрезия желчных путей	синдром сгущения желчи при гемолитической болезни новорожденных	фетальный или неонатальный гепатит, вызванный вирусом типа В	желтуха при цитомегалии
Причины нарушения билирубинового обмена	Нарушение экскреции желчи	Нарушение экскреции желчи	Повреждение печеночной клетки вирусом	Повреждение печеночной клетки
Семейный характер	Нет	Имеется	Наблюдается	Нет
Недоношенность	»	Наблюдается	Может наблюдаться	Очень часто

Продолжение табл. 6

<b>Гемолитические желтухи</b>				
<b>конституциональная печеночная дисфункция Жильбера — Мейленграхта</b>	<b>гемолитическая болезнь новорожденных</b>	<b>желтуха при дефиците ферментных систем эритроцитов (фавизм и др.)</b>	<b>гемоглобинозы (талассемия, серповидно-клеточная анемия и др.)</b>	<b>наследственный микросфероцитоз (анемия Минковского — Шоффара)</b>
»	»	»	»	»
Светло-желтый	Светло-желтый	Светло-желтый	Светло-желтый	Светло-желтый
Нет	Имеются	Нет	Нет	Нет
Следы	Повышен	Повышен	Повышен	Повышен
Желтый	Желтый	Желтый	Желтый	Желтый
Без особенностей	Очаги экстрамедуллярного кроветворения, гемосидерин	Очаги экстрамедуллярного кроветворения, гемосидерин	Гемосидерин	Очаги экстрамедуллярного кроветворения, гемосидерин
Нет	Ядерная желтуха	Нет	Нет	Возможна ядерная желтуха
	Нет	Нет	Нет	Нет
Нет	1. Несовместимость крови матери и ребенка по резус-фактору и групповым антигенам системы АВО. 2. Резус-антитела в крови матери. 3. Положительная проба Кумбса	Дефицит в эритроцитах глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФД) или редуктазы, глутатиона, или АТФазы, или пируваткиназы, или 2,3-дифосфоглицеромутазы	Серповидность эритроцитов, наличие талассемии у родителей	1. Микросфероцитоз. 2. Снижение резистентности эритроцитов

**Печеночные желтухи**

<b>желтуха при сепсисе</b>	<b>желтуха при токсоплазмозе</b>	<b>дисметаболические желтухи (при гликогенной болезни, галактоземии и др.)</b>	<b>желтуха при листериозе</b>	<b>желтуха при сифилисе</b>
Повреждение печеночной клетки, а также токсико-инфекционный гемолиз	Повреждение печеночной клетки	Дефицит галакто-трансферазы и др., а также накопление в печени различных метаболитов	Повреждение печеночной клетки моноцитогенной листерией	Инфекционное поражение печени
Нет	Не всегда	Имеется	Нет	Имеется
Может наблюдаться	Может наблюдаться	Нет	Наблюдается	Наблюдается

Дифференциально-диагностические признаки	Механические желтухи			
	атрезия желчных путей	синдром сгущения желчи при гемолитической болезни новорожденных	фетальный или неонатальный гепатит, вызванный вирусом типа В	желтуха при цитомегалии
Желтуха: — начало;  — период максимальной интенсивности; — длительность;  — окраска кожи	1–3-й день  Постоянно нарастает  В течение всей жизни  Желто-зеленая	В первые 48 ч  8–14-е сут  3–8 нед.  Желто-зеленая	С рождения или в течение первых двух недель  7–14-е сут  3–8 нед.  Желто-зеленая	С рождения или в первую неделю  5–7-е сут  3–5 нед.  Серо-желтая
Общее состояние	Прогрессивно ухудшается	Нарушено	Нарушено	Тяжелое
Температура	Нормальная	Нормальная	Может повышаться	Повышается
Кровоизлияния в кожу	В более поздний период (5–7 мес.)	Могут наблюдаться	Отмечаются на 1–2-й нед.	Отмечаются часто
Печень	Значительно увеличена	Увеличена	Увеличена	Увеличена
Селезенка	Увеличена	»	»	»
Изменения крови: — анемия; — эритронобластоз, ретикулоцитоз; — лейкоциты	Нет  »  Склонность к лейкопении	Имеется  Резко выражены  Небольшой лейкоцитоз	Нет  »  Без особенностей	Имеется  Нерезко выражены  Лейкоцитоз
Билирубин: — пуповинной крови;  — венозной крови (общий)	Менее 3 мг%, свободный — в небольшом количестве, связанный — значительно повышен  30–40 мг%, свободный — в небольшом количестве, связанный — значительно повышен	Больше 3 мг%, свободный — повышен, связанный — значительно повышен  16–30 мг%, свободный — повышен, связанный — значительно повышен	Менее 3 мг%, свободный — немного повышен, связанный — резко повышен  Может достигать 20 мг%, свободный — немного повышен, связанный — резко повышен	Менее 3 мг%, свободный — немного повышен, связанный — резко повышен  Достигает 18–20 мг%, свободный — немного повышен, связанный — резко повышен
Бромсульфоталевая проба	Резко положительная	Положительная	Положительная	Положительная

Продолжение табл. 6

Печеночные желтухи				
желтуха при сепсисе	желтуха при токсоплазмозе	дисметаболические желтухи (при гликогенной болезни, галактоземии и др.)	желтуха при листериозе	желтуха при сифилисе
Со 2–3-й нед.	С рождения или в первые недели	2–3-и сут	2–3-й день после рождения	3–5-е сут
5–7-е сут после начала	5–7-е сут	5–10-е сут	5–7-е сут	4–5-е сут
1–2 нед.	2–4 нед.	До 1,5–3 мес., в зависимости от лечения	3–4 нед.	3–4 нед.
Серо-желтая	Желто-зеленая	Желто-зеленая	Серо-желтая	Серо-желтая
Тяжелое	Тяжелое	Нарушено	Очень тяжелое	Нарушено
Повышена (септическая)	Может повышаться	Нормальная	Повышена	Может повышаться
Отмечаются часто	Нет	Нет	Петехиальная сыпь	Характерная сыпь
Увеличена	Увеличена	Увеличена	Увеличена	Увеличена
»	»	»	»	»
Имеется Нерезко выражены	Изредка бывает Нерезко выражены	Нет »	Имеется Нерезко выражены	Имеется Нерезко выражены
Лейкоцитоз со сдвигом влево	Без особенностей	Без особенностей	Лейкоцитоз со сдвигом влево	Без особенностей
Менее 3 мг%, свободный — немного повышен, связанный — резко повышен	Менее 3 мг%, свободный — в норме, связанный — повышен	Менее 3 мг%, свободный — в норме, связанный — повышен	Менее 3 мг%, свободный — немного повышен, связанный — повышен	Менее 3 мг%, свободный — немного повышен, связанный — значительно повышен
Может быть выше 20 мг%, свободный — немного повышен, связанный — резко повышен	10–18 мг%, свободный — в норме, связанный — повышен	8–16 мг%, свободный — в норме, связанный — повышен	10–13 мг%, свободный — немного повышен, связанный — повышен	8–10 мг%, свободный — немного повышен, связанный — значительно повышен
Положительная	Слабо положительная	Положительная	Положительная	Слабо положительная

Продолжение таблицы ☛

Дифференциально-диагностические признаки	Механические желтухи			
	атрезия желчных путей	синдром сгущения желчи при гемолитической болезни новорожденных	фетальный или неонатальный гепатит, вызванный вирусом типа В	желтуха при цитомегалии
Общий белок крови	Снижен	Снижен	Несколько повышен	Снижен
Белковые фракции	Снижена фракция $\alpha_2$ -глобулина	Снижена фракция $\alpha_2$ -глобулина	Снижена фракция $\alpha_2$ -глобулина	Нет данных
Осадочные пробы (тимоловая, кадмиевая, Вельтмана, Таката—Ара)	Положительные в поздний период	Не характерны	Положительные	Положительные
Альдолаза	Повышается в поздний период	Немного повышена	Повышена	Повышена
Трансаминаза	То же	То же	»	»
Щелочная фосфатаза	В норме	В норме	В норме	В норме
Холестерин	Повышен	Повышен	Иногда повышен	Повышение не характерно
Цвет мочи	Темно-желтый	Темно-желтый	Темно-желтый	Насыщенно-желтый
Желчные пигменты в моче	Повышены	Повышены	Имеются	Имеются
Уробилиноген	Значительно повышен	Значительно повышен	Повышен	Повышен
Цвет кала	Светлый	Периодически обесцвечивается	Светлый	Желтый
Биопсия печени	Билиарные тромбы и цирроз	Билиарные тромбы, гемосидерин	Гигантские клетки	Цитомегалические клетки
Поражение центральной нервной системы	Нет	Нет	Нет	Менингоэнцефалит
Поражение легких	»	»	»	Интерстициальная пневмония
Специальные диагностические тесты	Внутривенная холецистография, лапароскопия	1. Несовместимость крови матери и ребенка по резус-фактору и групповым антигенам системы АВ0. 2. Резус-антитела в крови матери. 3. Положительная проба Кумбса	»	Цитомегалические клетки в моче к слюне

Окончание табл. 6

Печеночные желтухи				
желтуха при сепсисе	желтуха при токсоплазмозе	дисметаболические желтухи (при гликогенной болезни, галактоземии и др.)	желтуха при листериозе	желтуха при сифилисе
Снижен	Не изменен	Не изменен	Не изменен	Немного снижен
Снижена фракция $\alpha_2$ -глобулина	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Положительные	Не характерны	Положительные	Положительные	Не характерны
Немного повышена	Немного повышена	В норме	Повышена	Изменения не характерны
То же	То же	»	»	Изменения не характерны
В норме	В норме	»	В норме	В норме
Повышение не характерно	Повышение не характерно	»	Повышение не характерно	Немного повышен
Насыщенно-желтый	Насыщенно-желтый	Насыщенно-желтый	Насыщенно-желтый	Светло-желтый
Могут быть	Могут быть	Нет	Могут быть	Повышены
Повышен	Повышен	Повышен	Повышен	Следы
Желтый	Желтый	Желтый	Желтый	Желтый
Интерстициальный гепатит	Интерстициальный гепатит	В поздний период цирротические изменения	Центроlobулярный некроз и гранулемы с клеточной пролиферацией	Экстрамедуллярные очаги кроветворения, интерстициальный гепатит
Менингит	Менингоэнцефалит с кальцификатами, гидроцефалия	Нет	Менингит	Нет
Интерстициальная пневмония	Может быть пневмония	Нет	Пневмония	Может быть пневмония
Высев стафилококка из крови	1. Положительная реакция связывания комплемента. 2. Исследование с целью выявления хориоретинита. 3. Кальцификаты в мозге	Галактоза в моче, повышение галактозо-1-фосфата в эритроцитах при галактоземии	Высев возбудителя — моноцитогенной листерии — из крови, спинномозговой жидкости, кожных гранулем	Положительная реакция Вассермана



Таблица 7

**Разграничительный анализ причин макрогематурии у новорожденных детей**  
(по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)

Причины	Дополнительные признаки
Тромбоз почечной вены	Возникает чаще у детей с диабетической фетопатией. Нефромегалия, боли (беспокойное поведение ребенка)
Некроз коркового или мозгового вещества	Признаки острой почечной недостаточности. Чаще на фоне сепсиса, структурных аномалий, геморрагического шока
Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС)	Чаще на фоне сепсиса
Нефробластома	Пальпируется образование в брюшной полости
Геморрагическая болезнь новорожденных	Другие признаки геморрагического синдрома
Лекарственное повреждение почки	Чаще на фоне лечения мономицином, канамицином

Таблица 8

**Дифференциально-диагностические критерии вариантов течения НЭК**  
(по С.В. Ионушене и соавт., 2003)

Дифференциально-диагностические критерии	Гемодинамический вариант	Смешанный вариант	Инфекционно-воспалительный вариант
Гестационный возраст	Более 36 нед.	Недоношенные и глубоко недоношенные дети (для начала заболевания характерен постконцепционный возраст 33–35 нед.)	
Сроки начала заболевания	1–4-е сут жизни	5–8-е сут жизни	После 5 сут, но чаще после 9 сут жизни
Течение настоящей беременности	ХВУГП, ЗВУР	ХВУГП, инфекционно-воспалительные заболевания матери	ХВУГП, инфекционно-воспалительные заболевания матери
Течение родов	Быстрые или стремительные роды, асфиксия, краниоспинальная травма	Асфиксия в родах	Нет связи
Течение периода адаптации новорожденных	Кардиореспираторный дистресс-синдром, применение вазоактивных препаратов	Кардиореспираторный дистресс-синдром, микробная колонизация в условиях стационара. Возможен синдром интоксикации в дебюте НЭК	Микробная колонизация в условиях стационара. Выраженный синдром интоксикации в дебюте НЭК

<b>Дифференциально-диагностические критерии</b>	<b>Гемодинамический вариант</b>	<b>Смешанный вариант</b>	<b>Инфекционно-воспалительный вариант</b>
Неврологический дефицит	Поражение ЦНС тяжелой степени тяжести	Поражение ЦНС средней степени тяжести	Поражение ЦНС средней степени тяжести
Лабораторные критерии	Умеренной выраженности лабораторные признаки воспаления	Значительная выраженность лабораторных признаков воспаления	Значительная выраженность лабораторных признаков воспаления
Характерные гистологические изменения	Полнокровие сосудов, стазы, тромбы. Кровоизлияния во всех слоях кишечной стенки, но больше в подслизистом слое. Отек. Феномен «краевого стояния нейтрофилов». Воспалительная инфильтрация слабо выражена, реактивная. Ишемические некрозы слизистой без клеточной реакции. Дистрофия энтероцитов	Полнокровие сосудов и кровоизлияния наряду с выраженной воспалительной инфильтрацией. Отек. Поражение преимущественно подслизистого слоя. Язвенные дефекты вплоть до мышечного слоя	Сосудистый компонент выражен мало. Во всех слоях выраженный отек, полиморфно-клеточная инфильтрация вплоть до флегмоны стенки кишки. Глубокие язвенные дефекты со скоплениями лимфоидных клеток вокруг и скоплением микрофлоры на дне язв. Пневматоз

*Примечание.* НЭК — некротизирующий энтероколит; ХВУГП — хроническая внутриутробная гипоксия плода; ЗВУР — задержка внутриутробного развития.

Таблица 9

**Дифференциальный диагноз пилороспазма и пилоростеноза**  
(по матер. Н.И. Лангового; цит. по В.П. Алферову, З.Е. Евхаристкой, 1996)

Дифференциально-диагностические критерии	Пилороспазм	Пилоростеноз
Наследственность	Почти всегда невротическая наследственность	Отсутствие выраженной невротической наследственности
Время появления рвоты	С рождения	Чаще с двухдневного возраста
Частота рвоты	Частая	Более редкая
Периодичность рвоты	Частота резко колеблется по дням	Частота более постоянная
Количество рвотных масс	Рвота меньшими количествами	Рвота большими количествами, фонтаном
Соотношение количества рвотных масс с объемом принятой пищи	Меньше	Больше
Характер стула	Запоры, но иногда слабит	Почти всегда запоры
Число мочеиспусканий	Уменьшено	Резко уменьшено
Перистальтика желудка	Наблюдается редко	Наблюдается часто, иногда в виде «песочных часов»
Поведение ребенка	Ребенок криклив	Ребенок более спокоен
Весовая кривая	Стоит или снижается умеренно	Резкое снижение
Масса тела при поступлении в стационар	Больше, чем при рождении	Меньше, чем при рождении
Значение пола	Не проявляется	Чаще возникает у мальчиков

Таблица 10

**Дифференциальная диагностика пилороспазма, пилоростеноза и аденогенитального синдрома**  
(по Н.П. Шабалову; цит по Ю.Е. Вельтищеву, 1970)

Дифференциально-диагностические критерии	Пилороспазм	Пилоростеноз	Аденогенитальный синдром
Начало	Первые дни жизни	2–3-я нед. жизни	1-я нед. жизни
Перистальтика желудка	Необильная, наблюдается редко	Характерная, в виде «песочных часов»	Иногда наблюдается
Пальпация привратника	Не пальпируется	Пальпируется в 80–90% случаев	Не пальпируется
Пигментация кожи	Не бывает	Не бывает	Наблюдается
Натрий сыворотки	Нормальный	Уменьшен	Низкий уровень
Калий сыворотки	»	Низкий	Высокий
Хлор сыворотки	»	»	Низкий уровень
Кислотно-основное состояние	Сдвиг нет	Метаболический алкалоз	Метаболический ацидоз
Экскреция натрия с мочой	Не меняется	Очень низкая	Резко увеличена
Экскреция 17-кетостероидов	»	Снижена	Резко увеличена (в норме 0,5–1 мг/сут)
Рентгенологические данные о проходимости	Проходимость не нарушена	Задержка контраста в желудке до 24 ч	Эвакуация замедлена

**Дифференциально-диагностические критерии острой вирусной инфекции у новорожденных**  
(по И.В. Прокоповой, В.П. Алмаеву, Ю.В. Коршуну, 1994)

Дифференциально-диагностические критерии	Грипп А2 и В	Парагрипп	Аденовирусная инфекция	Респираторно-синтициальная инфекция
Токсикоз	Выражен	Умеренный	Умеренный	Умеренный
Апноэ, приступы асфиксии	Редко	Нет	Нет	Нет
Повышение T, °С	У 40%	У 75%	До 90%	80%
Возбуждение	Выражено	Вялость	Беспокойство	Беспокойство
Мышечный тонус	Повышен	Снижен	Снижен	Снижен
Рефлексы	Гипорефлексия	Гипорефлексия	Гипорефлексия	Гипорефлексия
Сухожильные рефлексы	Повышены	Снижены	Чаще нормальные	Снижены умеренно
Ринит	Скудный	Нос заложен	Слизисто-гнойное отделяемое	Слизисто-гнойное отделяемое
Гиперемия слизистых	Умеренная	Резкая	Резкая	Резкая
Кашель	У 1/5 детей	У 1/5 детей	Редко	Редко
Изменения в легких	Сухие и единичные влажные хрипы	Единичные сухие хрипы	Грубые дистанционные хрипы	Непостоянная крепитация
Пульс	Тахикардия	Умеренно	Учащен	Учащен
Тоны сердца	Ослаблены	Умеренно	Приглушены	Приглушены
Цианоз	Выражен	Слабо	Выражен	Умеренный
Увеличение печени	У незначительного количества детей	У незначительного количества детей	У незначительного количества детей	У незначительного количества детей
Геморрагический синдром	Часто	У единичных детей	У единичных детей	У единичных детей
Изменения крови	Лейкоцитоз	Лимфоцитоз	Лимфоцитоз	Лимфоцитоз
Осложнения, пневмонии	Очень часто	Очень часто	Очень часто	Очень часто
Парез кишечника	У отдельных детей	У отдельных детей	У отдельных детей	У отдельных детей
Энтерит	У отдельных детей	У отдельных детей	У отдельных детей	У отдельных детей

Таблица 12

**Дифференциальная диагностика рано и поздно начинающегося сепсиса у новорожденных, вызванного стрептококками группы В**  
(по матер. Ричарда А. Полина, Марка Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевание	
	рано начинающееся (до 7-го дня жизни)	поздно начинающееся (после 7-го дня жизни)
Средний возраст, при котором начинается заболевание	1 ч	27 дней
Частота недоношенности	Повышена	Не повышена
Наличие акушерских осложнений у матери	Часто (70%)	Редко
Характерные клинические проявления:		
— септицемию;	25–40%	40–50%
— менингит;	5–15%	30–40%
— пневмония;	35–55%	—
— остеоартрит	—	5–10%
Вид, серотипы	1а, 1 в/с, 1 а/с 30% II (30%, III — 40%) неменингеальный, нешигелальный, выделений из ликвора	III (93%)
Летальность	10–15%	2–6%

Таблица 13

**Дифференциальная диагностика незаращения передней брюшной стенки и грыжи пупочного канатика у новорожденного**  
(по матер. Ричарда А. Полина, Марка Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Незаращение передней брюшной стенки	Грыжа пупочного канатика
Частота заболевания	1:50 000 родов	1:5000 родов
Локализация дефекта	Параумбимекально справа	В центра пупка
Расположение пуповины	Нормальное	У верхушки грыжевого мешка
Выпячивание печени в грыжевое отверстие	Редко	Обычно наблюдается
Аномалии, не связанные с кишечником	»	»
Наличие хромосомной патологии	»	»

Таблица 14

**Дифференциальная диагностика некротического энтероколита и кишечной непроходимости у новорожденных**  
(по матер. Ричарда А. Полина, Марка Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Некротический энтероколит	Кишечная непроходимость
Частота выявления заболевания у недоношенных	85–90%	30–35%

Дифференциально-диагностические признаки	Некротический энтероколит	Кишечная непроходимость
Начало заболевания после 14-го дня жизни	85–90%	50–60%
Наличие сопутствующих аномалий развития	Редко	25–40%
Частота выявления у детей различного пола (мальчики/девочки)	1:1	2:1
Клинические проявления: – рвота с примесью желчи; – стул с кровью; – некроз кишечника	Не характерна Обычно 80–90%	75% Не характерно 1–2%
Наличие рентгенологических признаков непроходимости двенадцатиперстной кишки	Редко	Обычно
Тромбоцитопения без ДВС	Обычно	Редко

Таблица 15

**Диагностика вида врожденной кишечной непроходимости периода новорожденности (по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)**

Дифференциально-диагностические признаки	Вид непроходимости	
	высокая	низкая
Рвота с примесью желчи или зелени	Основной симптом	Менее частая, застойного характера с патологическими примесями, зловонная (каловая)
Потеря в массе тела	Выражена	Не выражена
Обезвоживание	Есть	Нет
Интоксикация	Есть	Есть
Мочепускание	Есть	Сохранено
Мочепускание скудное, редкое	Наблюдается	–
Нарушение электролитного баланса	Имеет место	Нередко выражено
Живот	Не вздут, часто запавший, «ладьевидный». Вздутие возможно после кормления и только в эпигастриальной области. При пальпации мягкий	Вздутие живота значительно
Желудочное зондирование	Содержимого больше нормы, с патологическими примесями. Последние могут и отсутствовать	Содержимого в пределах нормы
Меконий	В течение первых дней жизни может отходить	Не отходит с первых дней жизни

## 1.2. НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Таблица 16

Дифференциально-диагностические критерии тяжести гипотрофии у детей  
(по матер. В.П. Бисяриной, 1975; Н.П. Шабалова, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Степени тяжести гипотрофии		
	I	II	III
Цвет и влажность кожных покровов	Бледноватые	Бледные	Бледно-серые, сухие, морщинистые
Мышечный тонус	Незначительно снижен	Снижен	Резко снижен, может быть повышен
Аппетит	Сохранен или несколько снижен	Значительно снижен	Отсутствует
Рвота	Нет	Нет	Может быть
Характер стула	Нормальный	Могут быть диспепсические расстройства	Диспепсические расстройства чередуются с запорами
Изменения во внутренних органах	Не обнаруживаются	Имеются, но не всегда	Постоянные и выраженные
Уровень психомоторного развития	Нормальный или умеренно отстает	Отстает от возрастной нормы	Резко отстает от возрастной нормы
Иммунитет	Умеренно понижен	Значительно понижен	Резко снижен
Истончение подкожного жирового слоя	Умеренное, в основном на животе, туловище, незначительно на конечностях	Выраженное не только на животе, но и на конечностях. Контурируются ребра. Сохранен подкожный жировой слой на лице	Подкожный жировой слой отсутствует везде, даже на лице
Трофические изменения	Умеренная бледность, снижение эластичности	Выраженные бледность, сухость, снижение эластичности (кожа легко собирается в складки, которые слишком медленно расправляются). У новорожденных — шелушение кожи, опрелости, трещины, изъязвления	Резкая бледность с сероватым оттенком, сухость, утрата эластичности (кожа собирается в тонкие складки, почти не расправляющиеся). У новорожденных — шелушение кожи, опрелости, трещины, изъязвления
Снижение тургора тканей	Умеренное	Выраженное — дряблость тургора тканей. Дряблые складки кожи на конечностях, шее	Резкое. Кожа висит многочисленными складками
Кривая массы тела в динамике	Уплощена, прибавки в массе уменьшены по сравнению с возрастными	Плоская, прибавки в массе тела отсутствуют	Снижается
Длина тела	Не отстает	Некоторое отставание в росте на 1–3 см. При отставании в длине и массе тела следует провести дифференциальный диагноз с гипостатурой	Отчетливое отставание в росте. При отставании в длине и массе тела следует провести дифференциальный диагноз с гипостатурой
Индекс Чулидской (упитанности)	15–10	10–0	0 или отрицательный

Таблица 17

**Дифференциальная диагностика паратрофии**  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Липоматозная форма паратрофии	Липоматозно-пастозная форма паратрофии
Избыток массы тела	Чаще I–II степени	Нередко II–III степени
Окраска кожи и слизистых оболочек	Нормальная	Бледные, нередко проявления аллергодерматозов, типична их стойкость
Признаки полигиповитаминозов	Как правило, отсутствуют	У большинства детей легко развивается рахит
Гидрофильность тканей	Умеренная, определяется только при помощи проб	Пастозность тканей
Тургор ткани	Удовлетворительный	Сниженный
Аппетит	Хороший или повышенный	Избирательно повышен или понижен
Поведение ребенка, эмоциональный тонус, сон	Спокойное, уравновешенное, сон не нарушен	Капризный, вялый, часты отрицательные эмоции, сон нарушен
Симптомы диэнцефальных расстройств	—	На втором году жизни нередко: вегетососудистая дистония, жажда, субфебрилитет, склонность к желудочно-кишечным заболеваниям, сопровождающимся быстрой потерей жидкости

### 1.3. ДИАТЕЗЫ

Таблица 18

**Дифференциальная диагностика иммунопатологических диатезов**  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Атопический диатез	Аутоаллергический диатез	Инфекционно-аллергический диатез
Генеалогический анамнез	Отягощен по аллергическим заболеваниям (дерматиты, респираторные аллергии, бронхиальная астма и др.)	Распространение среди родственников пробаанда ревматоидного артрита, системной красной волчанки, иммуногемопатий, аутоиммунных тиреоидитов, нефрита и пр.	Концентрация в генеалогическом анамнезе инфекционно-аллергических заболеваний типа миокардита, артритов, нефритов, васкулитов
Провоцирующий аллергическую реакцию фактор	Неинфекционные (пищевые, ингаляционные аллергены)	Вирусные инфекции (цитомегаловирусы)	Инфекционный агент вирусной, но чаще стрептококковой природы

Продолжение таблицы ↗



Окончание табл. 18

Дифференциально-диагностические признаки	Атопический диатез	Аутоаллергический диатез	Инфекционно-аллергический диатез
Преобладающий тип аллергической реакции	I-й тип (реагиновый)	3-й тип (иммунокомплексный) и 4-й тип (реакции замедленного типа)	2-й тип (комплементарно-цитолитический) и 3-й тип
Клиническая реализация	Дерматиты, поражение слизистых оболочек	Люпоидный диатез	Васкулиты
Патогенетические или ассоциированные маркеры	Повышенный уровень IgE, сниженный — IgA; сниженная активность Т-супрессоров, недостаточность β-адренорецепторов тучных клеток, лимфоцитов. Избыточная гистаминолиберация. Эозинофилия крови	Принадлежность антигенов гистосовместимости к определенным группам HLA. Активность IR-генов (повышенная реакция бластотрансформации лимфоцитов), активность α-глицерофосфатдегидрогеназы в лимфоцитах. Гипергамма- или дисгамма-глобулинемия с повышением IgM. Выявление LE-клеток и антиядерного фактора в состоянии клинического благополучия. Повышенная чувствительность кожи к УФО	Длительные периоды повышения СОЭ и субфебрильной температуры после заболеваний носоглотки, возникновение в ходе них артралгий и кардиалгий

Таблица 19

**Дифференциальная диагностика клинических проявлений атопического и псевдоаллергического диатеза у детей**  
(по А.М. Запруднову, Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Атопия	Псевдоаллергия
Начало заболевания	Чаще на первом году жизни	Как правило, после первого года
Течение заболевания	Упорно-рецидивирующее с короткими и неполными ремиссиями	Выраженные обострения редки, ремиссии длительны
Этиологический фактор	Гаптены или полноценная аллергия	Либераторы гистамина и серотонина
Постоянство симптомов болезни при действии экзогенных факторов	Да	Нет
Зависимость симптомов от первичного или вторичного воздействия	Всегда в ответ на повторное воздействие	»

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Атопия</b>	<b>Псевдоаллергия</b>
Наличие гиперчувствительности к веществам сходной с «подозреваемым» аллергеном структуры (перекрестная гиперчувствительность)	Да	»
Зависимость симптомов от количества пищевого продукта или ЛС	Реакцию может вызвать малое количество аллергена	Требуется значительное количество
Полиорганный атопия: аллергодерматоз, обструктивный синдром	Развиваются параллельно основному заболеванию	Сопутствуют редко
Кожные и провокационные пробы с причинно-значимыми аллергенами	Положительные	Отрицательные
Уровень общего сывороточного IgE	Повышен	Нормален
Специфические IgE	Выявляются	Отсутствуют
Эффект лечения	Только от специфического лечения (иммунотерапия и элиминационная диета)	Только от комплексной неспецифической терапии
Наличие аллергических заболеваний в семье	Часто	Редко

Таблица 20

**Дифференциальный диагноз аллергии и псевдоаллергии**  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Аллергические реакции</b>	<b>Псевдоаллергические реакции</b>
Аллергические заболевания и семье	Часто	Редко
Атопические заболевания у самого больного	»	»
Количество аллергена, вызывающее реакцию	Минимальное	Относительно большое
Зависимость между дозой аллергена и выраженностью реакции	Нет	Есть
Кожные тесты со специфическими аллергенами	Обычно положительные	Отрицательные либо положительные
Уровень общего IgE в сыворотке крови	Повышен	В пределах нормы
Специфический IgE	Выявляется	Отсутствует

Таблица 21

**Дифференциальный диагноз мочекишлого диатеза**  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Мочекишный диатез	Первичная семейная гиперурикемия
Нервно-психический синдром	Типичен	Отсутствует
Дисметаболический синдром	+	—
Ацетонемические кризы	Артралгии	Не наблюдаются
Суставной синдром	+	Подагрический артрит
Нефропатический синдром	Функциональные нарушения, дисметаболические нефропатии	Неинфекционный и инфекционный интерстициальный нефрит, нефролитиаз, повреждение сосудов

Таблица 22

**Дифференциальный диагноз лимфатического диатеза и алиментарный лимфатизм**  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Лимфатический диатез	Алиментарный лимфатизм
Длительный перекорм ребенка	—	+
Диспропорции телосложения	+	—
Реактивность	Снижена	Незначительно снижена
Лимфопролиферативный синдром	+ +	Нерезко выражен
Синдром надпочечниковой недостаточности	+	—
Увеличение числа циркулирующих лимфоцитов (0-клеток)	+	—

## 1.4. РАХИТ, РАХИТОПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГИПЕРВИТАМИНОЗ D

Таблица 23

**Дифференциально-диагностические признаки витамина D-дефицитного рахита и рахитоподобных заболеваний**  
(по Ф.П. Романюк и соавт., 2002)

Дифференциально-диагностические признаки	Витамин D-дефицитный рахит	Фосфат-диабет	Почечный тубулярный ацидоз	Болезнь де Тони–Дебре–Фанкони
Тип наследования	Не прослеживается	Доминантный, сцепленный с X-хромосомой	Спорадические случаи, возможен аутосомно-рецессивный или аутосомно-доминантный	Аутосомно-рецессивный, возможен доминантный
Сроки манифестации	1,5–3 мес.	1 год 3 мес. 1 год 6 мес.	5–6 мес. 2–3 года	2 года 6 мес. 3 года

Дифференциально-диагностические признаки	Витамин D-дефицитный рахит	Фосфат-диабет	Почечный тубулярный ацидоз	Болезнь де Тони—Дебре—Фанкони
Первые клинические проявления	Изменение со стороны нервной системы, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, потливость, снижение аппетита, мышечная гипотония	Выражена деформация нижних конечностей, рахитические «браслетки», мышечная гипотония нижних конечностей	Полиурия, полидипсия, раздражительность, плаксивость, резкие мышечные боли, мышечная гипотония	Беспричинное повышение температуры. Полиурия, полидипсия, мышечные боли
Специфические признаки	Костные изменения: краниотобес, лобные бугры, рахитические четкие «браслетки», О-, Х-образные деформации голеней	Прогрессирующая деформация голеней	Полиурия, полидипсия, мышечная гипотония вплоть до атонии, адипатии. Увеличение печени. Запоры. Вальгусная деформация голеней	Периодическая лихорадка, прогрессирующие множественные костные деформации. Увеличение размеров печени. Артериальное давление снижено
Физическое развитие	Без особенностей	Дефицит роста при неизменной массе	Сочетание низкого роста и резко пониженного питания	Сочетание низкого роста и резко пониженного питания
Кальций	Снижен	Норма	Норма	Чаще норма
Фосфор	»	Значительно снижен	Снижен	Значительно снижен
Калий	Норма	Норма	Снижен	Снижен
Натрий	»	»	»	»
Кислотно-основное состояние	Норма или компенсированный метаболический ацидоз	Метаболический ацидоз	Выраженный компенсированный метаболический ацидоз	Выраженный метаболический ацидоз
Аминоацидурия	Имеется	Норма	Норма	Выраженная
Фосфатурия	»	Значительная	Умеренная	Значительная
Кальциурия	Снижена	Норма	Значительная	Снижена
Рентгенограмма костей скелета	Отсутствие линии препараторного обызвествления, симптом факела, бокаловидное расширение метафизов. Остеопороз	Грубые бокаловидные деформации метафизов. Утолщение коркового слоя костной ткани	Острый системный остеопороз, смазанность, нечеткость контуров метафизов. Нередко концентрическая атрофия костей	Выраженный остеопороз. Трабекулярная исчерченность в дистальных и проксимальных отделах метафизов
Эффект от лечения витамином D	Высокий. Дозы умеренные, длительность курса — 4–6 нед.	Удовлетворительный, дозы высокие, принимают постоянно	Незначительный	Удовлетворительный. Дозы высокие, принимают постоянно

Таблица 24

**Дифференциальная диагностика некоторых форм рахитоподобных заболеваний у детей**  
(по С.В. Мальцеву, 1981; цит. по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Витамин D-зависимый рахит (ВДЗР)</b>	<b>Витамин D-резистентный рахит (ВДРР)</b>	<b>Болезнь де Тони–Дебре–Фанкони</b>	<b>Почечный тубулярный ацидоз</b>
Тип наследования	Аутосомно-рецессивный	Доминантный, связанный с X-хромосомой	Аутосомно-рецессивный	Аутосомно-рецессивный
Сроки появления костных изменений	На 1-м году жизни	Чаще после года, когда дети начинают ходить	На 1-м или 2-м году жизни	На 2–3-м году жизни
Характерные клинические признаки	Отставание психомоторного развития, выраженная мышечная гипотония, варусные деформации ног, преимущественно в нижней трети голени, частые пневмонии	Отставание в росте, переваливающаяся походка, нарастающие варусные деформации нижних конечностей	Анорексия, жажда, полиурия, отставание в росте, варусные или вальгусные деформации нижних конечностей	Анорексия, жажда, полиурия, отставание массы тела и роста, вальгусные деформации нижних конечностей
Рентгенологические признаки	Значительный остеопороз, особенно в зоне метафизов, истончение кортикального слоя	Небольшой остеопороз, грубый трабекулярный рисунок, расширение метафизарных зон, утолщение кортикального слоя по медиальному краю кости	Значительный остеопороз, расширение метафизарных зон, истончение кортикального слоя, наиболее выраженные при вальгусной деформации	Остеопороз, расширение метафизарных зон, истончение кортикального слоя, часто нефрокальциноз
Фосфор крови	Снижен	Значительно снижен	Снижен	Снижен
Кальций крови	»	Норма	Норма	Снижен
Щелочная фосфатаза	Повышена	Повышена	Повышена	Повышена
Фосфор мочи	Повышен	Повышен	Норма или повышен	Норма или повышен
Кальций мочи	Норма или повышен	Норма	То же	Повышен
Клиренс фосфора	Повышен	Значительно повышен	Повышен	Повышен
Аминоазот мочи	Повышен	Норма	Повышен	Норма
Ацидоз	Есть	Нет	Есть	Есть
Глюкозурия	Нет	»	»	Нет
Гипокалиемия	Есть	»	»	Есть
Гипоизостенурия	Нет	»	Нет	Есть

Таблица 25

**Дифференциальная диагностика рахитоподобных заболеваний у детей**  
(по С.В. Мальцеву, 1979; цит. по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Заболевание	Скринирующие признаки	Дифференцирующие признаки
Витамин D-зависимый рахит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отставание в развитии статических функций.</li> <li>2. Снижение массы тела относительно роста более <math>1\sigma</math>.</li> <li>3. Значительное нарушение минерализации эпифизов и метафизов</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Снижение уровня кальция в крови ниже <math>2,5</math> ммоль/л.</li> <li>5. Снижение всасывания кальция в кишечнике менее <math>0,05</math> ммоль/л</li> </ol>
Витамин D-резистентный рахит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Принадлежность к женскому полу.</li> <li>2. Соответствие массы тела росту.</li> <li>3. Отсутствие мочевого синдрома</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Снижение уровня фосфора в крови ниже <math>0,8</math> ммоль/л.</li> <li>5. Нормальное содержание и моче аминокислоты, глюкозы и титрационной кислотности</li> </ol>
Болезнь де Тони — Дебре — Фанкони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соответствие массы тела росту.</li> <li>2. Наличие мочевого синдрома</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Повышенное выведение с мочой аминокислоты, глюкозы</li> </ol>
Почечный тубулярный ацидоз	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение массы тела относительно роста более <math>3\sigma</math>.</li> <li>2. Щелочная моча</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Снижение в моче титрационной кислотности.</li> <li>4. Повышение кальция в моче</li> </ol>

Таблица 26

**Дифференциальная диагностика рахитоподобных заболеваний у детей**  
(по С.В. Мальцеву, 1979; цит. по А.А. Баранову, Р.Р. Шиляеву, Б.С. Качанову, 2005)

Заболевание	Скринирующие признаки	Дифференцирующие признаки
Витамин D-зависимый рахит	Отставание в развитии статических функций. Значительное нарушение минерализации эпифизов и метафизов	Снижение уровня кальция в крови менее $2,5$ ммоль/л. Снижение всасывания кальция в кишечнике менее $0,05$ ммоль/л
Витамин D-резистентный рахит	Принадлежность к женскому полу. Соответствие массы тела росту. Отсутствие мочевого синдрома	Снижение уровня фосфора в крови менее $0,8$ ммоль/л. Нормальное содержание в моче аминокислоты, глюкозы и титрационной кислотности
Болезнь де Тони — Дебре — Фанкони	Соответствие массы тела росту. Наличие мочевого синдрома	Повышенное выведение с мочой аминокислоты, глюкозы
Почечный тубулярный ацидоз	Щелочная реакция мочи	Снижение в моче титрационной кислотности. Повышение уровня кальция в моче

**Дифференциальная диагностика гипервитаминоза D**  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Гипервитаминоз D</b>	<b>Синдром де Тони—Дебре—Фанкони</b>	<b>Гиперпаратиреоз</b>	<b>Синдром Фанкони—Шлезингера</b>
Частота	Относительно часто	Редко	Редко	Редко
Патогенетические особенности	Нарушение обменных процессов, главным образом кальция, вследствие передозировки витамина D	Энзимопатия. Врожденная тубулопатия. Нарушение реабсорбции фосфора, глюкозы, аминокислот	Нарушение обмена кальция и фосфора, вызванное гиперпродукцией паратиреоидного гормона	Не изучен
Клиническая картина	Сухость и бледность кожи, жажда, рвота, запоры, гипотрофия, артериальная гипертензия	Сухость, бледность кожи, анорексия, жажда, запоры, полиурия, гипотрофия, увеличение печени, мышечная гипотония	Анорексия, тошнота, рвота, запоры, мышечная гипотония, боли в костях при ходьбе, полиурия, полидипсия, нефрокальциноз	Низкий рост, умственная отсталость, косоглазие, раннее закрытие швов и родничков, врожденные пороки сердца
Биохимическое исследование крови	Гиперкальциемия в остром периоде. Фосфор понижен. Сахар, белок в норме. Щелочная фосфатаза не изменена	Кальций в норме или снижен. Фосфор резко снижен. Сахар и белок снижены, резко повышена активность щелочной фосфатазы, метаболический ацидоз	Гиперкальциемия, гипофосфатемия, гипернатриемия, гиперкалиемия, гиперпротеинемия, гипергликемия	Гиперкальциемия, гиперфосфатемия, гиперазотемия, гиперхолестеринемия
Моча	Реакция Сульковича положительная, протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия, сахар, аминокислоты чаще в норме	Реакция Сульковича отрицательная, протеинурия, фосфатурия, глюкозурия, аминокислотурия	Реакция Сульковича положительная. Гиперкальциурия, гиперфосфатурия	Гиперкальциурия, гиперфосфатурия
Рентгенограмма костей	Расширение и уплотнение зон предварительного обызвествления	Остеопороз трубчатых костей, зоны обызвествления бедны калием	Истончение коркового слоя, грабекул костей. Кистозное поражение костей черепа, таза и т.п.	Остеосклероз основания черепа

Таблица 28

**Дифференциальный диагноз начальных периодов гипервитаминоза D и рахита**  
(по Н.А. Барлыбаеву, В.И. Струкову, 1984; цит. по Р.Р. Шиялеву  
и соавт., 1992)

Диагностические клинические признаки	Гипервитаминоз D	Рахит
Потливость	+ (-)	+
Раздражительность	+	+
Нарушение сна	+	+
Возраст	1 мес. — 1,5 года	2–4 мес.
Передозировка	+	–
Снижение аппетита	+	+ (-)
Усиленная жажда	+	–
Проба Сульковича	+	–
Кальций в сыворотке крови	Повышен или норма	Норма или снижен

Таблица 29

**Дифференциальная диагностика побочных и токсических реакций на витамин D**  
**у детей раннего возраста**  
(по Н.А. Барлыбаеву, В.И. Струкову, 1984; цит. по Р.Р. Шиялеву  
и соавт., 1992)

Диагностические клинико-биологические проявления	Побочное действие	Токсическое действие
Раздражительность	– (+)	+
Потливость	– (+)	+
Нарушение сна	–	–
Курсовая доза витамина	До 400 000 МЕ	Свыше 400 000–600 000 МЕ
Тошнота, рвота	+	+
Снижение аппетита	+	+
Потеря в массе	+	+
Интоксикация	–	–
Проба Сульковича	++	+++ или ++++
Показатели крови: – гиперкальциемия; – гипофосфатемия; – гипомагниемия	– – –	+ + +
Показатели мочи: – гиперкальциурия; – гиперфосфатурия	– –	+ +

*Примечание.* (+) — наличие симптома; (–) — отсутствие его.



## 1.5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Таблица 30

Дифференциальная диагностика бронхолегочных заболеваний у детей раннего возраста  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Простой бронхит	Обструктивный бронхит	Бронхит	Бронхопневмония
Температура	Чаще субфебрильная, может быть нормальной	Чаще субфебрильная, может быть нормальная, фебрильная (при микоплазменной и аденовирусной инфекции)		Субфебрильная или чаще фебрильная, сохраняется длительно
Интоксикация	Отсутствует или слабо выражена и быстро исчезает	Выражена больше, чем при простом бронхите, кратковременная		Выражена значительно, нарастает в динамике болезни, при осложненной форме может развиться токсикоз
Кашель	Продуктивный, с отхождением слизистой мокроты	Кашель сухой, нечастый, мокрота отделяется плохо, вязкого характера	Кашель малопродуктивный, упорный, приступообразный с труднооткашливаемой слизистой мокротой, нередко имеющий спастический «обертон»	Динамика от сухого до влажного кашля, глубокие кашлевые толчки со слизистой или слизистогнойной мокротой
Одышка	Отсутствует	Экспираторная с участием вспомогательной мускулатуры		Синдром дыхательной недостаточности: смешанная, с участием вспомогательной мускулатуры одышка, уменьшено соотношение между пульсом и дыханием, периоральный цианоз
		—	Иногда приступы асфиксии и апноэ	
Форма грудной клетки	Не изменяется	Вздутие грудной клетки: умеренное, значительное		Может не меняться
Данные перкуссии и пальпации	Нерезко выражен коробочный оттенок или нормальный легочный звук	Коробочный оттенок перкуторного звука	Коробочный перкуторный звук, уменьшение сердечной тупости, опущение границ печени и селезенки	Укорочение перкуторного звука соответственно очагу поражения, коробочный оттенок над другими участками. Может определяться усиление голосового дрожания

Дифференциально-диагностические признаки	Простой бронхит	Обструктивный бронхит	Бронхит	Бронхопневмония
Данные аускультации	Жесткий характер дыхания. Сухие, крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы, диффузные, изменяются при кашле; быстрая положительная динамика	Дыхание с удлиненным выдохом, жесткое, сухие свистящие хрипы, средне- и крупнопузырчатые влажные, иногда мелкопузырчатые хрипы, изменчивость хрипов при кашле. Быстрая положительная динамика	Дыхание с удлиненным, свистящим выдохом, масса диффузно-рассеянных мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов как на вдохе, так и на выдохе. Относительно быстрая положительная динамика	Дыхание может быть ослабленное, жесткое, бронхиальное в различные фазы процесса. Бронхофония. Мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитация на ограниченном участке. Отличительной особенностью является очаговая симптоматика и стабильность изменений (удерживаются на протяжении 5–6 дней и более)
Показатели периферической крови	Лейкопения, лимфоцитоз, нормальная или слегка ускоренная СОЭ (15–17 мм/ч)			Воспалительная реакция выражена значительно: лейкоцитоз чаще нейтрофильный с левосторонним сдвигом, ускорена СОЭ (более 20 мм/ч). Нередко развивается анемия
Рентгенологические данные	Усиление бронхосудного рисунка за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации, расширение корней легких	Вздутие легких, усиление бронхосудистого и легочного рисунка	Вздутие легких. Усиление бронхосудистого и легочного рисунка. Могут быть ателектазы, быстро проходящий отек интерстициальной ткани	Инфильтрация паренхимы легких очагового, сегментарного характера

Таблица 31

## Дифференциальная диагностика пневмонии у детей раннего возраста (по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Очаговая бронхопневмония	Сегментарная бронхопневмония
Синдром интоксикации	Характерен, нередко с развитием токсикоза. Лихорадка продолжительная	Типичен, редко наблюдается развитие токсикоза. Температура быстро нормализуется
Синдром дыхательной недостаточности	Нередко выражен, особенно при распространенных процессах	Чаще умеренный
Физикальные данные	Выявляются с первых дней заболевания в полном объеме	Укорочение перкуторного звука при поражении 1–2 сегментов может не выявляться; мелкопузырчатые хрипы в первые дни могут отсутствовать, появляются при частичном восстановлении бронхиальной проходимости
Анализ крови	Признаки воспаления наблюдаются почти у всех больных	Гематологические сдвиги наблюдаются реже
Рентгенограмма легких	Очаговые инфильтративные тени. Границы поражения сегментов нечеткие, признаки уменьшения их объема отсутствуют	Гомогенная тень, имеющая сегментарные или полисегментарные границы и признаки уменьшения объема. Особое значение имеет выявление четкой границы поражения с непораженными сегментами, не отделенными междолевой щелью
Характер течения, исход	Острое, циклическое, как правило, с выздоровлением	Имеют замедленное обратное развитие, выраженную склонность к фиброзной трансформации с развитием ограниченного пневмосклероза

Таблица 32

## Дифференциальная диагностика рецидивирующего бронхита у детей (по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Рецидивирующий бронхит	Муковисцидоз	Инородное тело бронхов
Начало заболевания	Чаще на втором году жизни	На первом году жизни	Начиная со второго полугодия жизни
Внешний вид ребенка	Без особенностей	Кукольное лицо, сухая, серовато-землистая кожа, нередко деформированная грудная клетка, деформация концевых фаланг в виде «барабанных палочек», гипотрофия I–II степени, большой вздутый живот, пупочная грыжа	Без особенностей

Дифференциально-диагностические признаки	Рецидивирующий бронхит	Муковисцидоз	Иородное тело бронхов
Респираторный синдром	При рецидиве бронхита кашель сначала сухой, большую часть периода влажный, со слизистой или слизисто-гноющей мокротой. Вне рецидивов — повышенная кашлевая готовность: появление кашля при охлаждении, физической нагрузке, нервно-психическом перенапряжении	Кашель относительно постоянный, нередко мучительный, приступообразный, малопродуктивный. Мокрота имеет чрезмерную вязкость, что резко нарушает мукоцилиарный клиренс	Развивается остро с приступов кашля или диспноэ в течение нескольких минут. В последующем кашель обуславливается развившимся бронхитом — наблюдается высокий, иногда свистящий тон в конце кашлевого толчка. У большинства детей кашель не отличается, своеобразием, данный симптом стойкий
Бронхообструктивный синдром	Клинически отсутствует у большинства больных	Выявляется нередко	Может отмечаться генерализованный бронхоспазм, ликвидирующийся после откашливаний инородного тела
Бронхолегочный синдром	Перкуторный звук легочный или с небольшим коробочным оттенком, дыхание не жесткое, выслушиваются грубые сухие, средне- и крупнокалиберные хрипы, рассеянные с обеих сторон. Аускультативная картина в легких переменчива	Одышка, цианоз, коробочный перкуторный тон, большое количество разнокалиберных влажных и сухих хрипов с обеих сторон	При полной закупорке бронха — ателектаз с укорочением перкуторного тона, смещением органов средостения в пораженную сторону, ослабление дыхания. Быстро развивается картина пневмонии. При неполной обтурации бронха — вздутие соответствующего легкого, коробочный, вплоть до тимпанита перкуторный звук, ослабление дыхания на стороне поражения
Изменения других органов и систем	Нередки синуситы, тонзиллиты	Частое сочетание с поражением желудочно-кишечного тракта: ферментативная недостаточность поджелудочной железы — обильный, частый, до 4–6 раз в день, жирный, зловонный, замазкообразный стул и метеоризм. Снижение аппетита, дефицит массы, увеличение печени. У всех больных наблюдаются синуситы	Не отмечается

Продолжение таблицы 5

Дифференциально-диагностические признаки	Рецидивирующий бронхит	Муковисцидоз	Инородное тело бронхов
Рентгенограмма органов грудной клетки	Усиление легочного рисунка, расширение корней легких. Редко наблюдаются кратковременные сегментарные ателектазы и гиповентиляция	Рентгенологическая картина полиморфна. Признаки эмфиземы, уплощение куполов диафрагмы, расширение межреберных промежутков. Усиление и деформация легочного рисунка в виде линейных или округлых из-за уплотнения стенок бронхов теней, узелково-кистозное изменения, множественные небольшие парабронхиальные абсцессы, сегментарные или долевые ателектазы, пневмонические инфильтрации, расширение и смазанность корней легких	Выявление рентгеноконтрастного инородного тела. При полной обструкции бронха в ранние сроки выявляется ателектаз со смещением средостения в сторону поражения. При неполной обструкции бронха — картина вентильной эмфиземы со смещением средостения в противоположную сторону. При диагностических трудностях — рентгеноскопия легких: выявляется симптом Гольцкнехта—Якобсона (толчкообразное смещение тени средостения при дыхании)
Бронхоскопия	Эндоскопическая картина не изменена, редко обратимый эндобронхит с небольшим количеством секрета в просвете бронхов	Признаки гнойного эндобронхита с деформацией бронхов	Разлитой гнойный бронхит с гиперемией и отеком слизистой оболочки. Типично разрастание грануляционной ткани, ее кровоточивость
Исследование электролитов пота	Не изменены	Повышены в 2—5 раз	Не изменены
Определение ферментов поджелудочной железы в крови, моче и кале	Без изменений	Снижение содержания исследуемых показателей	Без изменений

Таблица 33

### Дифференциальная диагностика обструктивного бронхита и бронхиальной астмы (по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Обструктивный бронхит	Бронхиальная астма
Наличие аллергических заболеваний у родственников	Редко	Типично, нередко по двусторонней линии (со стороны матери и отца)
Симптомы внелегочной аллергии	Отсутствуют	Нередко
Связь обструктивных эпизодов	С вирусной инфекцией	С неинфекционными аллергенами
Течение процесса	Циклическое, нередко с температурной реакцией	Приступообразное
Рецидирование патологического процесса	Не типично	Характерно
Эозинофилия крови	Невыраженная, не у всех больных	Выраженная, наблюдается у большинства больных
Снижение сывороточного и секреторного IgA, уменьшение количества Т-лимфоцитов и повышение уровня IgE	Как правило, не наблюдаются	Наблюдается у большинства больных
Эффективность бронхоспазмолитической терапии	Невысокая	Высокая

Таблица 34

### Дифференциальная диагностика муковисцидоза и бронхиальной астмы у детей в возрасте до 5 лет (по Л.В. Ульяновой, А.Ф. Неретиной, В.М. Клоковой, 2003)

Дифференциально-диагностические признаки	Муковисцидоз	Бронхиальная астма
Положительный аллергологический анамнез	Нет	Есть
Возраст к началу поражения органов дыхания	Чаше в первые месяцы жизни	Чаше после года
Физическое развитие	Как правило, отстает	Нормальное
Кашель	Постоянный, в течение дня приступообразный коклюшеподобный	Сухой, пароксизмальный, преимущественно ночью
Постоянный характер симптомов	Есть	Нет
Наличие симптомов хронической инфекции дыхательных путей	»	»
Наличие локальной легочной симптоматики	»	»
Потовый тест	Положительный	Отрицательный

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 34

Дифференциально-диагностические признаки	Муковисцидоз	Бронхиальная астма
Данные рентгенограмм грудной клетки	Стойкая тяжесть рисунка, пневмонические очаги, перибронхит, ателектазы, эмфизема	Повышенная воздухонаполненность, усиление рисунка. Отчетливая положительная динамика на фоне лечения
Признаки мальабсорбции	Есть	Нет

## 1.6. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Таблица 35

Дифференциальная диагностика пилороспазма, пилоростеноза и псевдопилоростеноза у детей (по Ю.В. Вельтишеву, 1970)

Симптомы и другие показатели	Пилороспазм	Пилоростеноз	Псевдопилоростеноз
Начало болезни	Первые дни жизни	На 2–3-й нед. жизни	На 1-й нед. жизни
Рвота	Непостоянная, небольшим количеством	Обильная, частая, «фонтаном»	Обильная, частая, «фонтаном»
Усиленная перистальтика желудка	Наблюдается редко	Характерная, в виде «песочных часов»	Наблюдается иногда
Пальпация привратника	Не прощупывается	Привратник, как правило, уплотнен	Не прощупывается
Рентгенологическое исследование желудка	Пройодимость не нарушена	Задержка контрастного вещества в желудке до 24 ч и более	Эвакуация замедлена
Пигментация кожи	Не бывает	Не бывает	Отмечается
Эозинофилия и лимфоцитоз	Нет	Нет	»
Концентрация электролитов в сыворотке крови: – натрия; – калия; – хлора	Не изменена » »	Снижена Низкая »	Снижена Высокая В норме или повышена
Сдвиги кислотно-щелочного равновесия крови	Не характерны	Гипохлоремический алкалоз	Метаболический ацидоз
Экскреция натрия с мочой	Существенно не меняется	Очень низкая	Резко увеличена
Экскреция 17-кетостероидов с мочой	То же	Снижена	То же
Гиперплазия коры надпочечников	Нет	Нет	Значительная, но отсутствует при гипoadьдo-стеронизме

Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся признаками нарушения кишечного всасывания  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Муковисцидоз	Целиакия	Дисахаридазная недостаточность	Экссудативная энтеропатия
<i>Клинические</i>				
Начало заболевания	Вскоре после рождения	Чаще после 6 мес. до 2–3 лет	Чаще в период новорожденности и в первые месяцы жизни	Чаще после первого года жизни
Масса при рождении	Часто низкая	Средняя	Ниже средней	Средняя
Семейная предрасположенность	Часто подобное заболевание у двоюродных сестер и братьев	Иногда наблюдается у родителей	У ближайших родственников может быть переносимость молока	Отсутствует
Склонность к заболеванию органов дыхания	Тяжелые поражения бронхолегочной системы, трудно поддающиеся течению	Может быть вялотекущая пневмония, поддающаяся комплексной терапии	Не характерна	Не характерна
Гипотрофия	Отмечается с первых месяцев жизни, постепенно нарастает до I–II степени	Развивается во втором полугодии, но быстро прогрессирует до II–III степени	У отдельных детей с первых месяцев жизни I–II степени	Из-за наличия отеков масса тела может быть нормальной или выше нормы
Аппетит	Обычно хороший	Снижен	Хороший	Сохранен
Поражение печени	Наблюдается часто	Не характерно	Не характерно	Не характерно
Боли в животе	Довольно часто	Не характерны	Характерны	Не характерны
Метеоризм	Возможен	Выражен резко	Выражен резко	Не характерен
Неврологическая симптоматика	Не характерна	Раздражительность, мышечная гипотония, иногда судороги	Не характерна	Не характерна. Редко приступы судорог
Выпадение прямой кишки	Встречается	Не характерно	Не характерно	Не характерно
Отеки	Отсутствуют	Не характерны	Отсутствуют	Типичны, от умеренных до анасарки

Продолжение таблицы ↪



Дифференциально-диагностические признаки	Муковисцидоз	Целиакия	Дисахаридазная недостаточность	Экссудативная энтеропатия
<i>Параклинические</i>				
Биохимическое исследование крови: – общий белок; – белковые фракции; – холестерин	Понижен Гипоальбуминемия  Снижен	Выраженное снижение Гипоальбуминемия  Снижен	Без особенностей В норме  В норме	Снижен Выраженная гипоальбуминемия  В норме или снижен
Иммуноглобулины	Иногда повышены IgG, IgA	Часто повышены IgG, IgA	В норме	Снижены некоторые классы, особенно IgG
Пробы с нагрузкой: – глюкозой; – дисахаридами и крахмалом; – d-ксилозой (кровь); – d-ксилозой (моча)	Иногда диабетический тип сахарной кривой Плоская сахарная кривая при нагрузке крахмалом  В пределах нормы На нижней границе нормы	Обычно плоская сахарная кривая Сахарные кривые плоские  Снижена Резко снижена	Нормальная сахарная кривая Плоская сахарная кривая при нагрузке непереносимыми дисахаридами  В пределах нормы Не нарушена	Нормальная сахарная кривая Нормальная сахарная кривая  В пределах нормы Не нарушена
Исследование кала:  – нейтральный жир; – жирные кислоты; – трипсин; – молочная кислота; – хлориды пота	Жидкий, светло-желтый, глинистый, жирный с «мышинным» запахом, pH = 5,0  В большом количестве Умеренно повышены Резко снижен до полного отсутствия Умеренно понижена Повышены	Обильный, пышный, разжиженный, светло-желтый с гнилостным запахом, pH > 5,0  В небольшом количестве В большом количестве Умеренно снижен Умеренно повышена Нормальные	Частый, водянистый, иногда со слизью, кислый, pH < 5,0  Не характерен В норме Нормальный Высокая Нормальные	Частый, жидкий, стеаторея  Умеренно повышен Умеренно повышены Нормальный Нормальная Нормальные

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Муковисцидоз</b>	<b>Целиакня</b>	<b>Дисахаридазная недостаточность</b>	<b>Экссудативная энтеропатия</b>
Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта	Дискинезия тонкой кишки, рельеф слизистой оболочки грубый, «спикулы» или псеводивертикулы, большое количество слизи в просвете кишечника	Расширение петель кишечника, явления гипотонии, дискинезия кишечника, горизонтальные уровни жидкости, рельеф слизистой размыт	Избыточное количество газа и жидкости в просвете кишки, дискинетические расстройства	Отек кишечной стенки, утолщение круговых складок, псевдополипоз
Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки	Значительное увеличение количества бокаловидных клеток в слизистой оболочке тонкой и толстой кишок	Дистрофические изменения клеток, тотальная и субтотальная атрофия ворсинок и гиперплазия крипт	Неизменная слизистая оболочка	Изменение калибра лимфатических сосудов, лимфангиома
Основной лабораторный диагностический тест	Повышение уровня хлоридов в поте, стеаторея с преобладанием нейтрального жира	Универсальное нарушение всасывания углеводов, жиров, белков, повышенное содержание IgA в сыворотке крови в период обострения	Плоская сахарная кривая с непереносимым дисахаридом	Повышение количества в кале плазменных белков, стеаторея, гипопроteinемия

## Дифференциальная диагностика диарей у детей раннего возраста (по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Критерии дифференциально-го диагноза	Простая диспепсия	Парентеральная диспепсия	Дизентерия	Кишечная колиинфекция	Сальмонеллез	Стафилококковая диарея	Вирусная диарея
Эпиданамнез	Контакта с инфекционными больными нет	Может быть контакт с вирусными и другими больными (реже желудочно-кишечными)	Может быть контакт с желудочно-кишечными больными	Может быть контакт с желудочно-кишечными больными	Может быть контакт с желудочно-кишечными больными	Может быть контакт с желудочно-кишечными больными, могут быть гнойные инфекции у ребенка или у окружающих	Контакт с вирусными больными
Погрешности в диете	Имеют место	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Возраст	В основном дети до 6 мес., реже до 1–1,5 лет	»	Реже до 6 мес., с возрастом частота заболеваний увеличивается	Дети с первых месяцев жизни до 2,5–3 лет	Любой, но чаще более старшие дети	Любой возраст, но чаще дети до года	Любой, но чаще дети до года
Характер и кратность стула	5–6 раз (на 2–3 раза чаще, чем по возрасту). Жидкий, зеленый, с белыми комочками, с зеленоватой, прозрачной стекловидной слизью. Чаще с кислым, реже с гнилостным запахом	»	Частый, скудный, жидкий или кашицеобразный с изолированной мутной слизью, с гноем и с прожилками крови (колитический). Дефекации болезненны. Могут быть тенезмы или их эквиваленты	Жидкий, впитывается в пеленку; водянистый с малым количеством каловых масс, равномерно перемешанных со слизью, ярко-желтый от 5 до 20 раз и более. Дефекации безболезненные	Обильный, пенистый, брызжущий, зловонный, зеленый, напоминает болотную тину или лягушачью икру (симптомы гастроэнтерита преобладают). Дефекации безболезненные	Чаще энтерический, жидкий, равномерно перемешан со слизью, некоторые порции ярко-оранжевого цвета. Запах сырости. Если процесс спустился на толстый кишечник, колитический стул	Жидкий, кашицеобразный, 5–6 раз, с небольшой примесью слизи на высоте вирусного заболевания (аденовирус, Коксаки и Эхо)
Рвота	1–3 раза после еды в первые дни заболевания	»	В первые 2 дня 2–3 раза. При токсических формах — частая	Рвота может быть частой и упорной в течение 1–14 дней		Может быть разной выраженности	Не характерна. Может быть на высоте инфекции

Критерии дифференциально-го диагноза	Простая диспепсия	Парентеральная диспепсия	Дизентерия	Кишечная колиинфекция	Сальмонеллез	Стафилококковая диарея	Вирусная диарея
Температура	Нормальная, редко до 37,2 °С, 37,5 °С.	Как правило, высокая	Нормальная, субфебрильная может быть высокой 1–3 дня	Различная, может быть повышенной в течение 7–10 дней	Может быть с размахами в 1–2 °С субфебрильной и нормальной. Могут быть повторные волны	Высокая или субфебрильная, реже нормальная	Повышена в течение 2–5 дней
Симптомы токсикоза	Нет	Есть	Может быть (чаще нейротоксикоз)	Может быть (чаще токсикоз с эксикозом)	»	»	Может быть в первые 1–3 дня
Симптомы эксикоза	Может быть небольшая жажда, сухость кожи	В тяжелых случаях	Может быть	Может быть очень тяжелая дегидратация	»	»	Редко, слабо выраженные
Состояние органов брюшной полости	Вздутие живота, колики. Небольшая болезненность по всему животу	»	Живот втянут, при пальпации дефанс и болезненность в левой подвздошной области, где определяется урчащая спазмированная сигмовидная кишка. Может быть зияние ануса, выпадение прямой кишки	Энтеритический синдром, вздутие (метеоризм), умеренная болезненность при пальпации без определенной локализации. Могут быть увеличены печень и селезенка. Боли в животе задолго до дефекации	То же. Чаще увеличена селезенка	То же при энтерите, при вовлечении толстого кишечника	Чаще вздутие, метеоризм, небольшая болезненность без определенной локализации

Продолжение таблицы 5

Критерии дифференциального диагноза	Простая диспепсия	Парентеральная диспепсия	Дизентерия	Кишечная колиинфекция	Сальмонеллез	Стафилококковая диарея	Вирусная диарея
Копрограмма	Слизь (+, ++), лейкоциты 1–2 в п/зр. Нейтральный жир (+, ++), жирные кислоты (+, ++), мыла (+, ++). Перевариваемая клетчатка (+, ++), крахмал, вне- и внутриклеточно	»	Слизь (+, +++++), содержащая лейкоциты до +++++. Эритроциты от ед. до покрывающих все п/зр. Реакция Грегерсена + (колитический синдром)	Энтеритический синдром. Слизь до +++. Мышечные волокна изм. (++), нейтральный жир до +++++. Жирные кислоты и мыла до +++. Перевариваемая клетчатка, крахмал до +++	»	Чаще энтеритический синдром. При колите — слизь, лейкоциты, единичные эритроциты	То же, но менее выражено
Бактериологическое исследование кала	Отрицательное	»	Высев дизентерийной палочки Зонне, Флекснера и др.	Высев энтеропатогенной кишечной палочки 0–111, 0–55 и др.	Высев сальмонелл	Высев патогенного стафилококка	Отрицательное
Серологические и другие исследования	Отрицательное	»	Реакция Видаля с дизентерийной группой положительная в динамике болезни. Кишечная колиинфекция	Реакция гемоглютинации с кишечной палочкой положительная в динамике болезни	Высев возбудителя из крови и мочи. Реакция Видаля с тифопаратифозной группой положительная в динамике болезни	Высев возбудителя из крови при септикопиемии. Реакция Видаля со стафилококковым дианостикумом или с аутоштаммом положительная в динамике болезни	Изучение в парных сыворотках крови реакции связывания комплемента с вирусным антигеном

Примечание. Степень выраженности — от (+); (+ +); (+ + +); (+ + + +).

## ГЛАВА 2

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РОСТА И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Таблица 38

Дифференциальный диагноз основных форм задержки роста  
(по Н.П. Шабалову, 2000)

Заболевание	Дифференциально-диагностические признаки						
	Рост родителей	Рост при рождении	Скорость роста	Половое созревание	Костный возраст	Телосложение	Уровни СТГ в крови
Гипопитуитаризм гипоталамического генеза	Чаще средний	Чаще средний	Замедлена с первого года жизни	Замедлено	Отстает значительно	Инфантильное	Снижены базальные, повышены стимулированные
Гипопитуитаризм гипофизарного генеза	»	»	Чаще средний	Чаще средний	Чаще средний	Обычное	Снижены базальные и стимулированные
Врожденный гипотиреоз	Средний	Средний	Замедлена с первых месяцев жизни	Замедлена с первых месяцев жизни	С первых месяцев жизни	Диспропорциональное	Снижены базальные, нормальные стимулированные
Конституциональная низкорослость	Ниже среднего	Ниже среднего	Нижняя граница нормы	Среднее	Равен спортивному	Пропорциональное	Нормальные

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 38

Заболевание	Дифференциально-диагностические признаки						
	Рост родителей	Рост при рождении	Скорость роста	Половое созревание	Костный возраст	Телосложение	Уровни СТГ в крови
Конституциональная задержка роста	Средний, в детстве замедленный	Средний	Замедлена в детстве и пубертате	Задержано	Отстает умеренно	Отставание обычное	Умеренно снижены
Психосоциальная низкорослость	Средний	»	Замедлена в любом возрасте	»	»	Пропорциональное	»
Соматогенная задержка роста	»	Средний или низкий	Замедлена с начала заболевания	Замедлено с начала заболевания	Степень отставания зависит от тяжести и длительности заболевания	Клинические и лабораторные признаки заболеваний (сердца, легких, почек, печени, ЖКТ, костной и хрящевой системы, крови, наследственных болезней)	Степень снижения зависит от тяжести и длительности заболевания
Примордиальный нанизм	Чаше низкий	Низкий	Замедлена с рождения	Среднее	Близок к паспортному	Пропорциональное. Часто умственная отсталость	Могут быть нормальными, но часто нарушен суточный режим
Гипохондроплазия	Низкий или средний	Умеренно задержан	Умеренно задержан	Умеренно задержан	Умеренно отстает	Диспропорциональное	Нормальные
Синдром Шерешевского—Тернера	Средний	Средний	Средний	Отсутствует	Отсутствует	Пропорциональное	Чаше нормальное

## Дифференциальная диагностика низкорослости (по А.Г. Румянцеву, М.В. Тимаковой, С.М. Чегельницкой, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Гипопитуитаризм, включающий дефицит гонадотропина (возможно с дефицитом АКТГ или ТРФ)	Конституциональная задержка	Семейная низкорослость	Депривационная карликовость	Синдром Тернера	Гипотиреоз	Хронические заболевания
Семейный анамнез	Редко	Часто	Всегда	Нет	Нет	Вариабельно	Вариабельно
Пол	Оба	Мальчики > девочки	Оба	Оба	Девочки	Оба	Оба
Внешность	Незрелая или с дефектами средней линии (например, расщелина нёба или оптическая гипоплазия)	Норма	Норма	Норма	Лицо Тернера или норма	Грубая, кретинизм (при врожденном)	Норма
Половое развитие	Задержка	Задержка	»	Может быть задержка	Женский в препубертате	Обычно задержка, может быть преждевременной при тяжелом гипотиреозе	Задержка
Костный возраст	»	»	»	Обычно задержка	Задержка	Задержка	»
Прорезывание зубов	»	Возможна задержка	»	Вариабельно	Норма	»	Норма или задержка
Гипогликемия	Вариабельно	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Карютип	Норма	Норма	Норма	Норма	45,X или парциальная делеция X-хромосомы или мозаичный	Норма	Норма
Свободный T <sub>4</sub>	Снижен (при дефиците ТРФ) или норме	»	»	Норма или снижен	Норма: гипотиреоз может быть приобретенным	»	»

Продолжение таблицы ↗



Окончание табл. 39

Дифференциально-диагностические признаки	Гипопитуитаризм, включающий дефицит гонадотропина (возможно с дефицитом АКТГ или ТРФ)	Конституциональная задержка	Семейная низкорослость	Депривационная карликовость	Синдром Тернера	Гипотиреоз	Хронические заболевания
Стимуляция ГР	Низкий	Может быть транзиторно снижен или норма	»	Возможно повышение	Обычно норма	Низкий	Вариабельно
IGF-I	»	Нормальный для костного возраста, но снижен для паспортного	»	Низкий	Норма	»	Низкий или норма (зависит от питательного статуса)

*Примечание.* АКТГ — аденокортикотропный гормон; ГР — гормон роста; T<sub>4</sub> — тироксин; ТРФ — тиреотропин релизинг-фактор.

Таблица 40

**Дифференциальная диагностика основных форм нарушений полового развития**  
(по Е.И. Маровой, Е.В. Доскиной, 2004)

Клиническая форма нарушений полового развития	Характер патологии	Патологические проявления	Существование			
			гонад	гениталий		вторичных половых признаков
				наружных	внутренних	
Агенезия гонад: синдром Шерешевского—Тернера	Дисгенезия гонад	Отсутствие дифференцировки всех звеньев половой системы	Нет	Женские	Женские	Нет
Истинный гермафродитизм	Ранний (на 10–12-й нед. развития), эмбриональный дефект гонад	Двуполовые гонады	Яичники и тестикулы	Женские и мужские	Женские и мужские	Женские и мужские
Синдром Рокитанского—Кюстера—Майера	Врожденная аплазия влагалища и матки, ранний (на 10–12-й нед. развития). Эмбриональный дефект гонад	Резорбция мюллеровых структур	Яичники	Женские	Нет	Женские
Синдром Клайнфелтера	Гормональная и генеративная недостаточность тестикулов	Дегенерация яичников	Тестикулы	Мужские	Мужские	Недоразвитые мужские
Врожденная вирилизующая дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)	Избыток надпочечниковых андрогенов	Вирилизация наружных гениталий	Яичники	Бисексуальные	Женские	Мужские
Идиопатическая врожденная вирилизация наружных гениталий у девочек	Избыток экстрафетальных андрогенов	То же	»	»	»	Женские

## Дифференциальная диагностика преждевременного полового развития

(по М.М. Grumbach, D.M. Stupe, 1998; цит. по А.Г. Румянцеву, М.В. Тимаковой, С.М. Чегельницкой, 2004)

Заболевания/ состояние	Сывороточная концентрация гонадо- тропина	ЛГ-ответ на ГРФ	Сывороточная концентрация половых стероидов	Размер гонад	Смешанные признаки
<i>Преждевременное половое развитие (преждевременная ак- тивация или генерация импульсов гипоталами- ческого ГРФ)</i>	Выдающийся пульс ЛГ, исходно в течение сна	Пубертатный	Пубертатный уровень тестостерона или эстрадиола	Нормальная пубер- татная гиперплазия тестикул или яичников и гипертрофия матки (на УЗИ)	МРТ головы для выяв- ления опухолей ЦНС или других аномалий; исследование скелета при синдроме Мак- Кьюна—Олбрайта
<i>Неполное преждевременное половое развитие (гипофизарное гонадотропин-независимое)</i>					
<b>М а л ь ч и к и</b>					
Опухоли, секретирующие хорионический гонадо- тропин	Высокий ХГТ	Препубертатный	Пубертатный уровень тестостерона	Небольшая или умеренная однородная гиперплазия яичек	Гепатомегалия свиде- тельствует о гепато- бластоме; МРТ головы при подозрении на опухоль ЦНС, секре- тирующие ХГТ
Опухоль из клеток Лейдига	Препубертатный	»	Очень высокий тестостерон	Неровная асимметрич- ная гиперплазия яичек	»
Семейный тестотоксикоз	»	»	Пубертатный уровень тестостерона	Яички симметричные и более 2,5 см, но мень- ше ожидаемых при раз- витии пубертата; на- ступает сперматогенез	Семейный; возможно ограниченный полем, аутосомно-доминант- ный признак
Преждевременное адренархе	»	»	Препубертатный тес- тостерон; уровень ДГАС или 17-кетостероидов в моче соответствуют II стадии лобкового оволосения	Препубертатные яички	Начало обычно после 6 лет, более часто у детей с ЧМТ

Заболевания/ состояние	Сывороточная концентрация гонадо- тропина	ЛГ-ответ на ГРФ	Сывороточная концентрация половых стероидов	Размер гонад	Смешанные признаки
Д е в о ч к и					
Опухоль из зернистых клеток яичника	Низкий	Препубертатный	Очень высокий эстрадиол	Гиперплазия яичников при физикальном об- следовании, МРТ, КТ или УЗИ	Опухоль часто пальпи- руется при исследова- нии живота
Фолликулярные кисты	»	»	Уровень эстрадиола от препубертатного до очень высокого	Гиперплазия яичников при физикальном об- следовании, МРТ, КТ или УЗИ	Единственный или по- вторные эпизоды; ис- ключить синдром Мак- Кьюна—Олбрайта (ис- следование скелета)
Феминизирующие опухоли надпочечников	»	»	Высокий уровень эстрадиола и ДГАС	Препубертатные яичники	Одностороннее увели- чение надпочечников
Преждевременное телархе	Препубертатный	»	Препубертатный или ранний пубертатный уровень эстрадиола	То же	Начало обычно до 3 лет
Преждевременное адренархе	»	»	Препубертатный эстра- диол; уровень ДГАС или 17-кетостероидов в моче соответствует стадии лобкового оволосения 2	То же	Начало обычно после 6 лет; более часто у детей с ЧМТ

*Примечание.* ЛГ — лютеинизирующий гормон; ГРФ — гонадотропин релизинг-фактор; ХГТ — хорионический гонадотропин; ДГАС — дигидроэпиандростерон; ЧМТ — черепно-мозговая травма; МРТ — магнитно-резонансная томография; КТ — компьютерная томография; УЗИ — ультразвуковое исследование.

Таблица 42

**Дифференциально-диагностические признаки задержки пубертата и полового инфантилизма**  
(по М.М. Grumbach, D.M. Styne, 1998; цит. по А.Г. Румянцеву, М.В. Тимаковой, С.М. Чегельницкой, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Фигура	Плазменные гонадотропины	ГРФ-тест: ЛГ-ответ	Плазменные половые стероиды	Плазменный ДГАС	Кариотип	Обоняние
Задержка пубертата, половой инфантилизм	Короткая для паспортного возраста, обычно соответствует костному возрасту	Препубертатный, позднее пубертатный	Препубертатный, позднее пубертатный	Низкий, позднее нормальный	Низкий для паспортного возраста, соответствует костному возрасту	Норма	Норма
<i>Гипогонадотропный гипогонадизм</i>							
Изолированный дефицит гонадотропина	Норма, отсутствует пубертатный скачок роста	Низкий	Препубертатный или нет ответа	Низкий	Соответствует паспортному возрасту	Норма	Норма
Синдром Кальмана	То же	»	То же	»	Соответствует паспортному возрасту	»	Аносмия или гипосмия
Идиопатическая множественная недостаточность гормонов гипофиза	Низкорослость и плохое развитие с раннего детства	»	»	»	Обычно отсутствует	»	Норма
Опухоли гипоталамуса и гипофиза	»	Нет	»	»	Норма или низкий по отношению к паспортному возрасту	»	»

Дифференциально-диагностические признаки Задержка пубертата, половой инфантилизм	Фигура	Плазменные гонадотропины	ГРФ-тест: ЛГ-ответ	Плазменные половые стероиды	Плазменный ДГАС	Кариотип	Обоняние
<i>Первичное поражение гонад</i>							
Синдромы дисгенезии гонад и их варианты	Низкорослость с раннего детства	Высокий	Гиперответ для возраста	Низкий	Норма для паспортного возраста	XO или варианты	Норма
Синдром Клайнфельтера и варианты	От нормального	Высокий до высокого	Гиперответ в пубертате	Низкий или норма	Норма для паспортного возраста	XXY или варианты	»
Семейная XX- или XY-дисгенезия гонад	Норма	Высокий	Гиперответ для возраста	Низкий	Норма для паспортного возраста	XX или XY	»

*Примечание.* ДГАС — дигидроэпиандростерон; ГРФ — гонадотропин релизинг-фактор; ЛГ — лютеинизирующий гормон.

Таблица 43

**Дифференциальная диагностика дефеминизации и вирилизации (по Т.Р. Харрисону (ред.), 1993)**

Особенности полового развития	Клинические признаки
Дефеминизация	Аменорея, уменьшение размеров молочных желез и утрата женских очертаний тела
Вирилизация	Облысение в области лба, гирсутизм, увеличение размеров мышц плечевого пояса, огрубление голоса, увеличение клитора

# ГЛАВА 3

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

### 3.1. БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Таблица 44

Объем и характер диагностических исследований при заболеваниях легких у детей (по В.К. Таточенко (ред.), 2006)

Патология	Острый период	Ремиссия, реконвалесценция
Пневмония	Газы крови, КОС, спирография (аллергический альвеолит)	КПО (при подозрении на обструкцию)
Плеврит	Газы крови, КОС	Спирография при спайках
Острый бронхит	Не показано	КПО (обструкция)
Бронхиолит, обструктивный бронхит	Газы крови, КОС, капнография в тяжелых случаях	Сцинтиграфия при подозрении на сверхпрозрачное легкое
Рецидивирующий бронхит, длительный кашель	Не показано	КПО, проба с бронходилататорами на скрытый бронхоспазм, БГР
Рецидивирующий обструктивный бронхит	Газы крови, КОС, капнография в тяжелых случаях	КПО (у детей старше 5 лет)
Бронхиальная астма	Газы крови, КОС, капнография в тяжелых случаях, пикфлоуметрия, КПО для выбора бронходилататора	Пикфлоуметрия повседневно, КПО, проба на БГР с физической нагрузкой
Хроническая пневмония	Газы крови, КОС	Спирография, КПО, статические легочные объемы, $PWC_{170}$
Диффузные болезни легких	Спирография, статические легочные объемы, ДСЛ (ТФ), газы крови	
Сверхпрозрачное легкое	КПО (при необходимости — подбор бронходилататора), статические легочные объемы, газы крови, сцинтиграфия	
Подозрение на эмфизему	Статические легочные объемы, растяжимость легких, ДСЛ (ТФ) в покое и при нагрузке	
Деформации грудной клетки	Спирография, КПО, при тяжелой степени — статические легочные объемы, газы крови	

*Примечание.* КОС — кислотно-основное состояние; КПО — кривая поток—объем; БГР — бронхиальная гиперреактивность; ДСЛ — диффузионная способность легких; ТФ — трансфер-фактор.

Таблица 45

**Характеристика мокроты в зависимости от нозологических форм**  
(по Л.В. Козловскому, 1992)

Нозологическая форма	Количество мокроты	Характер мокроты
Острый бронхит	Скудное, в поздних стадиях — большое количество	Слизистая; слизисто-гнойная
Хронический бронхит	Различное	Слизисто-гнойная; слизисто-гнойно-кровянистая
Бронхоэктатическая болезнь	Обильное (утренняя «полным ртом»)	Гнойно-слизистая, трехслойная
Бронхиальная астма	Скудное	Слизистая
Крупозная пневмония	Скудное вначале, обильное позже	Клейкая, ржавая вначале, позже — слизисто-гнойная
Абсцесс легкого	Обильное при вскрытии в бронх	Гнойная со зловонным запахом
Туберкулез легких	Различное	Слизисто-гнойная, иногда с примесью крови
Бронхолегочный рак	»	Слизисто-кровянистая; слизисто-гнойно-кровянистая

Таблица 46

**Исследования, необходимые для дифференциальной диагностики наиболее частых заболеваний легких от пневмоний**  
(по В.Е. Ноникову, 2003)

Дифференцируемое заболевание	Необходимые исследования
Рак легкого	Томография и/или КТ легких, исследование на атипические клетки мокроты, плеврального экссудата, диагностическая бронхоскопия с биопсией, биопсия периферических лимфатических узлов, ультразвуковое исследование печени. Биопсия легкого*
Метастазы в легкие	Томография и/или КТ легких, исследование на атипические клетки плеврального экссудата, диагностический поиск первичной локализации рака, биопсия периферических лимфатических узлов, ультразвуковое исследование печени. Биопсия легкого*
Туберкулез легких	Томография и/или КТ легких, исследование мокроты на МБТ, в том числе и методом флотации, посев мокроты на МБТ, исследование плеврального экссудата, диагностическая бронхоскопия с биопсией при подозрении на туберкулез бронха, реакция Манту. Биопсия легкого*
Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА)	Исследование газов крови и КЩС, исследование крови на гемостаз. ЭКГ, ЭхоКГ. Перфузионная радиосцинтиграфия (изотопное сканирование) легких. Ангиопульмонография*
Альвеолиты	Томография и/или КТ легких. Исследование вентиляционной и диффузионной функций легких. Исследование газов крови и КЩС. Биопсия легкого*

\* Исследования проводятся при невозможности установить диагноз другими методами.



**Дифференциально-диагностические признаки различных заболеваний органов дыхания**  
(по С.И. Игнатову, 1978)

Дифференциально-диагностические признаки	Бронхиты, бронхолиты (без изменений в легочной ткани)	Ателектаз	Инфильтрация легких	Плеврит	Гемосеропно-пневмоторакс	Полость
Данные осмотра	Дыхательные движения не изменены	Отставание пораженной стороны при дыхании, при длительном существовании процесса, уплощение, западение, уменьшение размеров пораженной стороны грудной клетки, сужение межреберий, при вдохе втягивание их. Опущение плеча, искривление позвоночника выпуклостью в здоровую сторону	Скованность больной стороны грудной клетки	Отставание больной стороны при дыхании, «защитная позиция», отек кожи грудной стенки, межреберья расширены, асимметрия грудной клетки, выпячивание больной стороны, иногда, наоборот, здоровой вследствие компенсаторной эмфиземы		Дыхательные движения на больной стороне ограничены, ограниченное втяжение, западение
Ощупывание. Пальпация	Голосовое дрожание нормальное, иногда пальпируются грубые хрипы	Ослабление голосового дрожания	Небольшое или демонстративное усиление голосового дрожания на больной стороне	Голосовое дрожание ослаблено, отсутствует		Голосовое дрожание усилено
Перкуссия	Перкуторный звук ясный или тимпанический	Укорочение перкуторного звука	Притупление перкуторного звука, притупление с тимпаническим оттенком	Перкуторный звук тупой, бедренная тупость, ниспадающая граница тупости, линия Элис—Демуазо—Соколова, симптомы Раухфуса, Гарланда	Тимпанический звук, шум треснувшего горшка, тупость в нижней части грудной клетки, ограниченная горизонтальной линией	Перкуторный звук нормальный, укороченный, высокий тимпанит, шум треснувшего горшка

Дифференциально-диагностические признаки	Бронхиты, бронхолиты (без изменений в легочной ткани)	Ателектаз	Инфильтрация легких	Плеврит	Гемосероипневмоторакс	Полость
Аускультация	Пуэрильное, везикулярное, жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы. Проведение голоса нормальное	Ослабление, отсутствие дыхательного шума. После восстановления проходимости бронха может появиться бронхиальное дыхание. Мелкие влажные хрипы (факкультативно)	Дыхание пуэрильное, везикулярное, ослабленное. Сухие и влажные хрипы. Усиленная бронхофония	Дыхание ослабленное, отсутствие дыхания, бронхиальное, амфорическое дыхание. Шум трения плевры, «звон монет», хрипы издалека. Бронхофония ослаблена, отсутствует		Пуэрильное, везикулярное, бронхиальное, амфорическое дыхание, шум падающей капли, влажные хрипы различного калибра. Бронхофония усилена
Положение соседних органов	Не изменяется	Диафрагма с пораженной стороны приподнята. Средостение (сердце, трахея) смещено в сторону поражения, при вдохе это становится более демонстративным. В участках легкого, граничащих с ателектазом, наблюдается компенсаторная эмфизема. При ателектазе целого легкого другое легкое расширяется и грыжеподобно выпячивается через средостение в сторону пораженного легкого	Смещение трахеи и сердца в сторону, где имеются изменения, демонстративное при массивных ателектазах, менее выраженное при инфильтратах	Трахея и сердце оттеснены в здоровую сторону, печень и селезенка вниз		Не изменяется

Таблица 48

**Дифференциальный диагноз самых частых воспалительных заболеваний с острой респираторной недостаточностью**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания					
	Спастический бронхит	Бронхиолит	Бронхопневмонии	Стафилококковая пневмония	Крупозная пневмония	Пневмоцистная пневмония
Возраст	У детей от 2 мес. до 2 лет	У детей от 0 до 2 лет	У детей от 0 до 3 лет	Преимущественно у грудных детей	У детей старше 6 мес.	У детей с 2 до 6 мес.
Эпидемиологическая связь	С катаральными заболеваниями верхних дыхательных путей			Со стафилококковыми инфекциями	Нет	Больные пневмоцистной пневмонией или носители в отделениях для недоношенных, гипотрофиков
Патологическая основа	Рахит, экссудативный и невропатический диатезы	Отсутствует	Рахит, недоношенность, гипотрофия	Отсутствует	Отсутствует	Недоношенность, гипотрофия
Начало	Острое или постоянное, с резким ухудшением			Острое	Внезапное	Постепенное, неясное
Температура	37–38 °С	Фебрильная	Фебрильная	Фебрильная	39–40 °С	Нет
Кашель	Спастический	Влажный, отрывистый	Влажный, болезненный: отрывистый, неэффективный	Влажный, болезненный, редко — спастический	Сухой, болезненный, отрывистый	Обычно слабый, иногда сильный и спастический
Респираторная недостаточность	Выражена	Очень тяжелая	Различной степени	Различно выраженная	Легкая	Различной степени; обычно сильная
Перкуторные данные	Данные эмфиземы	Данные эмфиземы	Легкая эмфизема, возможны участки с укороченным перкуторным звуком, возможны участки укорочения, доходящие вплоть до притупления		Ограниченный участок с укороченным тоном, доходящим до притупления	Данные эмфиземы

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания					
	Спастический бронхит	Бронхиолит	Бронхопневмония	Стафилококковая пневмония	Крупозная пневмония	Пневмоцистная пневмония
Аускультационные данные	Везикулярное дыхание с сухими, свистящими хрипами в 2 фазах	Везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, без хрипов или со скудными крепитациями	Везикулярное дыхание, редко — с бронхиальным оттенком; сгруппированные в очаг мелкие хрипы и средние влажные хрипы	Бронхофония с бронхиальным дыханием	Бронхофония с бронхиальным дыханием	Везикулярное дыхание без хрипов и со скудными мелкими влажными хрипами
Ведущие симптомы	Тяжелая экспираторная одышка	Ярко выраженное тахидиспноэ с частотой до 80–100 дыханий в минуту	Очаг сгруппированных средних и мелких хрипов	Характерные рентгеновские данные	Бронхиальное дыхание	Сильное тахидиспноэ
Рентгеновская картина	Эмфизема	Эмфизема, редко — псевдомиллиарная картина	Пятнистые сливающиеся тени у корня легкого и у оснований	Значительные сливающиеся тени, образование полостей, пневмоторакс, плевральный эксудат	Гомогенная тень с резкими очертаниями	Мягкие тени в виде запотевшего стекла, находящиеся в связи с корнем легкого
Лейкоцитоз	Возможен; легкий	Нехарактерный, возможна и лейкопения	Частый, умеренный	Частый, повышенный	Но свыше 5000	Нет
Эффект пенициллина	Удовлетворительный	Ненадежный	Хороший	Обычно не оказывает эффекта	Очень хороший	Не оказывает эффекта
Течение болезни	Обычно благоприятное, редко — затяжное	Очень тяжелое	Различное	Тяжелое, с осложнениями	Легкое и, как правило, благоприятное	Тяжелое, с высокой летальностью

Таблица 49

## Дифференциальная диагностика болезней органов дыхания (по Г.П. Матвейкову, С.И. Тену, 1997)

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания			
	Бронхит	Бронхиолит	Респираторный аллергоз	Пневмония
Этиология	Парагрипп, аденовирус, корь, коклюш	РС-вирус, парагрипп, аденовирус	Аллергены пыльцевые и пищевые, бактериальные	Бактериально-вирусные ассоциации
Температура тела	Субфебрильная или нормальная	Умеренно повышенная или нормальная	Субфебрильная или нормальная	Высокая (39–40 °С)
Токсикоз	Умеренный или отсутствует	Значительный	Отсутствует	Резко или умеренно выраженный
Эксикоз	Отсутствует	Может быть	»	Может быть
Одышка	Умеренная	Значительная	Умеренная	Выраженная
Кашель	Вначале сухой, затем влажный	Коклюшеподобный, без реприз	Сухой, спастический, часто навязчивый	Короткий, отрывистый, иногда болезненный (при вовлечении плевры)
Перкуссия	Без изменений	Коробочный звук	Коробочный звук	Локальные участки укорочения
Аускультация	Удлинение вдоха, обилие сухих, разнокалиберных хрипов на всем протяжении грудной клетки	Множество мелкопузырчатых хрипов на высоте вдоха, сухих и разнокалиберных влажных хрипов, изменяющихся при кашле	Периодические сухие, свистящие и влажные хрипы на фоне жесткого дыхания	Ослабленное бронхиальное дыхание, над зоной поражения — мелкопузырчатые хрипы, крепитация
Локализация	Чаще двусторонняя	Двусторонняя диффузная	Двусторонняя	Чаще односторонняя
Рентгенография	Симметричное усиление сосудистого рисунка в прикорневых и нижних немедиальных зонах	Вздутие легких, могут быть небольшие зоны понижения прозрачности	Выраженные изменения отсутствуют	Очаги инфильтрации, часто захватывающие один или несколько сегментов либо долю легкого
Гемограмма	Мало изменена	Чаще в норме, реже — лимфоцитопения	Эозинофилия (до 10–20%)	Признаки анемии, лейкоцитоз, сдвиг влево, повышенная СОЭ

Таблица 50

**Клинические и лабораторные критерии для дифференциации бактериальной и вирусной пневмонии (по L. Swischuk, C. Hayden, 1984)**

Клинические и лабораторные критерии	Бактериальная пневмония	Вирусная пневмония
Длительность симптомов	Менее 2 дней	Более 3 дней
Температура	39,5 °С	38,8 °С
Число лейкоцитов	Более 15 000	Менее 15 000
Чувствительность к антибиотикам	Обнаруживается через 24 ч	Отсутствует в течение 24 ч

Таблица 51

**Основные и возможные возбудители различных клинических форм пневмонии (по И.П. Замотаеву, 1993)**

Клиническая форма пневмонии	Основные возбудители	Редкие возбудители
Крупозная	Пневмококки	Стрептококки, клебсиеллы
Постгриппозная	Стафилококки, пневмококки, клебсиеллы	Гемофильные палочки, стрептококки
Абсцедирующая	Стафилококки, бактероиды, смешанная флора	Клебсиеллы, синегнойная палочка
Аспирационная	Бактероиды, анаэробные стрептококки	Стафилококки, пневмококки
Послеоперационная	Стафилококки	Пневмококки, клебсиеллы
Интерстициальная	Микоплазмы	Возбудители орнитоза, пситтакоза
Вторичная пневмония у госпитальных больных без предшествующей антибактериальной терапии	Стафилококки, пневмококки, клебсиеллы, бактероиды	Кишечные палочки, серрации и др.
Вторичная пневмония, развившаяся на фоне антибактериальной терапии	Факультативно-патогенные микроорганизмы	<i>Pseudomonas</i> , <i>Serratia</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Staphylococcus proteus</i> и др.
У больных хроническим бронхитом	Пневмококки, гемофильные палочки	Стафилококки, стрептококки
У больных алкоголизмом	Пневмококки, гемофильные палочки, клебсиеллы	Кишечные палочки, простейшие
При синдроме приобретенной иммунологической недостаточности	Пневмоцисты, грибы	Цитомегаловирусы
У больных, уход за которыми осуществляют посторонние	Пневмококки, стафилококки, гемофильные палочки	Клебсиеллы, кишечные палочки

Таблица 52

**Дифференциальная симптоматология небактериальных пневмоний**  
(по И.П. Замотаеву, 1993)

Симптомы	Небактериальные пневмонии						
	грипп	пара-грипп	РС-вирусная пневмония	аденовирусная пневмония	орнитоз	микоплазмоз	Ку-лихорадка
Температура тела до 38 °С	—	+	+	+	—	+	—
Температура тела 38,1–39 °С	+	++	++	++	+	++	+
Температура тела выше 39 °С	+++	+	+	++	+++	+	+++
Мышечные боли	++	+	+	+	+++	+	++
Боли в глазах	+++	—	—	++	—	—	+
Примесь крови в мокроте	—	—	—	—	++	+	—
Ринофарингит	++	+	+	+++	—	++	—
Трахеит	+++	+	+	+	—	+	
Ларингит	+	+++	—	+		+	—
Бронхит	+	++	+++	+	+++	+	+++
Плеврит	+	—	—	—	++	+	—
Экзантема	—	—	—	+	+	+	—
Конъюнктивит	++	—	—	+++	—	—	—
Увеличение печени и селезенки	+	—	—	+	+++	+	+++
Рецидивы	—	—	—	—	++	—	+
Нарушение бронхиальной проходимости	++	+	++	+	+++	++	++
Лейкоцитоз	++	+	++	++	+++	+	—
Лейкопения	++	++	++	++	+++	+	+++
Увеличение СОЭ до 30 мм/ч	++	++	++	++	+	+++	+++
Увеличение СОЭ свыше 30 мм/ч	++	++	++	++	+++	+	+

*Примечание.* (—) — отсутствует; (+) — отмечается редко; (++) — отмечается нередко; (+++) — отмечается часто.

Таблица 53

**Дифференциальная диагностика этиологии пневмонии в зависимости  
от рентгенологических изменений в легких**  
(по В.Е. Ноникову, 2003)

Дифференциально-диагностические признаки	Возможный возбудитель
Долевая и многодолевая инфильтрация	Бактерии (в том числе пневмококк, легионелла, анаэробы), грибы
Очагово-сливная двусторонняя инфильтрация	Вирус гриппа, пневмококк, стафилококк, легионелла
Гомогенная очаговая и многоочаговая инфильтрация	Пневмококк, легионелла
Негомогенная очаговая и многоочаговая инфильтрация	Вирусы, стафилококк, микоплазма
Сочетание инфильтративных и интерстициальных изменений	Вирусы, микоплазма, пневмоцисты
Интерстициальные изменения милиарные	Сальмонелла, микобактерия туберкулеза, грибы
Интерстициальные изменения сетчатые	Вирусы, микоплазма, хламидия, пневмоцисты
Сочетание инфильтративных или интерстициальных изменений с лимфоаденопатией	Вирусы кори, ветряной оспы. Микобактерия туберкулеза, грибы, микоплазма, хламидия
Множественные периферические, легко дренируемые абсцессы	Стафилококк
Единичные крупные абсцессы легких	Клебсиелла

Таблица 54

**Дифференциальная диагностика острых пневмоний**  
(по матер. М. Шехтмана, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Острые пневмонии			
	бактериальная	бактериальная очаговая	вирусная гриппозная	микоплазменная
<i>1. Клинические</i>				
1. Характер кашля	Иногда с «ржавой мокротой»	С мокротой	«Астматический» с кровью	Сухой
2. Другие жалобы	Озноб, боли в груди	Боли в груди	Головная боль, боли при движении глазных яблок, адинамия	Слабость, артралгии, миалгии
3. Начало заболеваний	Острое, после простуды	Постепенное, после простуды	В первые 2–3 дня у заболевших гриппом	Постепенное, после переохлаждения
4. Общее состояние	Тяжелое	Среднетяжелое	Среднетяжелое или тяжелое	Тяжелое
5. Состояние слизистых оболочек и конъюнктивит	Без изменений	»	Воспаление слизистых оболочек и конъюнктивит	Без изменений
6. Характер дыхания при аускультации	Бронхиальное	Жесткое	Жесткое	Жесткое

Продолжение таблицы ↙



Окончание табл. 54

Дифференциально-диагностические признаки	Острые пневмонии			
	бактериальная	бактериальная очаговая	вирусная гриппозная	микоплазменная
7. Наличие хрипов при аускультации	Крепитация	Сухие хрипы, влажные, звучные	Звучные, влажные хрипы	Сухие хрипы, иногда влажные звучные
II. Лабораторные				
1. Лейкоциты	Выраженный нейтрофильный лейкоцитоз	Умеренный нейтрофильный	Возможна лейкопения, сдвиг влево нейтрофилов	Часто норма
2. СОЭ	Ускорена	»	То же	То же
3. Иммуно-микробиологические показатели	Пневмококк, стрептококк в мокроте	Стрептококк в мокроте	»	Антитела к <i>M. pneumoniae</i>
III. Рентгенологические	Поражение доли легкого	Очагово-инфильтративные изменения	Расширение корней легких, усиление легочного рисунка	»

Таблица 55

**Дифференциально-диагностические признаки типичных и атипичных пневмоний**  
(по В.К. Таточенко (ред.), 2006)

Диагностический признак	Пневмония		
	типичная	атипичная	
		1–6 мес.	6 мес. — 15 лет
Лихорадка	Выражена, температура > 38 °С	Нет или субфебрильная	Выражена, температура > 38 °С
Одышка	Нет или умеренная	Выражена	Нет или умеренная
Кашель	Влажный, нечастый	Кашель — нарастающий, стаккато	Влажный, частый
Катар	Часто отсутствует	Отсутствует	Скудный
Конъюнктивит	Отсутствует	В анамнезе	При микоплазмозе
Лимфаденит	»	Отсутствует	При хламидиозе
Хрипы	Нет или необильные, локализованные, мелкопузырчатые	Рассеянные, мелкопузырчатые	Рассеянные, асимметричные, мелкие, звонкие
Перкуссия	Часто укорочение	Коробочный звук	Изменен мало
Рентгенологическая картина	Чаше односторонний гомогенный очаг или инфильтрат, плеврит	Двусторонние очаги, участие интерстиция	Негомогенный инфильтрат без четких границ
Возбудитель	Кишечная палочка, стафилококки (0–6 мес.). <i>H. influenzae b</i> (0–5 лет). Пневмококки (0–15 лет)	<i>C. trachomatis</i> , реже пневмоцисты	<i>S. pneumoniae</i> . <i>M. pneumoniae</i> (чаще у детей старше 5 лет)

Таблица 56

**Дифференциальная диагностика идиопатического фиброзирующего альвеолита и пневмонии**

(по А.П. Реброву, Е.Ю. Пономаревой, Е.В. Чесноковой и соавт., 2002)

Дифференциально-диагностические признаки	Пневмония	Идиопатический фиброзирующий альвеолит
Кашель	С выделением слизисто-гноной мокроты, изменяет характер в процессе заболевания	Мучительный, малопродуктивный, с небольшим количеством светлой вязкой мокроты
Одышка	Появляется при массивном поражении легочной ткани	Может быть первым и единственным клиническим признаком, носит прогрессирующий характер
Температура тела	Острое повышение, нормализация на фоне лечения антибиотиками	Возможно острое повышение, чаще длительный субфебрилитет, не снижается на фоне лечения антибиотиками
Акропахии	Не характерны	Характерны
Аускультативные данные	Аускультативные локальные изменения, соответствующие фазе процесса	Симметричная двусторонняя базальная крепитация, не изменяющаяся при кашле
Рентгенологическая картина	Очаговая инфильтрация легочной ткани, чаще одностороннее поражение	Двусторонние симметричные изменения: 1) начальная фаза — усиление легочного рисунка («матовое стекло»); 2) прогрессирование фиброза («сотовое легкое»)
Нарушение функции внешнего дыхания	Возможны рестриктивные или смешанные нарушения с полным обратным развитием	Неуклонное прогрессирование по рестриктивному типу
Эффективность антибактериальной терапии	Быстрый положительный эффект	Неэффективна
Особенности клинического течения	Клинико-рентгенологическое разрешение в течение одного месяца	Неуклонное прогрессирование заболевания

Таблица 57

**Дифференциально-диагностические признаки бронхолегочных поражений при туберкулезе и затяжных сегментарных пневмониях**

(по С.В. Рачинскому, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Бронхолегочные поражения при туберкулезе	Затяжная пневмония
Контакт с больным туберкулезом	Часто	Редко
Начало заболевания в раннем периоде туберкулезной инфекции	»	»

Продолжение таблицы 56

Окончание табл. 57

Дифференциально-диагностические признаки	Бронхолегочные поражения при туберкулезе	Затяжная пневмония
Туберкулиновая проба	Выраженная	Отрицательная или нерезко выраженная
Локализация патологического процесса	В сегментах 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8-м, чаще правого легкого	Чаще в сегментах нижних долей, язычковых и средней доли
Поражение внутригрудных лимфоузлов	Выраженное, стойкое	Нерезко выраженное, обратимое
Респираторные проявления	Выражены умеренно	Выражены значительно в начальном периоде
Общие нарушения состояния ребенка	То же	То же
Хрипы в легких	Умеренное количество сухих хрипов	Влажные и сухие хрипы в начальном периоде и при обострении
Данные бронхоскопии	Специфические изменения бронхов и/или эндобронхит	Катарально-гнойный эндобронхит

Таблица 58

**Дифференциальная диагностика мелкоочаговой пневмонии, бронхита и туберкулеза легких (по В.П. Бисяриной, 1975)**

Дифференциально-диагностические признаки	Мелкоочаговая пневмония	Бронхит	Острый гематогенный диссеминированный туберкулез легких
Кашель	Есть	Есть	Не всегда
Одышка	»	Не всегда	Не постоянная
Цианоз	Почти постоянно	Редко	Часто
Температура	Разнообразная	Чаще субфебрильная	Фебрильная
Интоксикация	Выражена в разной степени	Умеренная	Прогрессивно нарастает
Грудная клетка	Вздута, регидна	Не изменена	Не изменена
Перкуторный звук	Часто изменен	»	»
Дыхание	Часто жесткое, может быть ослаблено	»	»
Хрипы	Разнообразные: сухие, влажные, крепитирующие	Преобладают сухие	Чаще крепитирующие
Рентгенологические изменения	Чаще мелкоочаговые затемнения	Отсутствуют	Симметричные распространенные мелкоочаговые уплотнения
СОЭ	Чаще ускорена	Иногда ускорена	Постоянно ускорена
Лейкоцитоз	Часто	Нет	Часто
Продолжительность болезни	Чаще 1 нед.	5–7 дней	Больше 3–4 нед.

Таблица 59

**Рентгенологические различия пневмонии и туберкулезного инфильтрата**  
(по Л.Г. Дукову, А.И. Борохову, 1988)

Диагностические, рентгенологические признаки	Инфильтрат	
	туберкулезный	при пневмонии
Типичная локализация	Верхняя доля	Нижняя доля
Форма	Округлая	Неправильная
Контур	Четкие	Размытые
Интенсивность тени	Выражена	Слабая
Очаговость	Очень характерна	Отсутствует
Очаги обсеменения по периферии или вдали	Очень характерны в виде свежих мягких теней	Отсутствуют
Общий фон (изменение легочного рисунка)	Не изменен	Усилен
Дорожка к корню	Характерна	Отсутствует или слабо выражена
Тени корней легких	Не увеличены	Увеличены, часто с двух сторон
Сроки рассасывания	6–9 мес. и более или распад	1–3 нед.

Таблица 60

**Дифференциально-диагностические критерии аллергических и инфекционных поражений респираторной системы у детей**  
(по А.В. Чебуркину, А.А. Чебуркину, 1994)

Клинические признаки	Аллергоз	Инфекционно-воспалительный процесс
Наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями	Постоянный признак	Более редко
Упорно рецидивирующий характер	Выражен	Менее выражен
Постоянство физикальных изменений в легких	Не наблюдают	Характерный, фазовый признак
Рентгенологические изменения в легких	Быстрая динамика	Более длительные
Температурная реакция при обострении процесса	Как правило, отсутствует	Часто имеет место
Положительная кожная проба с гистамином	Резко выражена	Отсутствует или слабая
Эффект от антимикробной терапии	Отсутствует	Выражен
Наличие аллергических заболеваний других органов	Часто	Наблюдается
Эозинофилия	»	Не выражена
Провокационная проба с «подозреваемыми» аллергенами	Реакция с большим постоянством	Отсутствует

Таблица 61

**Дифференциальная диагностика бронхитов у детей**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Бронхит	
	спастический	астматический
Возраст	От 2 мес. до 2 лет	Преимущественно старше 1 года
Семейная отягощенность	—	Аллергические заболевания у других членов семьи
Конституциональное предрасположение ребенка	Рахит, экссудативный диатез	Другие аллергические явления
Эпидемиология	Катаральное окружение	Нет катарального окружения
Множественность приступов	Нет	Есть
Температура	Регулярно повышена	Редко, слегка повышена
Ускоренное РОЭ	Имеется	Нет
Лейкоцитоз	Часто	Редко
Эозинофилия в крови	Отсутствует	Частая, особенно во время приступа

Таблица 62

**Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и обструктивного бронхита с учетом лабораторных данных** (по Ю. Мизерницкому, 2008)

Лабораторные параметры	Диагностически высокозначимые значения	
	для бронхиальной астмы	для обструктивного бронхита
Абсолютное число эозинофилов, $\times 10^9/\text{л}$	$\geq 0,350$	$< 0,350$
Относительное число нейтрофилов, %	$\geq 45$	$< 45$
Относительное число лимфоцитов, %	$< 45$	$\geq 45$
Абсолютное число лимфоцитов, $\times 10^9/\text{л}$	$< 3,0$	$\geq 3,0$

Таблица 63

**Дифференциально-диагностические признаки респираторных заболеваний с бронхообструктивным синдромом**

(по А.М. Потемкиной, Т.В. Клыковой, Ф.М. Терещенко, 1995)

Дифференциально-диагностические признаки	Бронхиолит	Обструктивный бронхит	Астматический бронхит	Предастма	Атопическая бронхиальная астма
Возраст, в котором началось заболевание	3–6 мес.	6 мес. – 3 года	От рождения до 3–4 лет	От 2–5 лет и старше	В любом возрасте, обычно старше 3 лет
Этиологические факторы	Вирусы	Вирусы	Аллергены неинфекционные, преимущественно пищевые		Неинфекционные аллергены различных групп

Дифференциально-диагностические признаки	Бронхиолит	Обструктивный бронхит	Астматический бронхит	Предастма	Атопическая бронхиальная астма
Патогенез	Инфекционно-воспалительный отек слизистой оболочки, гиперсекреция и нередко рефлекторный спазм гладкой мускулатуры бронхов и бронхиол	Аллергический отек слизистой оболочки, гиперсекреция и спазм средних и мелких бронхов	Слабый аллергический отек слизистой оболочки, спазм мелких и средних бронхов в сочетании с вялотекущим воспалительным процессом в них	Тотальный спазм бронхов (особенно мелких) и бронхиол, гиперсекреция и аллергический отек слизистой оболочки	
Наследственная предрасположенность к аллергии	Редко	У преобладающего большинства			
Предшествующие и сопутствующие аллергические заболевания	»	У преобладающего большинства			
Преобладающие, предшествующие и сопутствующие заболевания аллергические и соматические	ОРВИ	Рецидивирующие ОРВИ и бронхиты, аллергодерматозы, лекарственная аллергия, дисбактериоз кишечника	Рецидивирующие ОРВИ и бронхиты, аллергодерматозы, аллергический ринит, лекарственная аллергия, дисбактериоз кишечника		
Сезонность	В весеннее и осеннее время	В любое время года			
Особенности течения бронхообструктивного синдрома	Развивается на 3–4-й день от начала ОРВИ, постепенно, на фоне катаральных явлений в носоглотке, фебрильной температуры тела и интоксикации	Развивается среди полного здоровья остро, в течение первых суток при нормальной температуре тела, без интоксикации	Развивается на фоне ОРВИ, физической нагрузки, переохлаждения, подостро, возможна субфебрильная температура тела и интоксикация	Развивается среди полного здоровья, остро, в первые часы, при нормальной температуре тела, без интоксикации	
Продолжительность обструкции	5–7 дней на фоне терапии	3–5 дней	От нескольких часов до нескольких суток	От 1 до 36 ч	
Рецидивы обструкции в эпизоде болезни и года	Отсутствуют	Часто в течение суток и года	Постоянно без адекватного лечения	Ежемесячно, могут быть чаще в зависимости от этиологии	
Фармакологическая проба с адреналином	Отрицательная	Положительная			

*Примечание.* ОРВИ — острая респираторно-вирусная инфекция.

## Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы (по С.Ю. Каганову и соавт., 1993)

Нозологические формы	Анамнестические данные	Основные клинические проявления	Рентгенологические признаки	Функциональные признаки	Основные специфические тесты
Бронхиальная астма	Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям. Атопический диатез. Лекарственная, пищевая аллергия	Приступы затрудненного дыхания. Терапевтический эффект бронхолитиков, кортикостероидов	Эмфизематозное вздутие легочной ткани, преимущественно в период приступа	Обструктивный тип дыхательной недостаточности	Увеличение уровня IgE. Положительные кожные пробы с причинно-значимыми аллергенами. Высвобождение лейкотриенов C <sub>4</sub> , D <sub>4</sub>
Аллергический бронхит	То же	Повторные бронхиты при нормальной температуре тела, кашель, сухие рассеянные и влажные хрипы	Усиление сосудистого рисунка	Обструктивные нарушения при обострении бронхита	Увеличение уровня IgE. Высвобождение лейкотриенов B <sub>4</sub>
Хроническая пневмония	Повторные пневмонии с первых лет жизни	Повторные пневмонии, влажный кашель, стабильные локализованные влажные хрипы	Локальный фиброз, деформация бронхиального дерева	Смешанные обструктивные и реструктивные изменения преимущественно в период обострения	—
Муковисцидоз	Наличие в семье заболеваний легких, кишечника, мертворождений, спонтанных абортов, поражений легких с первых месяцев жизни	Непрерывно текущий воспалительный процесс в легких, постоянная одышка, кишечные нарушения, отставание в физическом развитии	Диффузные поражения легких, фиброз, ателектазы	Стабильные обструктивные и рестриктивные нарушения	Увеличение содержания хлоридов в поте более 60 ммоль/л. Выявление мутагенного гена муковисцидоза
Синдром Вильямса—Кемпбелла	Повторные респираторные заболевания. Одышка, потеря массы тела	Прогрессирующая одышка обструктивного типа. Эмфизема легких. Легочное сердце. Деформация грудной клетки	Эмфизема легких. При бронхографии «балонирующие» бронхоэктазы	Резко выраженный обструктивный синдром. Увеличение ОО и ОО/ОЕЛ	—

Нозологические формы	Анамнестические данные	Основные клинические проявления	Рентгенологические признаки	Функциональные признаки	Основные специфические тесты
Экзогенный аллергический альвеолит	Наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям	Одышка, кашель, «целлофановые» хрипы, потеря массы, «барабанные палочки»	Диссеминированные тени, диффузный фиброз	Рестриктивные, возможно обструктивные нарушения	Специфические IgE-преципитины, высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
Бронхолегочный аспергиллез	Проживание в сыром помещении, отягощенная по аллергии наследственность	Проявления бронхиальной астмы и альвеолита	То же	То же	Специфические IgE-преципитины к грибам. Высев грибов из мокроты
Инородное тело трахеобронхиального дерева	Указание на возможную аспирацию	Кашель, одышка, ослабленное дыхание, отсутствие эффекта от терапевтических мероприятий	Ателектаз сегмента (доли) легкого	Возможны обструктивные изменения	—
Дыхательные нарушения нейрогенного и психогенного генеза	Указания на невротические реакции, психические заболевания	Одышка, исчезающая во время сна. Отсутствие эффекта в результате применения кортикостероидов. Истероидные реакции. Проявления психических заболеваний	Отсутствуют	Гипервентиляционный синдром	—

*Примечание.* ОО — остаточный объем; ОЕЛ — общая емкость легких.



Таблица 65

**Дифференциально-диагностические признаки острого периода экзогенного  
аллергического альвеолита, бронхиальной астмы и пневмонии**  
(по А.А. Баранову, Р.Р. Шиляеву, Б.С. Каганову, 2005)

Дифференциально-диагностические признаки	Экзогенный аллергический альвеолит	Бронхиальная астма	Пневмония
Наследственность	—	+	—
Интервал после контакта с аллергеном	5–3 ч	3–10 мин	—
Общие нарушения	Часто	Редко	Часто
Кашель	Сухой	Приступы	Часто влажный
Свистящее дыхание	Редко	Часто	Редко
Хрипы	Мелкопузырчатые, распространенные	Сухие, свистящие распространённые	Нет или локальные влажные
Рентгенологические изменения	Диффузные, симптом матового стекла, реже инфильтрат	Повышение прозрачности легочной ткани	Локализованный инфильтрат или очаг
Нарушения функции внешнего дыхания	Рестриктивные	Обструктивные	Рестриктивные
Кожные пробы	Отрицательные	Положительные	—
Сывороточный IgE	Нормальный	Повышенный	Нормальный
Преципитины	+	—	—

Таблица 66

**Критерии дифференциальной диагностики облитерирующего бронхоолита**  
(по Т.В. Спичак, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Облитерирующий бронхоолит	Бронхиальная астма	Хроническая пневмония
Анамнестические	Предшествующая ОРВИ с бронхообструктивным синдромом	Отягощенная по аллергии наследственность и другие проявления атопии	Перенесенная односторонняя (сегментарная или полисегментарная) пневмония
Клинические: — кашель; — хрипы	Рецидивирующий, малопродуктивный Влажные. Мелкопузырчатые (постоянные)	Рецидивирующий, спастический Сухие свистящие двусторонние (рецидивирующие)	Постоянный, продуктивный Влажные. Среднепузырчатые (локальные)
Рентгенологические: — легочный рисунок; — размеры легкого	Обеднен, обычно с одной стороны Уменьшены	Обеднен в обоих легких Увеличены (гиперинфляция)	Локально сгущен, деформирован Уменьшены
Бронхографические	Дистальная $\frac{1}{3}$ бронхов не заполнена	Бронхи узкие, спазмированные	Локальные деформации и эктазирование бронхов

Дифференциально-диагностические признаки	Облитерирующий бронхолит	Бронхиальная астма	Хроническая пневмония
Сцинтипневмографические	Значительное снижение перфузии в зонах облитерации	Отсутствие значительного снижения перфузии	Значительное локальное снижение перфузии
Вентиляционные нарушения	Часто значительные и необратимые	Отсутствуют в межприступном периоде	Легкие и умеренные

Таблица 67

### Основные дифференциально-диагностические признаки двух форм бронхиальной астмы

(по В.И. Пыцкому, Н.В. Адриановой, А.В. Артомасовой, 1984)

Дифференциально-диагностические признаки	Неинфекционно-аллергическая	Инфекционная
Аллергические заболевания в семье	Часто	Редко (кроме астмы)
Атопические заболевания в личном анамнезе	»	Редко
Связь приступов с определенным аллергеном	»	Отсутствует
Начало заболевания	Обычно в детстве или юности	Обычно после 30 лет
Особенности приступа	Острое начало, быстрое развитие, обычно малая длительность, чаще легкие	Постепенное начало, большая длительность. Часто тяжелые, персистирующие
Патология носа и придаточных пазух	Аллергический риносинусит без признаков инфекции	Аллергический риносинусит, часто полипоз, признаки инфекций
Бронхолегочный инфекционный процесс	Обычно отсутствует	Часто хронический бронхит, пневмония
Эозинофилия крови и мокроты	Как правило, умеренная	Часто высокая
Тип аллергической реакции	Реагиновый, иммунокомплексный	Замедленный
Антитела	Повышен уровень IgE и/или IgG	Уровень IgE нормальный
Специфические IgE	Всегда присутствуют	Всегда отсутствуют
Кожные пробы с экстрактами неинфекционных аллергенов	Положительные по реагиновому и/или иммунокомплексному типу	Отрицательные
Тест с физической нагрузкой	Чаше отрицательный	Часто положительный
Элиминация	Возможна, часто эффективна	Невозможна
$\beta_2$ -адреностимуляторы	Очень эффективны	Умеренно эффективны
Эуфиллин	Очень эффективен	Умеренно эффективен
Интал	Обычно эффективен	Эффективен реже
Кортикостероиды	Эффективны	Эффективны
Прогноз	Обычно благоприятный	Часто неблагоприятный

Таблица 68

### Основные дифференциально-диагностические признаки различных вариантов атопической бронхиальной астмы

(по А.М. Потемкиной, Т.В. Клыковой и Ф.М. Терещенко, 1995)

Дифференциально-диагностические клинические признаки	Варианты atopической бронхиальной астмы		
	пищевая	бытовая	сочетанная
Возраст начала заболевания	До 3 лет	5–7 лет и больше	До 3–5 лет
Возраст, в котором чаще всего встречается заболевание	До 3–6 лет	С 5–7 лет и старше	С 4–5 лет и старше
Этиологические факторы	Пищевые аллергены	Бытовые аллергены	Различные группы неинфекционных аллергенов
Особенности начала заболевания	Постепенное, обычно через стадию предастмы или астматического бронхита	Острое, сразу с типичных приступов экспираторного удушья	Постепенное, как и при пищевой астме
Продолжительность приступов	Несколько суток	Несколько часов	Несколько суток или недель
Частота приступов	Ежемесячно и чаще	2–4 раза в год	Ежедневно или еженедельно
Время суток, наиболее характерное для возникновения приступа	День	Ночь	День и ночь
Связь приступов с внешней обстановкой	Развивается в любом месте	Возникает только в домашних условиях	Развивается в любом месте
Эффективность бронхоспазмолитиков	Низкая, приступы полностью не купируются	Высокая, приступы полностью купируются	Частичная, приступы не всегда купируются
Сочетание с другими аллергическими заболеваниями	Атопический дерматит	Аллергический риносинусит	Атопический дерматит, аллергический риносинусит, лекарственная аллергия
Ведущая сопутствующая соматическая патология	Дисбактериоз кишечника, рецидивирующий бронхит, аденоиды	Типичной патологии нет	Рецидивирующий бронхит, аденоиды, дисбактериоз кишечника, холепатия

Таблица 69

### Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и обструктивного бронхита с учетом клинических данных (по Ю. Мизерницкому, 2008)

Дифференциально-клинические признаки	Диагностически высокозначимые значения	
	для диагноза бронхиальной астмы	для диагноза обструктивного бронхита
<i>1. Клинические особенности бронхообструктивного синдрома</i>		
1. Возраст	> 1,5 года	< 1 года

Дифференциально-клинические признаки	Диагностически высокозначимые значения	
	для диагноза бронхиальной астмы	для диагноза обструктивного бронхита
2. Начало БОС	В 1-е сутки ОРВИ	На 3-й день и позднее
3. Длительность БОС	Менее 2 сут	4 сут и более
4. Повторяемость БОС (сколько раз наблюдался ранее)	2 раза и более	1 раз или впервые
<i>II. Наследственное предрасположение к аллергии и атопический анамнез</i>		
5. Наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями	Да	Нет
6. В том числе наличие бронхиальной астмы по материнской линии	Да	Нет
7. Наличие в анамнезе острых аллергических реакций на пищевые продукты, медикаменты, профилактические прививки	Да	Нет
<i>III. Наличие факторов ante- и постнатальной сенсибилизации</i>		
8. Наличие в анамнезе нефропатии в период беременности у матери	Да	Нет
9. Инфекционные заболевания матери в период беременности	Да	Нет
10. Избыточная бытовая антигенная нагрузка, наличие сырости, плесени в жилом помещении	Да	Нет

Таблица 70

**Дифференциально-диагностические признаки бронхиальной астмы и аллергического альвеолита (по С.В. Рачинскому и соавт., 1996)**

Признаки	Бронхиальная астма	Аллергический альвеолит
Наследственная отягощенность	Часто	Редко
Время появления симптомов после контакта с аллергеном	Через несколько минут при атопической астме	Через 5–8 ч
Свистящее дыхание	Часто	Редко
Хрипы в легких	Преимущественно сухие	Мелкие, влажные, крепитирующие
Общие нарушения	Редко	Часто
Эозинофилия	Часто	Редко
Рентгенологические изменения в легочной ткани или отсутствие изменений	Повышенная прозрачность	Мелкие очаговые тени, понижение воздушности легочной ткани (симптом «матового стекла»)
Нарушение вентиляции	По обструктивному типу	По рестриктивному типу
Кожные аллергические пробы	Часто положительные	Отрицательные
Содержание IgE в сыворотке крови	Часто высокое	Нормальное
Преципитирующие антитела	Отсутствуют	Часто определяются

Таблица 71

**Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и обструктивного бронхита у детей раннего возраста с обструктивным синдромом на фоне ОРВИ**

Признаки			Бронхиальная астма	Обструктивный бронхит
А	1	Возраст	Старше 1,5 лет	Менее 1 года
	2	Обструктивный синдром появился	В 1–2-е сутки ОРВИ	На 3-й день ОРВИ и позднее
	3	Длительность обструктивного синдрома	Менее 2 сут	4 сут и более
	4	Ранее обструктивный синдром отмечался	2 раза и более	Не отмечался или был однократно
	5	Наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями	Есть	Нет
	6	В том числе бронхиальная астма по материнской линии	Есть	Нет
	7	В анамнезе аллергические реакции на пищевые продукты, медикаменты, профилактические прививки	Есть	Нет
	8	Токсикоз II половины беременности у матери	Был	Нет
	9	ОРВИ во время беременности у матери	Имела место	Нет
	10	Сырость в квартире	Есть	Нет
Б	11	Абс. число эозинофилов, $\times 10^9/\text{л}$	$\geq 0,350$	$< 0,350$
	12	Нейтрофилы, %	$\geq 45$	$< 45$
	13	Лимфоциты, %	$< 45$	$\geq 45$
	14	Абс. число лимфоцитов, $\times 10^9/\text{л}$	$< 3,0$	$\geq 3,0$

*Примечание.* ОРВИ — острая респираторно-вирусная инфекция.

Таблица 72

**Клинико-диагностические признаки основных форм моногенно наследуемых болезней легких (по Н.Н. Розиновой, 2001)**

Нозологические формы	Основные клинические проявления	Рентгенобронхологические и функциональные признаки	Специальные показатели
Первичная цилиарная дискинезия	Тотальное поражение респираторного тракта с ранней манифестацией симптомов. Часто обратное расположение внутренних органов	Деформация бронхов, диффузность поражения, упорный гнойный эндобронхит	Неподвижность ресничек, изменение их структуры
Идиопатический диффузный фиброз легких	Прогрессирующая одышка, цианоз, сухой кашель. Потеря массы тела. «Барабанные палочки». Крепитирующие хрипы	Диффузные фиброзные изменения. Рестриктивный тип дыхательных нарушений. Гипоксемия, гиперкапния	—

Нозологические формы	Основные клинические проявления	Рентгенобронхологические и функциональные признаки	Специальные показатели
Семейный спонтанный пневмоторакс	Внезапное появляющиеся боли в боку, отсутствие дыхательных шумов, смещение сердечной тупости в противоположную сторону	Наличие воздуха в плевральной полости, спадение легкого, смещение средостения в противоположную сторону	—
Альвеолярный микролитиаз	Одышка, цианоз, сухой кашель. Клинические проявления могут отсутствовать	Мелкие диффузные тени каменистой плотности	—
Первичная легочная гипертензия	Одышка, преимущественно, при физической нагрузке. Цианоз. Боли в области сердца. Тахикардия, акцент II тона над легочной артерией	Гипертрофия правых отделов сердца. Ослабление легочного рисунка на периферии, расширение корней, их усиленная пульсация	Повышение давления в легочной артерии

Таблица 73

### Дифференциально-диагностические признаки муковисцидоза и бронхиальной астмы у детей в возрасте до 5 лет

(по Л.В. Ульяновой, А.Ф. Неретиной, В.М. Клоковой, 2003)

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания	
	муковисцидоз	бронхиальная астма
Положительный аллергологический анализ	Нет	Есть
Возраст к началу поражений органов дыхания	Чаще в первые месяцы жизни	Чаще после года
Физическое развитие	Как правило, отстает	Нормальное
Кашель	Постоянный, в течение дня приступообразный, коклюшеподобный	Сухой, пароксизмальный, преимущественно ночью
Постоянный характер симптомов	Есть	Нет
Наличие симптомов хронической инфекции дыхательных путей	Есть	Нет
Наличие симптомов локальной легочной недостаточности	Есть	Нет
Потовый тест	Положительный	Отрицательный
Рентгенография грудной клетки	Стойкая тяжистость рисунка, пневмонические очаги, перибронхит, ателектаз, эмфизема	Повышенная воздухонаполненность, усиление рисунка с отчетливой положительной динамикой на фоне лечения
Признаки мальабсорбции	Есть	Нет

Таблица 74

**Дифференциально-диагностические признаки некоторых респираторных заболеваний (по С.В. Рачинскому и соавт., 1996)**

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания		
	ЭАА	Бронхиальная астма	Диссеминированный туберкулез легких
Наследственная отягощенность	Редко	Часто	Редко
Время появления симптомов после контакта с аллергеном	Через 5–8 ч	Через несколько минут при атопической астме	—
Лихорадка	Умеренная, недлительная	Отсутствует	Выраженная
Токсикоз	Небольшой	»	—
Кашель	Сухой, выраженный	Сухой, приступообразный	Сухой, частый
Одышка	Выраженная, смешанного типа	Выраженная, обструктивного типа, с душьем	Выраженная, смешанного типа
Хрипы в легких	Мелкопузырчатые влажные, крепитирующие, рассеянные	Рассеянные, сухие, свистящие, реже в сочетании с влажными	Мелкопузырчатые влажные, рассеянные
Изменение состава крови	Умеренный нейтрофоз, лейкоцитоз	Эозинофилия	Нейтрофоз, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ
Рентгенологические изменения	Мелкие очаговые тени, понижение воздушности легочной ткани (симптом «матового стекла»)	Вздутие легких	Обильные мелкоочаговые тени на всей поверхности легких
ФВД	Чаще рестриктивный тип ВН	Резко выраженные обструктивные нарушения	Резко выраженная дыхательная недостаточность
Гипоксемия	Умеренная	Выраженная	Выраженная
Кожные аллергические пробы	Отрицательные	Чаще положительные	Положительные туберкулиновые пробы
Уровень IgE	Норма	Значительно повышен	Норма
Специфические преципитирующие антитела IgG	Часто определяются	Отсутствуют	Отсутствуют
Другие данные	—	—	Часто обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте и промывных водах желудка и др. локализациях туберкулеза

*Примечание.* ЭАА — экзогенный аллергический альвеолит; ФВД — функция внешнего дыхания; ВН — вентиляционная недостаточность.

Таблица 75

**Дифференциальная диагностика атопии и псевдоатопии**  
(по Н.М. Кузнецовой, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Атопические реакции	
	истинные	«ложные» (псевдоатопия)
Пол	Любой	Чаще женский
Атопические заболевания в семье	Часто	Редко
Сопутствующие заболевания	Атопические (бронхиальная астма, поллиноз и др.)	Желудочно-кишечные и нейро-эндокринные заболевания
Число групп аллергенов	1–2	Много различных по строению аллергенов
Зависимость силы реакции от дозы аллергена	Нет	Есть
Количество аллергена, вызывающее реакцию	Минимальное	Относительно большое
Реакция на плацебо	Нет	Есть
Реакция на первый контакт с аллергеном	Нет	Может быть
Кожные тесты	Положительные	Чаще отрицательные
Эозинофилия крови	Есть	Может не быть
Уровень общего IgE	Повышен	В пределах нормы
Специфические IgE	Есть	Нет
Возможность пассивного переноса гиперчувствительности	Есть	Нет

Таблица 76

**Дифференциальная диагностика поллинозов и ринопатий**  
(по А.Е. Ситкевичу, А.Г. Казеко)

Дифференциально-диагностические признаки	Поллинозы	Ринопатия		
		аллергическая	вазомоторная	инфекционная
Зуд (глаза, нос, нёбо)	+++	+++	–	–
Поражение конъюнктивы, отек века	++	++	–	–
Приступ чихания (10 раз и более)	+++	++	(+)	(+)
Отсутствие носового дыхания	++	++	+++	+++
Бледная, со свинцовым отливом слизистая оболочка носа	++	++	–	–
Образование полипов	(+)	+	(+)	++
<i>Rhinitis externa</i>	–	–	–	++
Назальная секреция	Обильная (прозрачная)	Обильная (прозрачная)	Обильная (прозрачная)	Гнойная (желтоватая)

Продолжение таблицы ↗



Окончание табл. 76

Дифференциально-диагностические признаки	Поллинозы	Ринопатия		
		аллергическая	вазомоторная	инфекционная
Хрипота	—	—	—	++
Фарингит	—	—	—	++
Рентгенограмма пазух носа	Диффузные затемнения	Вуалеподобные	Редко полипы	Массивные затемнения
Шейные лимфатические узлы	—	—	—	++
Лихорадка	—	—	—	++
Головные боли («невралгия»)	—	—	—	++
Недостаточность обоняния	—	—	—	++
Непереносимость анальгетиков (псевдоаллергия)	—	+	—	++
Сезонные проявления	+++	—	—	—

Примечание. Степень выраженности — «+++»; «++»; «+»; «-».

Таблица 77

### Дифференциальная диагностика аллергического и вазомоторного ринита (по А. Баранову, Л. Намазовой, Л. Огородовой и соавт., 2007)

Клинические критерии	Аллергический ринит	Вазомоторный ринит
Особенности анамнеза	Начинается с раннего детства	Начинается в старшем возрасте
Контакт с причинно значимым аллергеном	Пыльца растений, домашняя пыль и др.	Аллерген не выявляют
Сезонность заболевания	Может носить сезонный характер	Сезонность не характерна
Эффект элиминации	Присутствует	Отсутствует
Другие аллергические заболевания	Часто присутствуют	Отсутствуют
Наследственная предрасположенность	Часто присутствует	Отсутствует
Другие критерии	Анатомические дефекты выявляют редко; сочетание с конъюнктивитом, бронхиальной астмой, атопическим дерматитом, аллергической крапивницей	Развитию вазомоторного ринита часто предшествуют длительное применение сосудосуживающих капель, искривление или дефект перегородки
Риноскопия	Слизистая оболочка бледно-розовая (вне обострения), цианотичная отечная (при обострении)	Слизистая оболочка синюшная, мраморная, пятна Воячека, гипертрофия слизистой оболочки
Кожные тесты	Положительные с причинно значимыми аллергенами	Отрицательные
Содержание эозинофилов в крови	Часто повышено	Обычно нормальное
Концентрация общего IgE в крови	Повышена	В пределах нормы

Клинические критерии	Аллергический ринит	Вазомоторный ринит
Эффект применения антигистаминных препаратов/местных глюкокортикоидов	Выраженный положительный	Отсутствует

Таблица 78

### Дифференциальная диагностика себорейного и атопического дерматита (по Р.А. Полину, М.Ф. Дитмару, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	себорейный дерматит	атопический дерматит
Возраст начала заболевания	Дети младше 6 мес. или подростки	Впервые симптомы заболевания могут появиться в возрасте 2–12 мес., затем обычно сохраняются в течение всего периода детского возраста
Цвет сыпи	Оранжево-розовый	Розовый, красный (при воспалении)
Локализация сыпи	Лицо, волосистая часть головы, особенно за ушами, подмышечные впадины и паховая область	Щеки, туловище и разгибательные поверхности конечностей
Чешуйки	Желтоватые, сальные	Беловатые, не сальные
Наличие зуда	Нет	Может быть сильно выраженным
Лихенизация (утолщение кожи с выраженной рельефностью легкого рисунка)	Нет	Может быть выражена
Реакция на местное применение кортикостероидов	Быстрая	Медленная
Сопутствующие признаки	Нет	Складки Денни–Моргана, аллергические звездочки, складки на ладонях, белый дермографизм

Таблица 79

### Дифференциально-диагностические признаки двух форм ангионевротического отека (по В.И. Пыцкому, Н.В. Адриановой, А.В. Артомасовой, 1984)

Дифференциально-диагностические признаки	Наследственный ангионевротический отек	Аллергический ангионевротический отек
Начало заболевания	С раннего детства	Чаще у взрослого
Продромальный период	Выражено	Нет или слабо выражен
Наследственность	По аутосомальному доминантному типу. Члены семьи из поколения в поколение страдают отеками гортани. Есть случаи летальных исходов	В 30–40% по восходящей или нисходящей линии отмечаются аллергические заболевания

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 79

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Наследственный ангионевротический отек</b>	<b>Аллергический ангионевротический отек</b>
Заболевание провоцируют	Микротравма, ранение, операция и другие виды стресса	Различные аллергены
Начало заболевания	Отек формируется в течение нескольких часов	Отек возникает на протяжении от нескольких минут до часов
Крапивница	Отсутствует	Часто имеет место
Локализация	Чаще верхние дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт	Различная. В 25% отек гортани
Внешний вид отека	Бледный, очень плотный, разлитой, захватывающий большой участок	Величина и консистенция варьируют. Цвет бледный, бледно-розовый, иногда синюшный
Течение заболевания	Ремиссии больше года. Часто непрерывные атаки	Обострение заболевания зависит от контакта с аллергеном
Гормоны, антигистаминные препараты	Неэффективны	Эффективны
Прогноз	Неблагоприятный	Благоприятный
Инактиватор С1	Снижен, нормален, увеличен	Норма
Инактиваторы С4, С2	Снижены	»

**Дифференциальная диагностика аллергических заболеваний глаз**  
(по А.Е. Ситкевичу, А.Г. Казеко, 1997)

Дифференциально-диагностические признаки	Аллергический острый конъюнктивит	Весенний конъюнктивит	Сухой конъюнктивит	Вирусный острый конъюнктивит	Бактериальный острый конъюнктивит	Контактный дермаконъюнктивит	Стафилококковый блефароконъюнктивит	Себорейный дерматит
Наличие сезонных изменений	Да	Да	Нет	По временам обычно нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Зуд	Сильно выражен	Сильно выражен	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет
Раздражение конъюнктивы	Обычно нет	Обычно нет	Выраженное	Обычно имеется	Не всегда	Нет	Нет	Нет
Поражение век (или краев век)	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Не всегда	Да	Да
Поражение обоих глаз	Да	Да	Да	Не всегда	Не всегда	Обычно да	Обычно да	Да
Выделения из глаз	Небольшое увеличение	Липкие и тягучие	Небольшое количество, слизистые	Водянистые	Слизистогнойные	Не всегда	В ранние часы (до полудня) гнойные выделения	Нормальные
Примечания	Очень сильный зуд	Наблюдается в теплое время года; обычно развивается у детей; сильный зуд	Сочетается с аутоиммунными заболеваниями (синдром Шегнера); сухость во рту	Фолликулярный конъюнктивит; следует ожидать увеличение околоушных лимфатических узлов	Гнойный экссудат	Зуд обычно поражает и кожу век	Выпадение ресниц; сочетается с себореей; выраженные корочки на веках	Себорея развивается и на других участках тела (на скулах, бровях, коже головы)

## 3.2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Таблица 81

Основные болезни органов пищеварения, вызывающие  
гастроинтерстициальные симптомы (по И.А. Левину (под ред.), 1997)

Симптомы	Дети грудного возраста	Дети старше 1 года
Дисфагия	Нервно-мышечные расстройства (церебральный паралич). Атрезия пищевода	Химическое или физическое повреждение пищевода. Пептический эзофагит
Срыгивание	Желудочно-пищеводный рефлюкс. Трудности, возникающие при кормлении	Желудочно-пищеводный рефлюкс
Анорекция	Стоматит. Кишечная инфекция	Гепатит. Колит. Целиакия
Диарея	Кишечная инфекция. Некротический энтероколит. Целиакия. Непереносимость лактозы. Муковисцидоз	Кишечная инфекция. Колит. Гепатит. Синдром Рея. Болезнь Крона
Рвота	Врожденная непроходимость. Стеноз привратника. Атрезия пищевода. Инвагинация кишечника. Кишечная колика. Кишечная инфекция. Диафрагмальная грыжа	Аппендицит. Панкреатит. Гастрит. Кишечная инфекция, пищевое отравление. Непроходимость кишечника (спайки, заворот кишки). Колит. Гепатит. Синдром Рея
Запор	Непроходимость кишечника. Атрезия. Болезнь Гиршпрунга. Мекониевая непроходимость кишечника	«Функциональный» запор. Эквивалент мекониевой непроходимости кишечника
Гепатомегалия	Панкреатит. Цирроз. Болезнь «накопления». Опухоль	Гепатит. Цирроз. Застойная печень. Опухоль
Боли в животе	Кишечная колика новорожденных. Кишечная инфекция. Инвагинация кишечника. Заворот кишок. Перитонит	Аппендицит. Кишечная инфекция. Колит. Терминальный плент (болезнь Крона). Непереносимость лактозы. Пептическая язва. Панкреатит — очень редко у грудных детей. Холецистит. Перитонит. Рецидивирующий болевой синдром
Кровавая рвота	—	Гастрит (аспириновый). Эзофагит. Варикозное расширение вен пищевода. Пептическая язва. Стрессовая язва
Кровавый стул	Инвагинация кишечника. Бактериальная инфекция. Некротический энтероколит. Анальная трещина. Дивертикул Меккеля	Бактериальная инфекция. Паразитарная инвазия. Колит. Пептическая язва. Дивертикул Меккеля. Полипы кишечника. Анальная трещина
Увеличение живота	Нарушение проходимости дистальных отделов (болезнь Гиршпрунга). Некротический энтероколит. Кишечная инфекция. Целиакия. Муковисцидоз. Грыжа (паховая или пупочная). Хилезный асцит	Функциональный запор. Аэрофагия. Обструкция кишечника. Целиакия. Муковисцидоз. Кишечная инфекция. Асцит
Желтуха (гипербилирубинемия)	Синдром Жильбера. Гепатит (А, В и др.). Метаболические нарушения. Галактоземия. Тирозинемия. Недостаточность $\alpha_1$ -антитрипсина. Атрезия желчных протоков. Перинатальные инфекции	Хронический активный гепатит. Цирроз печени. Реакция на лекарства. Метаболические нарушения. Болезнь Вильсона—Коновалова. Недостаточность $\alpha_1$ -антитрипсина. Киста желчного протока

**Дифференциально-диагностические критерии заболеваний желчевыводящих путей у детей**  
(по Н.П. Шабалову; цит. по А.М. Запруднову и соавт., 1995)

Дифференциально-диагностические критерии	Форма дискинезии		Хронический холецистохолангит	Желчнокаменная болезнь
	гипертоническая	гипотоническая		
Анамнез	Невротические реакции, эмоциональные нагрузки, лабильность вегетативной нервной системы	Отрицательные эмоции, физические нагрузки	Слабость, вялость, признаки интоксикации, полигиповитаминоз	Предшествующие заболевания билиарной системы
Семейная предрасположенность	Характерна	Характерна	Характерна	Характерна
Сезонность обострения	Осенне-весенний период	Не характерна	Осенне-весенний период	Не характерна
Длительность заболевания	До 1 года	1–1,5 года	1,5–2 года	Длительно
<i>Характер болевого синдрома</i>				
Постоянные боли	Не характерны	Характерны	Характерны	Характерны
Связь с погрешностями в диете	Через 30–40 мин после приема холодной пищи	Через 1–1,5 ч после приема пищи, особенно жирной	Через 1,5–2 ч после приема пищи, особенно жирной и жареной	Сразу после приема пищи
Приступообразная боль	Характерна	Не характерна	Характерна	Характерна в период обострения
Локализация болей в правом подреберье	»	Характерна	»	Характерна
Ноющие тупые боли	Не характерны	Характерны	Не характерны	Характерны

**Дифференциально-диагностическая клиническая характеристика основных пороков развития, повреждений и заболеваний желчного пузыря**

Название порока развития, повреждения и заболевания	Основные клинические проявления	Методы исследования			
		дуоденальное зондирование	исследование крови	рентгенологическое исследование	другие методы исследования
1	2	3	4	5	6
<b>ПОРОКИ РАЗВИТИЯ</b>					
Аномалии расположения	Обычно отсутствуют. При пузыре, имеющем «брыжейку», могут быть тянущие боли в правом подреберье	Без изменений	Без изменений	При холецисто- и холеграфии тень желчного пузыря может находиться на нижней поверхности левой доли печени, в поперечной борозде печени, на месте круглой связки, а иногда и внутрипеченочно	При ультразвуковом исследовании и радиохолецистографии выявляется расположение желчного пузыря в нетипичном месте. В случае внутрипеченочного расположения желчного пузыря на сканограммах определяется дефект в тени печени
Аплазия (агенезия)	Отсутствуют	Отсутствие желчи в порции В	»	При холеграфии тень желчного пузыря и пузырного протока отсутствует, сохраняется обычный калибр печеночного и общего желчного протоков. На томограммах тень желчного пузыря отсутствует	При ультразвуковом исследовании не выявляется полость желчного пузыря. При радиохолецистографий и динамической скинтиграфии накопления желчи в желчном пузыре не определяется
Атрезия	Отсутствуют, если нет сопутствующей атрезии желчных протоков	То же	»	При холеграфии на фоне контрастированных желчных протоков не выявляется тени желчного пузыря	При ультразвуковом исследовании не выявляется полость желчного пузыря, а при радиохолецистографий не обнаруживается накопление желчи в желчном пузыре

1	2	3	4	5	6
Гипоплазия	Как правило, отсутствуют	Значительное уменьшение количества желчи в порции В	»	При холецисто- и холеграфии тень желчного пузыря отсутствует либо резко уменьшена; функция желчного пузыря сохранена	Эхография и радиохолецистография с динамической сцинтиграфией позволяют обнаружить уменьшение полости желчного пузыря, а иногда и ее отсутствие
Дивертикулез	Отсутствуют	Без изменений	»	С помощью холеграфии выявляются дополнительные тени овальной или иной формы, проецируемой на основную тень желчного пузыря	Изменения очертаний контуров пузыря в области расположения дивертикулов при эхографии и радиохолецистографии не выявляются
Удвоение желчного пузыря	Как правило, отсутствуют	»	»	С помощью холеграфии обнаруживается тень двух желчных пузырей с самостоятельными пузырными протоками, которые сливаются вместе. Разделенный желчный пузырь контрастируется в виде двух теней, соединяющихся в одну	Ультразвуковое исследование и радиохолецистография позволяют обнаружить наличие двух желчных пузырей с самостоятельными пузырными протоками; возможно удвоение желчного пузыря за счет продольной перегородки в его просвете
<b>ПОВРЕЖДЕНИЯ</b>					
Закрытое повреждение	В момент травмы возникают острые боли в месте повреждения. После кратковременного стихания боли вновь резко усиливаются в связи с развитием желчного перитонита, протекающего	Не показано	При кровотечении — снижение гематокрита и гемоглобина; по мере нарастания перитонита — лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличенная СОЭ	При обзорной рентгеноскопии и рентгенографии брюшной полости можно обнаружить наличие жидкости (крови, желчи) в правой половине брюшной полости и между петлями кишок	С помощью эхографии можно выявить свободную жидкость в брюшной полости, а также изменения контуров желчного пузыря. При радиохолецистографии отмечается быстрое исчезновение

*Продолжение таблицы* ↩



1	2	3	4	5	6
	с выраженным напряжением брюшной стенки в правой половине живота, появлением симптомов Блюмберга—Щеткина и Ортнера, а также отставанием правой половины живота при дыхании. При отрыве желчного пузыря может наступить острое внутрибрюшное кровотечение				радиоактивности над желчным пузырем, а динамическая сцинтиграфия позволяет выявить быстрое опорожнение желчного пузыря и накопление радионуклида в правой половине брюшной полости и между петлями кишок
Ранение	Аналогичны наблюдения при закрытых повреждениях. Кроме того, из раны правого подреберья могут вытекать желчь и кровь. При одновременном ранении печени возможна картина острого внутрибрюшного кровотечения	»	Те же, что и при закрытых повреждениях	Обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости иногда позволяют выявить свободную жидкость (кровь, желчь) в брюшной полости. Холеграфия не показана	С помощью эхографии можно обнаружить наличие свободной жидкости в правой половине брюшной полости, при радиохолецистографии — те же изменения, что и при закрытой травме желчного пузыря
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ</b>					
<i>Дискинезии:</i>					
— гипертонически-гиперкинетическая форма	Боли схваткообразного характера в правом подреберье и в подложечной области с иррадиацией в правую половину грудной клетки, под правую лопатку, в правую ключицу. Боли длятся несколько	Пузырный рефлекс лабильный, иногда самопроизвольный, до введения раздражителя эвакуация желчи из желчного пузыря ускорена. Количество желчи в порции В уменьшено	Без изменений	При холецистографии и холеграфии видна интенсивная тень желчного пузыря сферической или овальной формы. Размеры пузыря уменьшены, опорожнение ускорено. Отмечается	При ультразвуковом исследовании изменены форма и размеры желчного пузыря, нарушено его опорожнение при приеме желчегонных средств; стенка пузыря не изменена. По данным

1	2	3	4	5	6
	<p>часов, иногда сопровождаются картиной вегетативного криза; снимаются после применения тепла и спазмолитических средств. Во время приступа наблюдаются болезненность при пальпации и напряжение брюшной стенки в правом подреберье. Вне приступа пальпация живота безболезненна</p>			<p>гипертонический стаз в двенадцатиперстной кишке. При опорожнении пузыря хорошо контрастируются желчные протоки</p>	<p>радиохолецистографии и динамической сцинтиграфии, желчный пузырь чаще расположен высоко, округлой формы; отмечаются ускорение наполнения и опорожнения пузыря, укорочение латентного периода пузыряного рефлекса. При термографии интенсивность излучения не изменена</p>
<p>— гипотонически-гипокINETическая форма</p>	<p>Боли в правом подреберье с иррадиацией в подложечную область и область пупка, ноющего характера, сопровождающиеся чувством распирания. Возникают обычно при заболеваниях других органов (желудка, кишечника) или связаны с волнениями, нервным перенапряжением. Период обострения длится несколько дней, иногда возникают кратковременные острые боли. Боли стихают после приема пищи, желчегонных</p>	<p>Пузырный рефлекс ослаблен, непостоянный, осуществляется при применении сильного раздражителя. Количество желчи в порции В увеличено, окраска ее темно-желтая, застойная. Опорожнение желчного пузыря удлинено во времени, иногда с перерывами</p>	<p>Без изменений</p>	<p>При холецисто- и холеграфии отмечается увеличение размеров желчного пузыря, часто его опущение; форма желчного пузыря удлиненная и расширяющаяся книзу, меняющаяся при перемене положения тела. Опорожнение пузыря замедлено; иногда отмечаются вдавления от соседних органов. Рентгенологически часто выявляются гипотония желудка, двенадцатиперстной кишки, висцероптоз</p>	<p>При ультразвуковом исследовании выявляются такие же изменения, как и при гипертонической форме. Радиохолецистография и динамическая сцинтиграфия позволяют обнаружить опущение и увеличение размеров желчного пузыря, удлинение латентного периода и замедление опорожнения пузыря, уменьшение скорости выведения желчи</p>

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
	<p>средств и дуоденального зондирования. При пальпации отмечается умеренная болезненность в области желчного пузыря, иногда чувствительность по ходу кишечника</p>				
ЗАБОЛЕВАНИЯ					
<p>Водянка желчного пузыря</p>	<p>Жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, отрыжку. При пальпации отмечается увеличенный желчный пузырь в виде слегка подвижного эластического безболезненного образования</p>	<p>Отсутствие желчи в порции В</p>	<p>Без изменений</p>	<p>На обзорных снимках иногда видна тень увеличенного желчного пузыря, может определяться конкремент в проекции шейки пузыря. При холеграфии тень желчного пузыря не усиливается либо не выявляется при наличии рентгеноконтрастного вещества в желчных протоках. На стенках двенадцатиперстной кишки и поперечной ободочной кишки определяются вдавления от увеличенного желчного пузыря</p>	<p>При ультразвуковом исследовании отмечается резкое увеличение размеров желчного пузыря, обнаруживаются камни в шейке пузыря. Радиохолецистография и динамическая сцинтиграфия позволяют выявить отсутствие накопления радионуклида в желчном пузыре</p>

1	2	3	4	5	6
Желчнокаменная болезнь	Во время приступа болей отмечаются напряжение и болезненность живота, ограничение подвижности брюшной стенки. Иногда приступы болей сопровождаются желтухой. Вне приступа живот мягкий, могут отсутствовать все болевые точки и зоны кожной гиперестезии. При наличии водянки пузыря может пальпироваться увеличенный и напряженный желчный пузырь	Часто отсутствие пузырного рефлекса и желчи в порции В, снижение концентрационной функции пузыря. Иногда в желчи в порции В определяются в большом количестве кристаллы холестерина и билирубината кальция	Во время приступа могут быть лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличенная СОЭ, билирубинемия, гипергликемия, увеличение амилазы, вне приступа кровь не изменена	При наличии смешанных или известковых камней на обзорной рентгенограмме видны тени конкрементов; при холецистографии и холеграфии холестериновые и пигментные камни дают просветления или дефекты наполнения. Часто тень желчного пузыря при холецисто- и холеграфии отсутствует	На эхограммах обычно хорошо видны крупные и мелкие камни желчного пузыря, стенка которого может быть диффузно либо локально утолщена. Отсутствие накопления радиофармацевтического препарата в желчном пузыре при радиохолецистографии и динамической скинтиграфии свидетельствует о нефункционирующем, отключенном желчном пузыре. При термографии во время обострения заболевания интенсивность инфракрасного излучения может увеличиваться
Заворот желчного пузыря	Внезапные сильные боли в правом подреберье и всей правой половине живота, вплоть до развития шока. Резкое напряжение брюшной стенки. Иногда пальпируется желчный пузырь в виде плотноэластического болезненного образования	Не показано	Лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличенная СОЭ	На обзорной рентгенограмме могут определяться слабая тень увеличенного желчного пузыря и тени конкрементов	При эхографии часто выявляется увеличенный желчный пузырь с утолщенными стенками, иногда инфильтрация околопузырной клетчатки; также могут определяться конкременты. При термографии отмечается резкое усиление интенсивности излучения в правом подреберье

Продолжение таблицы ↪

1	2	3	4	5	6
<p>Паразитарные заболевания (лямблиоз, эхинококкоз, аскаридоз и др.)</p>	<p>Разнообразны: от периодически наступающих неопределенной локализации болевых ощущений до клинической картины острого холецистита</p>	<p>Моторная функция желчного пузыря может быть замедлена, ускорена или не изменена. В желчи нередко обнаруживаются слизь, лейкоциты, клетки цилиндрического эпителия. Характерно обнаружение цист или вегетативных форм лямблий, яиц кошачьей или китайской двуустки, кишечной угрицы или других паразитов</p>	<p>Эозинофилия, небольшой лейкоцитоз, увеличенная СОЭ</p>	<p>При холецистографии отмечается нарушение тонуса и опорожнения желчного пузыря. Иногда моторно-эвакуаторная функция нормальная. Может быть деформация пузыря, изредка явления перихолецистита</p>	<p>При эхографии могут выявляться диффузные или локальные утолщения стенки желчного пузыря, а иногда и эхоструктуры, не дающие акустической тени. При эхинококкозе обнаруживается киста вблизи желчного пузыря. При радиохолецистографии иногда отмечается нарушение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, изменение его контуров при эхинококкозе</p>
<p>Перихолецистит</p>	<p>Боли в правом подреберье при перемене положения тела. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье. В период обострения воспалительного процесса — клиническая картина острого холецистита</p>	<p>Изменения те же, что и при хроническом холецистите</p>	<p>В период обострения — лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ</p>	<p>Холецистографически выявляют изменение нормального положения желчного пузыря; отсутствие его смещения при перемене положения тела; деформация тени пузыря, замедление его опорожнения при рентгенологическом исследовании жел.-киш. тракта обнаруживается ограничение смещаемости двенадцатиперстной и поперечной ободочной кишок, иногда желудка</p>	<p>При ультразвуковом исследовании выявляются деформация желчного пузыря, ограниченная его смещаемость, утолщение стенки пузыря, иногда уменьшение его размеров. При термографии обнаруживается усиление интенсивности инфракрасного излучения при обострении воспалительного процесса</p>

1	2	3	4	5	6
Холестероз	Постоянные тупые боли в правом подреберье, иногда острые боли колющего характера, связанные с переменой положения тела; у большинства больных клиническая картина сходна с картиной хронического холецистита	Желчь в порции В очень концентрированная, темная и густая, но прозрачная; иногда в ней имеются кристаллы холестерина	Иногда отмечается гиперхолестеринемия	При холецистографии выявляется нарушение сократительной функции желчного пузыря, тень его появляется медленно, имеет пятнистый вид; при полипозной форме можно иногда определить небольшие пристеночные дефекты наполнения и не перемещающиеся в просвете пузыря	При ультразвуковом исследовании нередко определяется изменение стенки желчного пузыря, наличие в его просвете экзогенных структур, расположенных пристеночно, не смещающихся и не дающих акустической тени
Холецистит острый	Появление острых интенсивных болей в правом подреберье, подложечной области или в правой подвздошной области с иррадиацией по всему животу, в правую ключицу и лопатку, в правую половину грудной клетки, иногда в область сердца. Боли обычно возникают после нарушения диеты, физического напряжения, иногда беспричинно, сопровождаются тошнотой, часто появляется повторная рвота. При осмотре выявляют ограничение подвижности брюшной стенки при дыхании.	Противопоказано	Лейкоцитоз и нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, иногда гипергликемия, повышение содержания амиллазы; при желтухе — гипербилирубинемия	Иногда на обзорной рентгенограмме видна тень желчного пузыря, желчных камней. Может быть ослабление подвижности правого купола диафрагмы. Двенадцатиперстная кишка иногда раздута. Холецисто- и холеграфия при остром воспалительном процессе не показаны	На эхограммах нередко видны тени конкрементов, стенка пузыря утолщена, иногда является пристеночная мелкозернистая неомогенность, а также специфический признак — скопление жидкости вокруг желчного пузыря в виде ободка без эхосигналов; при развитии осложнений обнаруживается инфильтрация околопузырной клетчатки. При термографии резко увеличивается интенсивность излучения в правом подреберье, над областью печени, иногда

Продолжение таблицы ↗

1	2	3	4	5	6
	<p>При пальпации отмечается значительная болезненность, иногда напряжение стенки живота, особенно в правом подреберье. При поколачивании по правой реберной дуге наблюдается болезненность (симптом Ортнера). Выражены симптомы раздражения брюшины. Язык сухой, обложенный. Пульс учащен, температура тела повышена. Возможна желтуха при закупорке общего желчного протока или развитии восходящего холангита</p>				<p>в эпигастральной и левой подреберной областях. Радионуклидные методы исследования противопоказаны</p>
Холецистит хронический	<p>Боли в правом подреберье, иногда принимающие характер колики; возникают периодически, могут исчезать на продолжительный срок, чаще появляются после погрешностей в диете. При наличии конкрементов в общем желчном протоке могут отмечаться субиктеричность склер, темная моча. Иногда на первый план выступают симптомы расстройств ЖКТ; боли в эпигастрии,</p>	<p>Нарушение латентного периода и темпа опорожнения желчного пузыря. При микроскопии иногда выявляют много лейкоцитов, слизи, цилиндрического эпителия желчных путей, особенно в желчи в порции В. Снижена концентрационная функция пузыря</p>	<p>В период обострения — лейкоцитоз, увеличение СОЭ, иногда нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Вне периода обострения кровь не изменена</p>	<p>На обзорных снимках иногда определяется тень уплотненного желчного пузыря и желчных камней. Выявляется ослабление тени желчного пузыря при холецистографии, нередко — деформация пузыря, нарушение его наполнения, опорожнения, тонуса и концентрационной способности; явления перихолецистита. Иногда рентгенологическая картина остается нормальной. При наличии</p>	<p>При эхографии определяются диффузное или локальное утолщение и уплотнение стенки желчного пузыря, деформация его просвета, реже отсутствие полости пузыря при наличии плотного конгломерата в месте проекции пузыря с акустической тенью; при наличии камней в пузыре обнаруживаются эхоплотные структурные элементы в его полости, дающие акустическую тень.</p>

1	2	3	4	5	6
	по ходу толстой кишки, изжога, иногда поносы. Часто наблюдаются расстройства питания, вегетативные нарушения			камней определяются дефекты наполнения. При рентгеноскопии ЖКТ выявляются гиперкинезия желудка с его ранним опорожнением, бульбостаз	Радиохолецистография определяет степень нарушения концентрационной функции пузыря, наполнения и опорожнения

#### ОПУХОЛИ

Доброкачественные опухоли (аденома, липома, миома, фиброма и др.)	Отсутствуют, иногда отмечаются симптомы хронического холецистита	Без изменений, иногда имеются изменения, характерные для хронического холецистита	Без изменений	При холецистографии отмечаются дефекты наполнения, не смещающиеся при перемене положения тела и пальпации	При ультразвуковом исследовании могут выявляться очаги повышенной плотности, расположенные пристеночно, не смещающиеся при перемене положения тела и не дающие акустической тени. На радиохолецистограмме отмечаются дефекты наполнения внутри контуров желчного пузыря
Рак желчного пузыря	Специфические симптомы отсутствуют. В начале заболевания клиническая картина сходна с хроническим холециститом, затем присоединяются прогрессирующее похудание, нарастающая слабость, желтуха. В правом подреберье пальпируется плотная бугристая опухоль, печень часто увеличена, с узлами метастазов. В запущенных стадиях развивается асцит	Отсутствует пузырный рефлекс. Во всех порциях желчи в большом количестве обнаруживают опущенные эпителиальные клетки, лейкоциты, слизь, клеточный детрит, нередко свежие эритроциты; при микроскопии иногда можно выявить раковые клетки	Увеличенная СОЭ, анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз, гипербилирубинемия	При холецистографии желчный пузырь чаще не выявляется, но иногда в контрастированном пузыре определяется дефект наполнения с неровными контурами	При эхографии определяются резкое утолщение стенки пузыря, очаги повышенной плотности без четкой акустической тени; деформация и уменьшение полости желчного пузыря; иногда в процесс вовлекаются паренхимы печени. Компьютерная томография позволяет иногда уточнить диагноз и распространенность процессов на ткань печени



**Дифференциальная диагностика диспанкреатизма, реактивного и хронического панкреатита**  
(по Д.П. Шабалову, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Диспанкреатизм	Панкреатит	
		реактивный	хронический
Определение	Обратимые нарушения функции без морфологических изменений	Интерстициальный ОП на фоне обострения хронических гастродуоденальных, билиарных заболеваний	Воспалительно-дегенеративный процесс с развитием фиброза и экзокринной недостаточности
Характер и локализация боли	Нестойкие, разлитые, перемещающиеся из подреберья в подреберье	Интенсивные, над пупком и левее, иррадиирующие влево и в спину, постоянные или после еды	Рецидивы болей или слабые постоянные боли
Болезненность	Эпигастрий, подреберья, точка Мейо—Робсона	Зоны Шоффара, Губергрица, симптомы Карте, Мейо—Робсона, Кача	Симптомы Мейо—Робсона, Кача, Готта, болезненность в зонах Шоффара, Губергрица
Диспепсические расстройства	Тошнота, метеоризм, отрыжка	Тошнота, рвота, метеоризм, иногда кратковременная диарея	Полифекалия, стул кашицеобразный, блестящий, иногда чередование поносов и запоров
Данные копрограммы	Норма	Норма или непостоянная стеаторея	Стеаторея нейтральным жиром, реже с креатореей
Показатели амилазы крови и мочи	Непостоянно повышена	Повышена	Может быть повышенной или нормальной
Данные УЗИ	Увеличение размеров частей ПЖ (могут быть нормальные размеры), экзогенность и экоструктура нормальные	Увеличение поджелудочной железы, ровные нечеткие контуры, снижение экзогенности	Гиперэхогенность ПЖ, изменение формы, размеров, контуров, может быть расширение протока поджелудочной железы
ЭГДС	Признаки дуоденита, папиллита	Признаки дуоденита, папиллита	Возможны варианты

*Примечание.* ОП — острый панкреатит; ПЖ — поджелудочная железа; ЭГДС — энтерогастродуоденальные симптомы.

**Дифференциально-диагностические критерии моно- и дисахаридазной недостаточности**  
(по Н.А. Коровиной, И.Н. Захаровой, Н.Е. Маловой, 2002)

Диагностические критерии	Недостаточность лактазы	Недостаточность мальтазы	Недостаточность сахаразы
Манифестация заболевания	С первых дней жизни	С введением прикормов: фруктов, овощей, смесей с мальтозой	С введением смесей с сахарозой
Клинические признаки	Срыгивание, рвота, диарея с кислым запахом, пеной, беспокойство, метеоризм, боли в животе, кишечные колики	Рвота, диарея	Ожирение, кариес, дерматиты, диарея
Тип наследования	Доминантный	Рецессивный	Рецессивный
Начало заболевания	Срыгивание, рвота, метеоризм, понос		
Аппетит	Сохранен	Сохранен	Сохранен
Явления токсикоза	±	Нет	Нет
Явления эксикоза	Выражены	Нет	Нет
РН кала	< 5,5	< 5,5	< 5,5
Изменение ферментативной активности при исследовании кала	+	±	±
Прирост гликемии при нагрузке лактозой (норма 1,59 ммоль/л)	Отсутствует или снижен	Норма	Норма
Прирост гликемии при нагрузке сахарозой (норма 1,59 ммоль/л)	Норма	»	Резко снижен
Прирост гликемии при нагрузке мальтозой (норма 1,59 ммоль/л)	»	Резко снижен	Норма
При рентгенологическом исследовании ЖКТ с барием — ускорение кишечного пассажа при проведении провокационных тестов	Провокационный тест с лактозой	Провокационный тест с мальтозой	Провокационный тест с сахарозой
Снижение активности фермента слизистой тонкого кишечника	Лактаза	Мальтаза	Сахараза
Морфологические изменения слизистой оболочки кишечника	Нет	Нет	Нет
Эффект от лечения	При исключении лактозы (молока)	При исключении мальтозы (фрукты, овощи, смеси, содержащие мальтозу и крахмал)	При исключении сахарозы и смесей, содержащих ее

Таблица 86

**Дифференциальная диагностика муковисцидоза и целиакии**

(по Е.П. Сушко, Л.М. Тупковой, В.А. Селезневой, 1984)

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Муковисцидоз</b>	<b>Целиакия</b>
Расстройство пищеварения	Нарушение ферментативной деятельности	Нарушение всасывания в тонком кишечнике
Возраст при заболевании	Вскоре после рождения	2—3 года (реже конец 1-го года жизни)
Влияние фруктовой диеты и кислого молока	Не оказывает	Хорошее
Дуоденальное содержимое	Снижение активности всех ферментов поджелудочной железы, особенно липазы	Активность амилаз снижена или нормальная
Содержание натрия и хлора в коже и слюне	Повышено	Нормальное
Качественный состав кала	Нейтральный жир	Нейтральный жир и жирные кислоты
Сахарная кривая	Нормальная	Плоская
Склонность к частым заболеваниям верхних дыхательных путей и пневмонии	Характерный признак	Отсутствует
Анемия	Незначительная	Выражена
Толерантность к жирам	Очень плохая	Понижена в период обострения
Толерантность к ржаной, пшеничной и овсяной муке	Хорошая	Плохая
Эффект при применении препаратов поджелудочной железы	Хороший	Отсутствует

Таблица 87

**Дифференциальный диагноз между муковисцидозом и целиакией**

(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Целиакия</b>	<b>Муковисцидоз</b>
Возраст	Преимущественно маленькие дети	С рождения
Аппетит	Пониженный	Удовлетворительный
Непереносимость	Определенно глютен, отчасти жиры	Жиры, крахмал
Рост	Нормальный или небольшая задержка	Замедление
Живот	Большой	Большой
Анемия	Часто	Нет
Гидролабильность	Определенная	Нет
Рвота	Вначале частая, приступами	Редко

Дифференциально-диагностические признаки		Целиакия	Муковисцидоз
Испражнения		Обильные, жидкие, жирные, ферментативные, приступами	Редко обильные, кашеобразные, жирные, плохо пахнущие
Ферменты		Уменьшение количества амилазы	Уменьшение количества трипсина, амилазы и липазы
NaCl в поту		В норме	Увеличение количества
Ro-исследование	легких	В норме	Часто бронхоэктазии
	живота	Водно-воздушные уровни	То же

Таблица 88

### Дифференциальная диагностика хронического энтерита и целиакии (по Д.П. Шабалову, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Хронический энтерит	Целиакия
Этиология	Инфекции, паразиты, аллергия, токсикозы	Глютен
Наследственная отягощенность	Не характерна	Характерна
Возраст к началу болезни	Обычно старше 2 лет	Конец 1-го — 2-й год жизни
Течение заболевания	Обычно волнообразное	Без диеты — непрерывное
Отставание в росте	Нетипично	Типично
Доминирующие нарушения функции тонкой кишки	Мальдигестия	Мальабсорбция
Характер стула	Умеренная полифекалия, непереваренный, часто с зеленью	Выраженная полифекалия, гомогенный, светлый, пенистый, блестящий
pH кала	Чаще кислая	Чаще щелочная
Данные эндоскопии	Очаговая гиперемия слизистой оболочки тонкой кишки	Бледность, поперечная складчатость тонкой кишки
Гистологические показатели	Еюнит с умеренной атрофией, преимущественно в области крипт, инфильтрация смешанная	Выраженная атрофия, укороченные ворсин, без признаков активного воспаления, инфильтрация лимфоцитарная, повышена митотическая активность
Степень нарушения функциональных проб	Слабая или умеренная	Выраженная
Признаки экссудативной энтеропатии	Нет	Могут быть
Наличие антиглиадиновых антител в крови	Нет	Есть
Эффект от терапии	Комплекс: диета, ферменты, 5-АСК	Аглютеновая диета

Таблица 89

**Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона**  
(по В. Ривкину, 2008)

Дифференциально-диагностические признаки	Язвенный колит	Болезнь Крона
Ректальные кровотечения	Обычно	Могут встречаться
Диарея	»	Обычно
Боли в животе	Могут встречаться	Обычно
Лихорадка	Редко	Характерно
Инфильтраты в брюшной полости	»	»
Внутренние кишечные свищи	»	»
Кишечная непроходимость (стриктуры и др.)	Не отмечено	»
Поражение прямой кишки	Характерно	Может встречаться
Перианальные поражения	Редко	Характерно
Риск развития рака	Характерно	Может встречаться
Наружный осмотр анальной области	Часто без изменений	Часто гнойные свищи
Пальпация живота	Редко выявляются инфильтраты	Часто выявляются инфильтраты
Колоноскопия	Легко ранима слизистая, гиперемия, множественные поверхностные язвы	Маленькие афтоидные язвы
Ирригоскопия	Поражение толстой кишки без подвздошной	Сегментарное поражение, сужение терминальной тонкой кишки
Глубина поражения при микроскопическом исследовании	Слизистая оболочка и подслизистый слой	Вся толща стенки кишки
Гранулемы	Не отмечено	Характерно
Трещины слизистой	»	»

Таблица 90

**Дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона**

Дифференциально-диагностические признаки	НЯК	Болезнь Крона
<i>Клинические</i>		
Возраст	С 3–4 мес.	Школьный возраст, подростки
Кровь и слизь в стуле	Всегда	В поздние стадии
Диарея	Всегда	В 50% случаев
Тенезмы	Характерны	Не характерны
Объем стула	Малые порции	Большой объем
Перианальные поражения	Нет	Есть
<i>Рентгенография</i>		
Картина «булыжной мостовой»	Нет	Есть

Дифференциально-диагностические признаки	НЯК	Болезнь Крона
Локализация	Весь пищеварительный тракт	Толстая кишка
Симметричность	Есть	Нет
Язвы	Поверхностные	Глубокие
Стриктуры	Редко	Часто
Свищи	Никогда	»
<i>Сигмоскопия</i>		
Проктит	Нет	Есть
<i>Колоноскопия</i>		
Макроскопическая картина	Щелевидные эрозии и язвы	Псевдополипы, гранулемы
<i>Гистология</i>		
Специфические признаки	Крипт-абсцессы	Гранулемы
Распространение	Слизистая оболочка	Трансмурально (все слои)
Клеточные инфильтраты	Полиморфно-ядерные	Лимфоцитарные
Железы	Нарушены	Нормальные
Уменьшение бокаловидных клеток	Часто	Отсутствует

*Примечание.* НЯК — неспецифический язвенный колит.

Таблица 91

**Дифференциальная диагностика болезни Крона и НЯК:  
патоморфологические данные (по А.М. Запруднову и соавт., 2004)**

Дифференциально-диагностические признаки	Болезнь Крона	Неспецифический язвенный колит
<i>Макроскопические</i>		
Утолщение кишечной стенки	+++	+
Сужение просвета	+++	+
Прерывистость поражения	++	—
Дискретные язвы	++	—
Сливные линейные язвы	++	—
Глубокие трещины и свищи	++	—
<i>Микроскопические</i>		
Трансмуральное воспаление	+++	+
Подслизистая инфильтрация	+++	+
Подслизистое утолщение, фиброз	+++	—
Язва через всю толщу слизистой оболочки	+++	++
Трещины	+++	+
Очаговые гранулемы	++	+

*Примечание.* «+++» — признак выражен значительно; «++» — умеренно; «+» — слабо; «—» — отсутствует.

Таблица 92

**Дифференциально-диагностические признаки неспецифического язвенного колита и болезни Крона**  
(по Л.И. Дзюбич, 2001)

Дифференциальные признаки	Неспецифический язвенный колит	Болезнь Крона
Возраст начала болезни	Любой	До 7–10 лет очень редко
Характер начала болезни	Острое у 5–7% больных, у остальных постепенное (3–6 мес.)	Острое крайне редко, постепенное в течение нескольких лет
Кровотечения	В период обострения постоянные	Редко, чаще при вовлечении в процесс дистальных отделов толстой кишки
Диарея	Стул частый, жидкий, нередко с ночными дефекациями	Редко, чаще 4–6 раз, кашицеобразный, преимущественно в дневное время
Запор	Редко	Более типичен
Боли в животе	Только в период обострения, интенсивные перед дефекацией, после опорожнения стихают	Типичны, чаще интенсивны
Пальпация области живота	Спазмированная, болезненная толстая кишка	Инфильтраты и конгломераты кишечных петель, чаще в правой подвздошной зоне
Перфорации	При токсической дилатации в свободную брюшную полость, протекают малосимптомно	Более типичны прикрытые
Свищи	Не встречаются	При длительном течении
Ремиссия	Характерна, возможно длительное отсутствие обострений с обратным развитием структурных изменений в кишечнике	Отмечаются улучшения; абсолютной ремиссии нет; структура кишечника не восстанавливается
Малигнизация	При длительной болезни более 10 лет	Редко
Обострения	Симптомы заболевания выражены, но поддаются лечению хуже	Симптомы заболевания постепенно нарастают без особого отличия от периода благополучия
Поражения перианальной области	У 20% больных мацерация, трещины	У 75% больных перианальные свищи, абсцессы, язвы — иногда единственные проявления болезни
Распространенность процесса	Только толстая кишка: дистальное, левостороннее, тотальное	Любой отдел пищеварительного тракта
Стриктуры	Нехарактерны	Встречаются часто
Гаустрация	Низкая сглажена или отсутствует	Утолщены или нормальные
Поверхность слизистой оболочки	Зернистая	Гладкая
Микроабсцессы	Есть	Нет

Таблица 93

### Дифференциально-диагностическая таблица гиперкинетических и гипокинетических запоров

(по А.В. Фролькису, Н.Г. Зернову, 1991)

Методы обследования, диагностические признаки	Запоры	
	гиперкинетические	гипокинетические
Кал	Кал фрагментирован, в виде овечьего, иногда лентовидный шнуровидный	Кал может быть объемный
Пальпация живота	Сигмовидная кишка сокращена, ощущается перистальтика, прощупываются комки кала	Сигмовидная кишка расширена, перистальтика не определяется, комки кала не прощупываются
Пальцевое исследование прямой кишки	Прямая кишка пуста, иногда болезненна	Прямая кишка может быть расширена
Ректороманоскопия	Слизистая оболочка прямой кишки влажная, окраска ее быстро меняется, видны перистальтика и спазмы	Слизистая оболочка прямой кишки сухая, тусклая, прямая кишка иногда спавшаяся
Колоноскопия	Циркулярные складки высокие, пространства между ними уменьшены, просвет толстой кишки сужен, большая его часть закрыта гаустрами	Циркулярные складки снижены, пространства между ними увеличены, просвет толстой кишки расширен, открыт для осмотра
Рентгенологическое исследование	Гаустрация глубокая, частая, толстая кишка сужена	Гаустрация слабо выражена, толстая кишка может быть растянута

Таблица 94

### Дифференциальная диагностика хронических функциональных запоров и болезни Гиршпрунга

(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально- диагностические признаки	Функциональные запоры	Болезнь Гиршпрунга
Время отхождения мекония	В первые 24 ч после рождения	Позже первых суток жизни
Наличие рвоты	Возникает редко	Возникает часто
Время появления запоров	В период формирования навыка дефекации	Вскоре после рождения
Наличие энкопреза	Имеют место случаи энкопреза	Отличается крайне редко
Симптомы энтероколита	Отсутствуют	Клиническая картина энтероколита
Наличие кала в ампуле прямой кишки	Присутствует	Отсутствует
Размеры анального канала	Расширен	Узкий
Ростовые показатели ребенка	Нормальные	Отстают от возрастных нормативов



Таблица 95

**Дифференциальная диагностика хронического энтероколита и синдрома раздраженной кишки**

(по А.М. Запрудному, К.И. Григорьеву и Л.А. Харитоновой, 1994)

Дифференциально-диагностические признаки	Хронический энтероколит	Синдром раздраженной кишки
Боли в животе	Выражены	Выражены
Запоры	Редко	Часто
Поносы	Часто	Редко
Метеоризм	Выражен	Не характерен
Аппетит	Чаше снижен	Сохранен
Пальпация живота	Болезненность постоянная	Болезненность в момент колики
Симптом Образцова	Выражен	Отсутствует
Болезненность в точке Поргеса	Имеется	»
Характер стула	Наличие слизи, остатков непереваренной пищи	Часто «овечий кал»
Изменения копрограммы	Выраженные, постоянные	Не выражены, непостоянные
Рентгенологические	Изменение архитектоники слизистой кишечника, нарушение моторики	Гипер- или гипомоторика
Эндоскопические	Слизистая изменена	Слизистая не изменена
Дисбактериоз	Выражен (II–III степени)	Умеренный (I степень)

**Основные дифференциально-диагностические признаки и клинические характеристики полипозов  
желудочно-кишечного тракта (по В.М. Делягину, И.А. Нарычеву, Е.М. Габеровской, 1998)**

Дифференциально-диагностические признаки	Семейный полипоз толстой кишки	Синдром Цанка	Синдром Олдфилда	Синдром Тюрко	Синдром Гарднера, тип I	Синдром Пейтца—Егерса	Ювенильный полипоз	Синдром Бандлера	Синдром Бина
Первые проявления заболевания	Пубертатный период	Раннее детство	Раннее детство	Пубертатный период	До 10 лет	Раннее детство	Раннее детство	Раннее детство	Раннее детство
Возраст полной манифестации	20–30 лет	20–30 лет	20–30 лет	Постпубертатный период	20–40 лет	Препубертатный и пубертатный периоды	»	»	»
Основная локализация полипов	Толстая кишка, прямая кишка	Толстая кишка, прямая кишка	Аденоматозный полип	Толстая кишка, прямая кишка	Толстая кишка, прямая кишка	Тонкая кишка, особенно подвздошная	Желудок, тонкая кишка и/или прямая	Тонкая кишка	Весь желудочно-кишечный тракт
Гистологическая картина	Аденоматозный тип	Аденоматозный полип	Аденоматозный полип	Аденоматозный полип	Аденоматозный полип	Гамартомы	Гамартомы, ретенционные полипы	Гемангиомы с полипообразным строением	Гемангиомы с полипозным строением
Вероятность малигнизации	70%	70%	70%	50–70%	85%	2%	Крайне редко	Неизвестна	Неизвестна
Клинические проявления, осложнения	Диарея, кровотечения, колики	Диарея, кровотечения, колики, илеус, мальабсорбция	Диарея, кровотечения, колики, мальабсорбция, илеус	Диарея, колики, кровотечения, мальабсорбция	Диарея, кровотечения, колики, илеус	Инвагинация, кахексия	Инвагинация, самостоятельное отхождение полипов	Кровотечения, илеус	Кровотечения, илеус

Продолжение таблицы ↪

Дифференциально-диагностические признаки	Семейный полипоз толстой кишки	Синдром Цанка	Синдром Олдфилда	Синдром Тюрко	Синдром Гарднера, тип I	Синдром Пейтца—Егерса	Ювенильный полипоз	Синдром Бандлера	Синдром Бина
Сопутствующие поражения	Поражения костей	Множественные хрящевые экзостозы	Множественные кисты слюнных желез	Опухоли мозга — глиомы	Остеомы черепа, дермоидные кисты, фибромы	Мелкая темная пигментация слизистой губ и рта	Может быть поликистоз легких и почек, подкожные липомы	Пигментация губ и лица более грубая, чем при синдроме Пейтца—Егерса	Гемангиомы кожи, внутренних органов, мышц
Тип наследования	А/д с высокой пенетрантностью	А/д	А/д с вариабельной пенетрантностью	А/д	А/д с различной пенетрантностью	А/д с высокой пенетрантностью	А/д, андротропия	А/д	А/д

Примечание. А/д — аутосомно-доминантный.

### 3.3. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Таблица 97

**Дифференциально-диагностические анамнестические критерии при выявлении нефрологических заболеваний у детей**

(по М.С. Игнатовой, Н.А. Коровиной, 2007)

Данные анамнеза	Возможная патология
Заболевания почек в семье	Разнообразные нефро- и уропатии
Однотипные заболевания почек в семье	Наследственные аномалии строения почек, наследственный нефрит (синдром Альпорта)
Наличие у близких родственников дизметаболических расстройств при выраженном почечном заболевании у ребенка	Дизметаболические нефропатии, включая мочекаменную болезнь
Повышенная частота заболеваний органов мочевой системы в районе проживания семьи	Эконефропатия, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
Ранние формы гипертонической болезни в семье, артериальная гипертензия в сочетании с минимальным мочевым синдромом	Гиперлипотендемия (семейная) и вторичная нефропатия с ранней гипертонической болезнью
Стойкий гипотонический синдром при наличии внешних признаков дизэмбриогенеза даже при минимальных изменениях в моче	Гипопластическая дисплазия почек, как самостоятельное заболевание, так и с наложением иммунной или микробно-воспалительной нефропатии
Множественные признаки дизэмбриогенеза	Почечный дизэмбриогенез с клиническими проявлениями нефропатии
Множественные пороки развития органов	Пороки развития органов мочевой системы в сочетании с уро- или нефропатией
Наличие в семье патологии глаз, слуха при развившемся мочевом синдроме у ребенка	Наследственный нефрит (синдром Альпорта)

Таблица 98

**Дифференциальная диагностика основных заболеваний почек**

(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михочву и соавт., 1977)

Диагностический признак	Острый гломерулонефрит	Смешанный тип нефротического синдрома	«Чистая» форма нефротического синдрома
Возраст	У более старших детей	Тоже у более старших детей	У 2–4-летних
Начало	Острое	Продолжение нефрита	Постепенное
Отеки	Преимущественно на лице	Тенденция к генерализации	Ярко выраженная генерализация
Моча: – альбумин; – осадок	Умеренное количество  Обилие; эритроциты, часто гранулированные цилиндры	Более значительное количество  Переменно; эритроциты, цилиндры	Значительное количество  Цилиндры, включая восковые
Артериальное давление	Часто повышенное	Обычно повышенное	Нормальное

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 98

Диагностический признак	Острый гломерулонефрит	Смешанный тип нефротического синдрома	«Чистая» форма нефротического синдрома
РОЭ	Ускоренная	Непостоянная	Ускоренная
Протеины сыворотки	Гипоальбуминемия, увеличение количества $\alpha_2$ - и $\gamma$ -глобулинов	Гипоальбуминемия, увеличение количества $\alpha_2$ - и $\beta$ -глобулинов	Гипоальбуминемия, увеличение количества $\alpha_2$ - и $\beta$ -глобулинов, большое уменьшение $\gamma$ -глобулинов
Азотемия	Редкая; умеренная	Умеренная до значительной	Отсутствует
Кровяные липиды	Уменьшение	Обычно умеренно повышенные	Повышение
Эстеры холестерина	Нормальное количество	Повышенное	Повышенное
Способность к концентрации	Сохраненная	Переменчивая	Нормальная

Таблица 99

### Дифференциально-диагностические критерии различных форм нейрогенного мочевого пузыря

(по Н.П. Шабалову, А.В. Папояну и Д.В. Марушкину, 1997)

Дифференциально-диагностические признаки	Различные формы нейрогенного мочевого пузыря	
	Гиперрефлексия	Гипорефлексия
Тонус мочевого пузыря	Повышен	Снижен
Частота мочеиспусканий	Часто, мелкими порциями	Снижена
Характер позыва на мочеиспускание	Усиление, императивные позывы	Ослаблен или отсутствует
Характер акта мочеиспускания	Стремительный	Медленный, возможно в несколько порций
Объем мочевого пузыря	Уменьшен	Увеличен
Остаточная моча	Отсутствует	Имеется
Осложнения	Чаще отсутствуют	Часто присоединяются инфекции мочевых путей

Таблица 100

### Дифференциальная диагностика инфекции мочевых путей и пиелонефрита

(по А.М. Запруднову и соавт., 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Инфекция мочевых путей	Пиелонефрит
Повышение ректальной температуры более 39 °С	—	+
Повышение СОЭ выше 35 мм/ч	—	+
С-реактивный белок выше 25 мг/л	—	+
Снижение концентрационной способности почек	—	+
Протеннурия	—	+
Нарушение ацидоаммиогенеза	—	+

Таблица 101

**Дифференциально-диагностические критерии острого цистита и пиелонефрита**  
(по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)

Дифференциально-диагностические признаки	Цистит	Пиелонефрит
Повышение температуры тела более 38 °С	Не характерно	Характерно
Симптомы интоксикации	Не наблюдаются	Наблюдаются всегда
Полакиурия	Отмечается	Не отмечается
Императивные позывы на мочеиспускание	Всегда отмечаются	Не отмечаются
Императивное недержание мочи, энурез	Отмечается часто	Не наблюдается
Ощущение жжения во время и после мочеиспускания	Имеется	Отсутствует
Полная или частичная задержка мочи (чаще в дошкольном возрасте)	Может наблюдаться	Не наблюдается
Боли в области поясницы	Нет	Есть
СОЭ	Не изменена	Увеличивается до 20–25 мм/ч и более
Микрогематурия	Выявляется у больных	Имеется
Эпизоды макрогематурии с выделением сгустков крови	Могут быть	Отсутствуют
«Терминальная» гематурия	Имеется	Нет
Альбуминурия	Отсутствует	Наблюдается
Лейкоцитурия	Наблюдается всегда	Наблюдается
С-реактивный белок	Наблюдается всегда отрицательный	Положительный
Другие показатели острой фазы воспаления: содержания фибриногена в плазме крови, диспротеинемия, повышение серомукоида	Не выражены	Выражены в разной степени
Проявление вагинита	Встречаются у 1/3 больных девочек	Отсутствуют
Концентрация функции почек	Не изменена	Снижена
Накопление в динамике титра антител в сыворотке крови к антигенам кишечной палочки	Нет	Есть
Обнаружение в моче бактерий, покрытых антителами, с помощью реакции иммунофлюоресценции	Нет	Наблюдается особенно при вторичных пиелонефритах на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса
Рентгенологические	Паренхима почек не изменена: наблюдаются анатомические варианты нормы входа в уретру, нарушающие мочеиспускание, органический стеноз или спазм уретры, дисфункция мочевого пузыря гиперрефлекторного типа	Характерные «пиелонефритические» изменения чашечно-лоханочной системы, различные анатомические и функциональные дефекты верхних и нижних мочевых путей

Таблица 102

**Дифференциально-диагностические признаки острого гломерулонефрита  
и острого хронического пиелонефрита или его обострения**  
(по А.Ф. Тур, 1979; цит. по Л.А. Исаевой, 1986)

Дифференциально-диагностические признаки	Острый диффузный гломерулонефрит	Пиелонефрит
Начало заболевания	На 2–3-й неделе после ангины, катара верхних дыхательных путей скарлатины	На фоне острых бактериальных и вирусных инфекций
Дизурические расстройства	Не характерны	Характерны
Боли, в пояснице	Наблюдаются примерно у 1/4 больных	Имеются у большинства больных детей школьного возраста
Температура	Как правило, нормальная или субфебрильная	Как правило, субфебрильная или фебрильная
Мочевой синдром	Гематурия и цилиндрурия (лейкоцитурия возможна в первые дни заболевания). Олигурия. Относительная плотность мочи нормальная или повышена	Лейкоцитурия, микрогематурия. Бактериурия. Диурез нормальный или повышен. Монотонность и снижение относительной плотности мочи
Посев мочи	Всегда стерильный	В 85% случаев наблюдается рост микробов
Содержание остаточного азота крови	Повышено	Нормальное
Отеки	Характерны	Отсутствуют
Гипертензия	Отмечается у большинства больных	Наблюдается редко
Основные показатели функции почек: – фильтрация; – реабсорбция	Снижена Нормальная	Нормальная Чаще нормальная, но может быть снижена
Секреция	Чаще нормальная	Чаще снижена
Преимущественная локализация морфологических изменений в почках	В клубочках почек	В интерстициальной ткани и канальцах почек

Таблица 103

**Дифференциальная диагностика пиелонефрита у детей**  
(по Р.Р. Шиляеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Инфекция мочевыводящих путей	Пиелонефрит	Интерстициальный нефрит
Мочевой синдром: – лейкоцитурия; – протеинурия; – эритроцитурия; – бактериурия	Нейтрофильная Отсутствует Непостоянная Наблюдается	Нейтрофильная Непостоянная Не характерна Типична	Лимфоцитарная Характерна Типична Отсутствует

Дифференциально-диагностические признаки	Инфекция мочевыводящих путей	Пиелонефрит	Интерстициальный нефрит
Экстрапочечные проявления: — отеки; — артериальная гипертензия; — дизурия; — болевой синдром	Отсутствуют Отсутствует  Имеется Может быть	Отсутствуют Только при ХПН  Имеется Наблюдается	Могут наблюдаться Отмечается  Отсутствует Непостоянный
Титр антител к аутоштаммам бактерий	Низкий	Высокий	Отсутствует
НБТ-тест: — нейтрофилов; — моноцитов	— —	Повышен Норма или повышен	Понижен Повышен
Изменение показателей белкового и липидного обменов	Нет	Умеренные	Выраженные
Изменения на экскреторных урограммах	Отсутствуют	Чаще асимметричные	Обычно асимметричные
Лабораторные признаки снижения функции почек	»	То же	То же
Лабораторные признаки снижения функции почек	»	По канальцевому типу	По канальцевому типу

*Примечание.* ХПН — хроническая почечная недостаточность.

Таблица 104

**Дифференциальная диагностика наследственного и интерстициального нефрита**  
(по А.М. Запруднову, К.И. Григорьеву, Л.А. Харитоновой, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Наследственный нефрит	Интерстициальный нефрит
Заболевания почек в семье	Как правило, несколько больных в семье с однотипными заболеваниями почек	Редко
Снижение слуха у пробаанда в семье	Есть	Нет
Аномалии зрения	Есть у 20%	Нет
Наиболее частые клинические признаки	Внешние и соматические стигмы дизэмбриогенеза	Боли в животе, дизурические симптомы, признаки интоксикации
Наличие пиелозктазии, пороков развития	Часто	При ряде вариантов (дизэмбриогенез)
Относительная плотность мочи	Длительно не снижается	Снижена
Гематурия	Чаще микрогематурия	До макрогематурии

Продолжение таблицы ↪



Окончание табл. 104

Дифференциально-диагностические признаки	Наследственный нефрит	Интерстициальный нефрит
Лейкоцитурия	Редко	Часто, абактериальная
Увеличение площади почек по данным УЗИ	Нет	Есть
Морфобиопсия	Фокально-сегментарный гломерулит	Инфильтрация интерстициальной ткани лимфоцитами и плазматическими клетками, тубулярная атрофия, фиброз и рубцы в интерстиции

Таблица 105

**Дифференциально-диагностические признаки МИНС и НС при гломерулонефрите (по Н.П. Шабалову, 2000)**

Дифференциально-диагностические признаки. Анамнез, возраст, симптом	Заболевание	
	Первичный нефротический синдром (липидный нефроз) — МИНС	Нефротический синдром при диффузном гломерулонефрите — НС при ГН
Анамнез	В прошлом симптомов поражения почек и изменений в моче не было	Чаше в прошлом перенесенный острый нефрит или кратковременные изменения в моче типа очагового нефрита
Возраст начала заболевания	Преимущественно ранний (предшкольный), реже школьный	Преимущественно младший школьный, реже дошкольный
Отеки	Выраженные, с развитием анасарки, асцита, гидроторакса, отеков половых органов	Выражены умеренно, скопление жидкости в плевральной и брюшной полости не бывает слишком большим
Изменения кожных покровов	Очень бледные с перламутровым оттенком, сухие; шелушение эпидермиса, трещины; могут быть <i>striae distensae</i> ; ломкость и потускнение волос и ногтей; признаки гиповитаминоза А, группы В и С выражены ярко и на слизистых оболочках	Умеренная бледность, цвета разведенного молока; признаки дистрофии кожи и ее придатков чаще отсутствуют
Гипотрофия скелетной мускулатуры при отхождении отеков	Характерна	Нехарактерна
Диспепсия	»	Нехарактерна
Увеличение печени	Типично, значительное	Умеренное
Артериальное давление	Как правило, в пределах нормы и лишь у 5–10% повышено	Как правило, повышено
Диурез	Снижен	Снижен
Протеинурия	Чаше селективная, содержание белка в моче в разгар болезни более 15–20%	Неселективная, содержание белка в моче чаще не превышает 10–15%, в моче наряду с альбуминами есть макроглобулины

Дифференциально-диагностические признаки. Анамнез, возраст, симптом	Заболевание	
	Первичный нефротический синдром (липоидный нефроз) — МИНС	Нефротический синдром при диффузном гломерулонефрите — НС при ГН
Гематурия	Нехарактерна (около 10% больных)	Характерна
Цилиндрурия	Много, помимо гиалиновых, зернистых, восковидных цилиндров	Чаще преобладают гиалиновые цилиндры, другие наблюдаются реже
Фильтрационная функция почки: — остаточный азот и его фракции;  — холестерин, липиды (общие, триглицериды, свободные жирные кислоты, фосфолипиды); — белки и их фракции;  — титр комплемента; — анемия; — СОЭ	Снижена В пределах нормы  Всегда резкая гиперхолестеринемия и гиперлипидемия  Гипопротеинемия, резкое снижение уровня альбумина, $\gamma$ -глобулинов Нормален Нехарактерна в начале болезни Резко увеличена (более 30–40 мм/ч)	Снижена Чаще уровень остаточного азота повышен Умеренная или незначительная гиперхолестеринемия, гиперлипидемия Умеренная гипопротеинемия, уровень $\gamma$ -глобулинов чаще повышен Снижен умеренно или резко Умеренная, развивается часто Увеличена
Морфологические изменения клубочков при биопсии	Спаяние педикул, «обезвоживание» и набухание подоцитов при наличии минимального гломерулонефрита	Мембранный или мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит, ФСГС, полулуния и др.
Эффективность гормональной терапии	Как правило, чувствителен к гормональной терапии	Как правило, гормонорезистентные формы
Исход заболевания	У большинства больных исход заболевания — выздоровление, хотя у 30–50% больных бывают рецидивы	У половины больных исход в хронический нефрит

*Примечание.* МИНС — нефротический синдром с минимальными изменениями; НС — нефротический синдром; ГН — гломерулонефрит; ФСГС — фокально-сегментарный гломерулосклероз.

Таблица 106

**Дифференциально-диагностические критерии разграничения  
нефротической формы волчаночного нефрита и нефротической формы  
первичного гломерулонефрита  
(по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)**

Дифференциально-диагностические признаки	Волчаночный нефрит (нефротическая форма)	Первичный гломерулонефрит (нефротическая форма)
Возраст	Чаще школьный	Чаще дошкольный
Пол	Чаще девочки	В равной степени девочки и мальчики
Жалобы	Слабость, головная боль	Идентичные

*Продолжение таблицы* ↘

Окончание табл. 106

Дифференциально-диагностические признаки	Волчаночный нефрит (нефротическая форма)	Первичный гломерулонефрит (нефротическая форма)
Отеки	Умеренно выражены. Возможна водянка полостей без периферических отеков. Возможна отечность одной ноги (тромбоз глубоких вен)	Идентичные
Гипертензионный синдром	Наблюдается часто и рано присоединяется	Не наблюдается
Волчаночная «бабочка»	Наблюдается, но не всегда	Отсутствует
Гиперхолестеринемия	Отсутствует или слабо выражена	Выражена значительно
Содержание эфиров холестерина	Снижено	В норме
Гипер- $\beta$ -липопротеинемия	Выражена умеренно	Выражена значительно
Гипопротеинемия	Характеризуется относительно поздним развитием. Высокие цифры встречаются редко, преимущественно носит неселективный характер	Выявляется рано. Высокие цифры преимущественно селективного характера
Изменения глобулинов сыворотки крови	Гиперглобулинемия отмечается более чем у 70% больных	Развивается гипоглобулинемия
Содержание основных классов иммуноглобулинов (А, М, С)	Снижено	Снижено только содержание IgC
Количество Т-лимфоцитов периферической крови	Снижено значительно	Снижено умеренно
Содержание гаптоглобина в крови	В норме или повышено	В норме или увеличено
Содержание серомукоидных белков в сыворотке крови	Увеличено	В норме или увеличено
Активность кислых фосфатаз и протеиназ в моче	Нарастает параллельно тяжести состояния	В норме или повышено незначительно
Активность гликозаминогликангидролаз мочи	Повышена	Повышена
Эритроцитурия	Наблюдается часто	Отсутствует
Развитие почечной недостаточности	Раннее и прогрессирующее, возможно развитие ОПН	Позднее
Количество лейкоцитов периферической крови	Лейкопения	Лейкоцитоз
Количество тромбоцитов периферической крови	Снижено	Чаще тромбоцитоз
Снижение количества гемоглобина	Наблюдается	Отсутствует
Обнаружение Е-клеток и антинуклеарного фактора	Наблюдается	Отсутствует
Обнаружение антител к ДНК	Наблюдаются	Отсутствует

Примечание. ОПН — острая почечная недостаточность.

Таблица 107

### Дифференциальная диагностика различных типов почечного канальцевого ацидоза (ПКА)

(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Различные типы ПКА			
	тип 1, классический, нарушения в дистальных канальцах	тип 2, классический, нарушения в проксимальных канальцах	тип 3, смешанный	тип 4, недостаточность альдостерона
Задержка роста	+++	++	++	+++
Мышечная слабость, обусловленная гипокалиемией	++	+	+	Гиперкалиемия
Нефрокальциноз	Часто	Редко	±	Редко
Патологические изменения в костях, обусловленные метаболическими нарушениями	Редко	Часто	Редко	»
pH мочи	> 5,5	< 5,5	> 5,5	< 5,5
Анионная разница мочи	Положительная	Отрицательная	Положительная	Отрицательная
Низкая экскреция цитрата	+++	±	±	±
FE профильтрованного HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> при нормальной концентрации HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> в сыворотке	< 5%	> 15%	5–15%	< 15%
Другие канальцевые дефекты	Редко	Часто	Редко	Редко

*Примечание.* (+) — отмечается; (++) — отмечается часто; (+++) — наблюдается очень часто; (±) — варьируется.

Таблица 108

### Дифференциальная диагностика преренальной азотемии и почечной недостаточности по данным лабораторным исследованиям

(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Преренальная азотемия	Почечная недостаточность
Осмолярность мочи	> 500	< 350
Осмолярность мочи/плазмы	> 1,3	< 1,1
Мочевина мочи/плазмы	> 8	< 3
Креатинин мочи/плазмы	> 40	< 20
FE <sub>Na</sub>	< 1%	> 2%
ИПН	< 1%	> 2%

$$FE_{Na} = \text{фракционная экскреция натрия} = \frac{Na^+ \text{ мочи} \times \text{креатинин крови}}{Na^+ \text{ крови} \times \text{креатинин мочи}} \times 100.$$

$$\text{ИПН} = \text{индекс почечной недостаточности} = \frac{Na^+ \text{ мочи} \times \text{креатинин крови}}{\text{креатинин мочи}} \times 100.$$

Таблица 109

**Возможные причины и наиболее важные для дифференциального диагноза симптомы уремии (по Р. Хэгглину, 1965)**

Внутренние болезни почек без периферических препятствий оттоку мочи	Причины/диагностические симптомы
<b>I. Первичные клубочковые</b>	Головная боль, рвота; локальной болезненности, как правило, нет; моча: белок +, цилиндры +, изостенурия, часто имеется почечная анемия, часто повышено артериальное давление, часто изменено глазное дно; диагноз возможен без цистоскопии
А. Диффузный геморрагический гломерулонефрит: а) острый; б) хронический	Преимущественно в юношеском возрасте. Нефритические отеки; моча: белок +, эритроциты ++, удельный вес высокий, истинная уремия редка, часто псевдоуремия Моча: белок +, эритроциты +, изостенурия, анемия
Б. Гломерулонефрозы	Преимущественно у детей; отеки очень значительные, моча: белок + + + +, эритроциты 0, двоякопреломляющие вещества; гипопроteinемия, липемия, артериальное давление нормальное, уремия только в финальной стадии
В. Эклампсия (токсикоз беременных)	Отеки; псевдоуремия (судороги), моча: белок + + +, артериальное давление повышено
Г. Амилоидоз почек	Моча: белок ++, цилиндры ++; кровь: гипопроteinемия; артериальное давление нормальное или умеренно повышено; при внутривенной пиелографии хорошее изображение почек при плохом изображении почечных лоханок
<b>II. Первично-канальцевые</b>	Олигурия, анурия
А. Химические отравления ртутью и т.д., сульфаниламиды	Артериальное давление нормальное
Б. <i>Lower nephron nephrosis</i> (шоковая почка, межпочечный нефрит)	При трансфузиях крови; ожогах, синдроме размождения, инфекционных заболеваниях, злоупотреблениях анальгетиками
В. Множественная миелома	Гиперпротеинемия; в моче белковые тела Бенс-Джонса, в стерильном пунктате миеломные клетки
<b>III. Первично-сосудистые</b>	Артериальное давление повышено; моча: белок +
А. Артериосклеротический нефросклероз	На глазном дне: <i>retinitis angioplastica</i> ; изменения мочи выступают на передний план
Б. Интеркапиллярный гломерулосклероз Киммелстила—Вильсона	Только при сахарном диабете; моча: белок + + + +, сахар +; эритроцитов нет или их немного, артериальное давление повышено, изменения глазного дна, отеки
В. Узелковый периартериит	—
Г. Закупорка почечной артерии эмболом (редко), инфаркт почки	Моча: эритроциты + + + +; боли
Диффузный нефрокальциноз при гиперпаратиреозе, после интоксикации ртутью, интоксикации сульфаниламидами	В моче и в крови повышено содержание кальция [проба Сульковича (Sulkowitch)]
<b>IV. Урологические заболевания без периферических препятствий оттоку мочи</b>	

<b>Внутренние болезни почек без периферических препятствий оттоку мочи</b>	<b>Причины/диагностические симптомы</b>
<p>А. Тяжелые двусторонние инфекции:</p> <p>а) пиелонефрит;</p> <p>б) туберкулезный пиелонефроз</p>	<p>Моча: лейкоциты +, эритроциты +. <i>B. coli</i> или стафилококки. Артериальное давление нормальное или повышено, РОЭ ускорена</p> <p>Моча, лейкоциты ++, эритроциты ++, никаких бактерий, кроме микотуберкулезных (в большинстве трудно находимых)</p>
<p>Б. Врожденные двусторонние пороки развития:</p> <p>а) гипоплазия;</p> <p>б) кистозные почки</p>	<p>Артериальное давление нормальное или повышено, анемия; изменения мочи в большинстве случаев незначительны</p> <p>Иногда пальпируются, изменения мочи в большинстве случаев не характерны, артериальное давление нормальное или повышено, при цистоскопии типичные изменения</p>
<p><b>V. Урологические заболевания с периферическим препятствием оттоку мочи (предстательная железа, пузырь, камень мочеоточника)</b></p>	<p>Без судорожной уремии, небольшие головные боли, нет изменений на глазном дне, нет артериальной гипертензии; моча: белок +, цилиндров нет, в зависимости от основного заболевания гной +, кровь +, как правило, имеются боли, затруднения при мочеиспускании сравнительно небольшие, затруднения мочеиспускания при поражениях простаты нередки, так что у всех мужчин старше 50 лет при появлении уремических признаков надо обратить внимание на предстательную железу как причинный фактор</p>
<p><b>VI. Экстраренальная уремия</b></p>	<p>Олигурия; анурия; моча: белка нет или он имеется в небольшом количестве, эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров нет; артериальное давление нормальное или снижено; изменений глазного дна нет</p>
<p>А. Падение давления при шоке, тяжелом кровотечении, сердечной недостаточности</p>	<p>Моча: удельный вес нормальный</p>
<p>Б. Недостаток воды и соли (вследствие недостаточного поступления, усиленного выведения при поносах, рвоте, недостаточного всасывания при непроходимости кишок)</p>	<p>Моча: удельный вес высок; кровь: сгущение, гипохлоремия (которую, однако, из-за сгущения крови часто трудно определить)</p>

Таблица 110

**Симптомы уремической энцефалопатии (цит. по Г. Вайнеру, Л. Левитту, 1998)**

<b>Легкая</b>	<b>Умеренная</b>	<b>Тяжелая</b>
Анорексия	Рвота	Зуд
Тошнота	Заторможенность	Дезориентация
Инсомния	Быстрая утомляемость	Спутанность сознания
Беспокойство	Сонливость	Причудливость в поведении
Нарушение внимания	Инверсия сна	Смазанность речи
Неуправляемость мышления	Эмоциональная лабильность	Гипотермия
Снижение либидо	Параноя. Нарушение когнитивных функций. Непонимание абстрактных понятий. Нарушение половых функций	Миоклония. Астериксис. Судорожные припадки. Сопор, кома

Таблица 111

Диагностика заболеваний, сопровождающихся гематурией, у детей (по Е. Щербатовой, 1970)

Наименование заболеваний		Мочевой синдром						
		гематурия	протеинурия	лейкоцитурия	цилиндрурия	бактериурия	изменения пробы Зимницкого (понижение удельного веса мочи)	олигурия (анурия)
1		2	3	4	5	6	7	8
Диффузный гломерулонефрит		Основной симптом	Основной симптом	Часто	Основной симптом	—	Часто	Основной симптом
Очаговый нефрит		То же	Часто	»	Редко	—	—	—
Пиелонефрит		Часто	»	Основной симптом	»	Основной симптом	При остром редко, при хроническом часто	—
Каликопапиллит		Основной симптом	Редко	То же	Часто	То же	Часто	—
Острый цистит		Часто	»	То же	—	Часто	—	—
Наследственный нефрит	Синдром Альпорта	Основной симптом	Часто	Часто	Редко	Редко	Часто	Редко
	Доброкачественная семейная гематурия	То же	»	»	»	»	Редко	—
	Болезнь Фабри — семейная диффузная ангиокератома	Редко	Редко	Редко	»	—	»	—
Туберкулез почек		»	Часто	Часто	»	Часто (микобактерии туберкулеза)	»	—
Ревматизм		Часто	»	»	»	—	»	—
Ревматоидный артрит		»	»	»	»	—	»	—

1	2	3	4	5	6	7	8
Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна — Геноха)	»	»	Редко	»	—	»	Редко
Узелковый периартерит	»	»	Часто	»	—	»	—
Системная красная волчанка	»	»	»	Часто	—	Часто	Редко
Болезнь Верльгофа	Редко	—	—	—	—	—	—
Гемофилия	»	—	—	—	—	—	—
Псевдогемофилия	»	—	—	—	—	—	—
Острый лейкоз	»	Редко	Редко	Редко	—	Редко	—
Сердечная (застойная) почка	»	Часто	»	»	—	Часто	Основной признак
Почечно-каменная болезнь	Основной симптом	Редко	Часто	—	При инфицировании	—	Редко
Травма почек и мочевыводящих путей	То же	—	—	—	—	—	»
Гидронефроз	Редко	Редко	Редко	Редко	При инфицировании	Редко	—
Тромбоз сосудов почек	Основной симптом	Часто	Часто	»	—	Часто	Часто
Поликистоз	Редко	Редко	Редко	»	При инфицировании	Основной симптом	—
Опухоли почек и мочевыводящих путей	Ангиомы и папилломы	»	»	»	»	—	—
	Опухоль Вильмса и др.	»	»	—	—	—	—
Гипервитаминоз D	»	»	Редко	Редко	—	Редко	—
Авитаминоз С	Часто	—	—	—	—	—	—
Цитомегалия	Редко	Редко	Редко	Редко	—	Редко	—
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	Основной симптом	Основной симптом	»	Основной симптом	—	Основной симптом	Основной симптом
Желтушно-геморрагический лептоспироз (болезнь Васильева — Вейля)	Часто	Часто	»	Часто	—	Редко	Редко

Продолжение таблицы 4



Продолжение табл. 111

Наименование заболеваний		Клинические синдромы						
		гипертензия	отеки	дизурические явления	почечная колика	лихорадка	геморрагический синдром	изменения сердечно-сосудистой системы
I		9	10	11	12	13	14	15
Диффузный гломерулонефрит		Основной симптом	Основной симптом	Редко	Редко	Редко	—	Часто
Очаговый нефрит		—	—	—	—	—	—	»
Пиелонефрит		Редко	Редко	Часто	Редко	Часто	—	—
Каликопапиллит		—	—	Редко	»	Редко	—	—
Острый цистит		—	—	Основной симптом	—	—	—	—
Наследственный нефрит	Синдром Альпорта	Редко	Редко	—	—	—	—	—
	Доброкачественная семейная гематурия	—	—	—	—	—	—	—
	Болезнь Фабри — семейная диффузная ангиокератома	Редко	—	—	—	—	—	—
Туберкулез почек		»	Редко	Основной симптом	—	Часто	—	—
Ревматизм		»	»	—	—	Основной симптом	Редко	Основной симптом
Ревматоидный артрит		»	»	—	—	Часто	Нет	Часто
Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна—Геноха)		»	»	—	—	»	Основной симптом	»
Узелковый периартериит		Основной симптом	»	—	—	Основной симптом	Редко	»
Системная красная волчанка		Часто	Часто	—	—	То же	»	»
Болезнь Верльгофа		—	—	—	—	—	Основной симптом	—

1		9	10	11	12	13	14	15
Гемофилия		—	—	—	—	—	То же	—
Псевдогемофилия		—	—	—	—	—	То же	—
Острый лейкоз		—	Редко	—	—	Основной симптом	То же	Часто
Сердечная (застойная) почка		Редко	Основной симптом	—	—	Редко	—	Основной симптом
Почечно-каменная болезнь		—	—	Часто	Основной симптом	»	—	—
Травма почек и мочевыводящих путей		—	—	»	При закупорке мочеточника кровяным сгустком	»	—	—
Гидронефроз		Редко	—	—	Часто	—	—	—
Тромбоз сосудов почек		Часто	Редко	Часто	Основной симптом	Часто	—	Редко
Поликистоз		Редко	—	Редко	Редко	—	—	—
Опухоли почек и мочевыводящих путей	Ангиомы и папилломы	»	—	»	»	—	—	—
	Опухоль Вильмса и др.	Часто	Редко	—	»	Часто	—	—
Гипервитаминоз D		»	—	—	—	Редко	—	Редко
Авитаминоз С		—	—	—	—	—	—	Основной симптом
Цитомегалия		Редко	—	—	—	Часто	Редко	Нет
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом		»	Редко	Редко	Основной симптом	Основной симптом	Основной симптом	Часто
Желтушно-геморрагический лептоспироз (болезнь Васильева—Вейля)		»	—	—	—	То же	Часто	»

Продолжение таблицы ☞

Окончание табл. 111

Наименование заболеваний	Исследование крови					Урологическое обследование			
	лейкоцитоз	количество тромбоцитов	РОЭ	свертываемость крови	остаточный азот	изменения			
						на обзорном снимке почек	на урограмме	при цистоскопии	
1	16	17	18	19	20	21	22	23	
Диффузный гломерулонефрит	Редко	В норме	Ускорена или в норме	В норме	В норме или выше нормы	Редко	Редко	—	
Очаговый нефрит	Часто	»	То же	»	В норме	—	—	—	
Пиелонефрит	»	»	То же	»	»	Редко	Часто	Редко	
Каликопапиллит	»	»	То же	»	»	»	Основной признак	—	
Острый цистит	—	»	В норме	»	»	—	—	Основной признак	
Наследственный нефрит	Синдром Альпорта	—	»	»	»	»	—	Редко	—
	Доброкачественная семейная гематурия	—	»	»	»	»	—	—	—
	Болезнь Фабри — семейная диффузная ангиокератома	—	»	»	»	»	—	—	—
Туберкулез почек	—	»	В норме или ускорена	»	»	Редко	Основной признак	Редко	
Ревматизм	Часто	»	Ускорена	»	»	—	—	—	
Ревматоидный артрит	»	»	»	»	»	—	—	—	
Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна — Геноха)	»	»	»	»	В норме или выше нормы	—	—	—	
Узелковый периартерит	Основной симптом	»	»	»	То же	—	—	—	

1		16	17	18	19	20	21	22	23
Системная красная волчанка		Редко	Снижено	»	»	То же	—	—	—
Болезнь Верльгофа		—	Снижена	В норме	»	В норме	—	—	—
Гемофилия		—	В норме	»	Нарушена	»	—	—	—
Псевдогемофилия		—	»	»	»	»	—	—	—
Острый лейкоз		Часто	Снижено	Ускорена	В норме	»	—	—	—
Сердечная (застойная) почка		Редко	В норме	В норме	»	В норме или выше нормы	—	—	—
Почечно-каменная болезнь		При инфицировании	»	»	»	В норме	Основной признак	Часто	—
Травма почек и мочевыводящих путей		—	»	»	»	»	—	При внутривенной урографии часто	Редко
Гидронефроз		—	»	»	»	»	Основной признак	Основной признак	—
Тромбоз сосудов почек		Часто	»	Ускорена	»	Выше нормы	—	Часто	—
Поликистоз		—	»	В норме	»	В норме или выше нормы	Основной признак	Основной симптом	—
Опухоли почек и мочевыводящих путей	Ангиомы и папилломы	—	»	»	»	В норме	—	Основной признак	Основной признак
	Опухоль Вильмса и др.	—	»	»	»	»	Основной признак	То же	Редко
Гипервитаминоз D		—	»	»	»	»	—	—	—
Авитаминоз С		—	»	»	»	»	—	—	—
Цитомегалия		—	»	»	»	»	Редко	Редко	—
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом		Нет или повышен	Снижено или повышено	Ускорена или замедлена	»	Выше нормы	—	—	—
Желтушно-геморрагический лептоспироз (болезнь Васильева—Вейля)		Основной симптом	В норме	Ускорена	»	Выше нормы или в норме	—	—	—

Таблица 112

### Разграничительный анализ причин макрогематурии у детей дошкольного и школьного возраста

(по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)

Причины	Дифференциально-диагностические признаки
Гломерулонефрит первичный	Протеинурия, цилиндрурия, отеки, гипертензия. Не исключена дизурия
Гломерулонефрит вторичный	Как проявление системной красной волчанки сочетается с поражением кожи, других органов, нередко сопровождается лихорадкой. Как проявление геморрагического васкулита сочетается с болями в животе приступообразного характера, геморрагической сыпью, суставным синдромом
Синдром Альпорта	Поражение органа слуха, глаз, больные с патологией почек в родословной
Камень почки, мочевого пузыря	Приступы почечной колики (поясничной), абдоминальной, чаще с одной стороны. Возможна дизурия и признаки интерстициального нефрита — протеинурия, лейкоцитурия
Гидронефроз	Боли в животе, преимущественно одностороннее увеличение почки, возможно наличие инфекции мочевых путей
Опухоль почки	Бледность, интоксикация, потеря массы тела. Наличие сгустков крови, объемный процесс в забрюшинном пространстве
Травма почки	Характерный анамнез, возможны другие открытые и закрытые повреждения органов, боли в области почки
Лекарственная нефропатия	Анамнез, признаки основного заболевания, а также интерстициального нефрита
Цистит	Дизурия, императивные позывы на мочеиспускание, резь после мочеиспускания, сгустки крови, лейкоцитурия
Тромбопатия Болезнь Виллебранда	Кожные геморрагии, носовые кровотечения
Коагулопатии	Кожные геморрагии, носовые кровотечения, гемартрозы, пол — мужской
Эссенциальная гематурия: — нефропатия	Отсутствует Рецидивирующий характер макрогематурии
Туберкулез почки	Анамнез, положительные туберкулиновые пробы, признаки инфекции мочевых путей, возможен высев бактерий Коха из мочи
Поствирусный интерстициальный нефрит	Боли в области поясницы, повышение температуры тела, протеинурия, лейкоцитурия
Идиопатическая гиперкальциурия. Бильгарциоз, синдром Элерса — Данлоса. Обструктивная уропатия	Нет

### 3.4. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Таблица 113

Дифференциально-диагностическая таблица функциональных и органических систолических шумов  
(цит. по Н.П. Шабалову, 2000)

Свойства шума	Функциональный	Органический
Тембр	Мягкий, неопределенный, музыкальный	Жесткий, грубый, дующий
Продолжительность	Короткий, занимает меньшую часть систолы	Длинный, занимает большую часть систолы
Иррадиация	Распространяется мало, не распространяется за пределы сердца	Хорошо распространяется по области сердца и за ее пределами
Связь с тонами	Не связан	Обычно связан
Регистрация на ФКГ	Низко- или среднечастотный, занимает меньшую часть систолы, с тонами не связан	Высокочастотный, занимает большую часть систолы, обычно связан с тонами

Таблица 114

Дифференциальная диагностика гипертрофической кардиомиопатии и «спортивного сердца» (по А.Г. Чучалину (под ред.), 2005)

Диагностический признак	Гипертрофическая кардиомиопатия	«Спортивное сердце»
Амплитудные показатели ЭКГ гипертрофии левого желудочка	Присутствуют	Присутствуют
Патологические зубцы Q или инверсия зубца T	Присутствуют	Отсутствуют
Максимальная толщина стенки левого желудочка	> 16 мм	< 16 мм у подростков мужского пола; < 14 мм у девушек
Характер гипертрофии левого желудочка	Асимметричная	Симметричная
Конечно-диастолический размер	< 45	> 55
Диастолическая функция левого желудочка	Нарушена	Не изменена
Величина левого предсердия	Часто увеличена	»
Уменьшение выраженности гипертрофии левого желудочка через 3 мес. после прекращения тренировок	Нет	Отмечается
Митральная регургитация	Очень часто	Нехарактерна

Таблица 115

**Дифференциальная диагностика ГКМП и «спортивного сердца»**  
(по Б. Мэрон и соавт.; цит. по А.М. Запрудному и соавт., 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	«Спортивное сердце»	ГКМП
Характер гипертрофии левого желудочка	Симметричная	Асимметричная
Полость левого желудочка в диастолу	> 55 мм	< 45 мм
Заполнение левого желудочка	Нормальное	Аномальное
Размеры левого предсердия	Нормальные	Увеличенные
Толщина стенок левого желудочка	Уменьшается при прекращении тренировок	Остается постоянной
Систолическое смещение вперед створок митрального клапана	Отсутствует	Нередко имеет место

*Примечание.* ГКМП — гипертрофическая кардиомиопатия.

Таблица 116

**Дифференциально-диагностические критерии сердечной и дыхательной недостаточности при спироэргометрии** (по М.Г. Полтавской, 2003)

Диагностические спироэргометрические показатели	Недостаточность	
	сердечная	дыхательная
Минутная вентиляция при пиковой нагрузке ( $VE_{max}$ )	< 50% MVV	> 50–70% MVV
Артериальная сатурация кислорода ( $SatO_2$ )	Нормальная	Может быть < 90%
Анаэробный порог	Достигается, может быть превышен	Не достигается или не может быть превышен
Максимальное потребление кислорода ( $VO_{2max}$ )	Может быть достигнуто	Не может быть достигнуто

Таблица 117

**Дифференциальная диагностика между перегруженным правым желудочком (легочное сердце) и перегруженным левым желудочком**  
(по Р. Хэгглину, 1965)

Дифференциально-диагностические признаки	Перегруженный правый желудочек (легочное сердце)	Перегруженный левый желудочек
Основное заболевание	Заболевание легких или легочных сосудов с последующей легочной гипертензией	Артериальная гипертензия, старый инфаркт миокарда, миокардит, порок клапанов, гиповитаминоз В и другие процессы, вовлекающие миокард левого желудочка

Дифференциально-диагностические признаки	Перегруженный правый желудочек (легочное сердце)	Перегруженный левый желудочек
Гипертрофия желудочков сердца	Правого	Левого
Аускультация сердца	Второй тон легочной артерии усилен или расщеплен, правый ритм галопа над грудиной	Второй тон аорты усилен, левый ритм галопа у верхушки сердца
Легкие	«Немые» или явления эмфиземы; диффузные бронхиальные хрипы	Влажные хрипы в нижних отделах легких
Одышка	Субъективно ощущается мало, ортопноэ нет	Ортопноэ
Цианоз	Высокой степени (но не во всех случаях)	Умеренный
Полицитемия	Выраженная (гематокрит более 50%)	Мало выражена
Рентгенологические данные со стороны сердца	Сердце нормально или умеренно увеличено, легочная конфигурация	Сердце увеличено, аортальная или миопатическая конфигурация
Рентгенологическая картина легочных полей	В зависимости от основной болезни иногда диффузные затемнения, но часто легочные поля светлые, особенно по периферии, диафрагма часто стоит низко, выпоты редко	Легочные поля завуалированы, особенно в нижних отделах, иногда застойные транссудаты (справа)
ЭКГ	Часто правый тип	Часто левый тип
Застойные явления	Застойная печень, периферические отеки, застойные почки (вторично на почве гипоксемического повреждения левого желудочка, а также левожелудочковая недостаточность)	Застойные легкие (вторично также правожелудочковая недостаточность вследствие перегрузки правого желудочка)
Функциональные пробы легких	Сильно нарушены	Не изменены или умеренно нарушены
Оксиметрия	Насыщение кислородом невозможно или сильно замедлено	Насыщение кислородом почти не нарушено (при вдыхании чистого кислорода в течение одной минуты 100% насыщения)
Время кровотока	Удлинено (прежде всего время «рука – легкие»)	Удлинено
Минутный объем сердца	Нормальный или повышен	Нормальный или снижен
Артериальное давление в большом круге	Нормально или снижено	Часто повышено
Влияние морфина и вдыхания кислорода	Очень неблагоприятно	Благоприятно



Таблица 118

**Дифференциально-диагностические признаки ЭКГ при врожденном ФЭ,  
постмиокардитическом ЭФ (по Р.Р. Шилияеву и соавт., 1992)**

Дифференциально-диагностические признаки	ФЭ	ЭФ
Электрическая ось сердца	Нормальная	Нормальная или отклонена влево
Нарушение ритма и проводимость	Крайне редко	Часто
Общее увеличение вольтажа комплекса <i>QRS</i>	Значительно	Умеренно
Гипертрофия миокарда левого желудочка	Всегда	Всегда
Гипертрофия миокарда правого желудочка	Редко	Часто
Увеличение зубца <i>Q</i>	Редко	Умеренное в II, III, aVF, V <sub>5</sub> отведениях
Отрицательный зубец <i>T</i> в отведениях I, II, III, V <sub>5</sub> , V <sub>6</sub>	Часто	Бывает, но не часто
Сглаженный зубец <i>T</i> в отведениях I, III, V <sub>5</sub> , V <sub>6</sub>	Редко	Часто
Положительный зубец <i>T</i> в отведениях V <sub>1-3</sub>	Часто	Редко
Смещение вниз сегмента <i>ST</i> в V <sub>5</sub> , V <sub>6</sub>	Часто, значительно	Может быть, но чаще <i>T</i> смещен вверх
Динамика ЭКГ	Отсутствует, отрицательная, реже положительная	Часто положительная или отсутствует

*Примечание.* ФЭ — фибробластоз эндокарда; ЭФ — эластофиброз.

Таблица 119

**Дифференциально-диагностические критерии различных форм перикардита  
(по А.А. Баранову, 2002)**

Форма перикардита	Клинические симптомы	Лабораторно-инструментальные диагностические критерии
Острый фибринозный (сухой), начальная фаза выпотного	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в области сердца и/или живота.</li> <li>• Шум трения перикарда.</li> <li>• В ряде случаев отсутствуют</li> </ul>	Фазовая динамика ЭКГ (в отведениях I, II, aVL, aVF, V <sub>3-6</sub> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стадия I — подъем сегмента <i>ST</i>, зубец <i>T</i> высокий остроконечный (2–7-й день болезни).</li> <li>• Стадия II — возвращение сегмента <i>ST</i> к изолинии, зубец <i>T</i> уплощен (1–2-я нед. болезни).</li> <li>• Стадия III — сегмент <i>ST</i> остается на изолинии, инверсия зубца <i>T</i> (изменения иногда сохраняются неопределенное время).</li> <li>• Стадия IV — возвращение ЭКГ к норме</li> </ul>
Острый экссудативный (выпотной)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вынужденное положение больного</li> </ul>	ЭКГ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изменение положения электрической оси сердца на горизонтальное.</li> <li>• Снижение вольтажа комплекса <i>QRS</i>, зубец <i>T</i> не изменен</li> </ul>

Форма перикардита	Клинические симптомы	Лабораторно-инструментальные диагностические критерии
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тупая боль в области сердца, одышка.</li> <li>• Тахикардия</li> </ul>	ЭхоКГ: визуализация выпота Рентгенография: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение размеров сердечной тени.</li> <li>• Шаровидная или трапециевидная форма тени сердца</li> </ul> Рентгенокимография: снижение амплитуды пульсации контуров сердечной тени
Тампонада сердца	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Беспокойство, страх больного.</li> <li>• Усиление одышки и тахикардии.</li> <li>• Акроцианоз, холодный пот.</li> <li>• Обмороки.</li> <li>• Клиническая смерть</li> </ul>	ЭКГ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Резкое снижение вольтажа комплекса <i>QRS</i>.</li> <li>• Альтернация электрической активности.</li> <li>• Перегрузка предсердий (зубец <i>P</i> уширен, высокий)</li> </ul> ЭхоКГ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Большой объем выпота по задней и передней поверхностям сердца.</li> <li>• Нарушение кинетики миокарда.</li> <li>• Пункция перикарда до 1000 мл жидкости</li> </ul>
Хронический адгезивный, без сдавления сердца	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обычно отсутствуют.</li> <li>• Слабость, повышенная утомляемость.</li> <li>• Боли в области сердца при нагрузке.</li> <li>• Шум трения перикарда</li> </ul>	ЭхоКГ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Утолщение листков эпи- и перикарда.</li> <li>• Внутривнутриперикардальные и плевроперикардальные спайки</li> </ul> ФКГ: позднесистолический щелчок

Таблица 120

### Дифференциальная диагностика переднего и заднего медиастинита (по М.П. Васильеву, Р.П. Зубареву, В.И. Гераськину, 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Медиастинит	
	передний	задний
Пульсирующая боль	Возникает за грудиной	Локализуется в груди и иррадирует в межлопаточную область
Усиление боли	А. При поколачивании по груди. Б. При наклоне головы (симптом Герке)	А. При надавливании на остистые отростки грудных позвонков. Б. При глотании и вдохе (симптом Ридингера)
Пастозность	В области грудины	В области грудных позвонков
Появление припухлости	В яремной впадине	Над ключицей
Появление крепитации	В яремной впадине	Над ключицей
Втягивание области яремной впадины при вдохе (югулярный симптом Равич—Щербо)	Характерно	Не характерно
Появление ригидности длинных мышц (паравerteбральный симптом Равич—Щербо и Штейнберга)	Не характерно	Характерно
Симптомы сдавления	Верхней полой вены (головная боль, шум в ушах, цианоз лица, шеи, расширение вен шеи, груди)	Главным образом непарной и полунепарной вен (расширение межреберных вен, появление выпота в плевре, перикарде)
Расширение границ притупления	В области грудины	В обе стороны от нижних грудных позвонков

**Дифференциальный диагноз самых частых врожденных пороков сердца**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Вид порока	Анатомический субстрат	Цианоз	Шум	Размеры сердца	Рентгеновское изображение	Электрокардиография	Ангиокардиография	Фонокардиография
<i>Пороки с цианозом (смещение венозной с артериальной кровью)</i>								
Тетрада Фалло	Стеноз легочной артерии, гипертрофия правого желудочка, межжелудочковый дефект и правое положение аорты	Появляется около шестого месяца жизни и усиливается с возрастом	Ослабленный II тон и систолический шум на легочной артерии	Нормальные	Отсутствие легочной дуги, наличие аортного окна, нормальные или слабо выраженные корни легких	Отведение от правой руки с нагрузкой правого желудочка, расширение желудочкового комплекса и нарушение желудочковой проводимости	Одновременное наполнение легочной артерии и аорты и вторичное позднее наполнение аорты	—
Триада Фалло	Стеноз легочной артерии, дефект межпредсердной перегородки и гипертрофия правого желудочка	Более легкий, более поздний	Ослабленный II тон и систолический шум на легочной артерии, который слышен хорошо на шее и на спине	Нормальные или слегка увеличенные	Слабое увеличение правого желудочка, слегка выраженные корни легких, светлое и широкое «аортное окно»	Данные гипертрофии правого желудочка, часто правая бедренная блокада; в более тяжелых случаях и <i>P-pulmonale</i>	Аорта не заполняется сразу после правой половины сердца	—
Синдром Eisenmenger	<i>Ductus art. persistens</i> , большой межпредсердный дефект, высокий межжелудочковый дефект, правое положение аорты, гипертрофия правого желудочка с легочной гипертензией (изменения стенок легочных артериальных сосудов)	Слабо выражен, непостоянный, усиливается с возрастом	Систолический шум в III и IV межреберных пространствах	Увеличенные	Увеличение размеров за счет правого желудочка и выпяченной дуги легочной артерии; сильно выраженные корни легких, которые пульсируют; закрытое «аортное окно»	Отведение от правой руки	Одновременное заполнение аорты и легочной артерии, расширение легочной артерии	—

Вид порока	Анатомический субстрат	Цианоз	Шум	Размеры сердца	Рентгеновское изображение	Электрокардиография	Ангиокардиография	Фонокардиография
Атрезия трехстворчатого клапана	Атрезия трехстворчатого отверстия, малый правый желудочек, открытый <i>foramen ovale</i>	Очень сильный	В эпигастррии систолический шум с расширением вправо	Уменьшенные вправо, слегка увеличенные слева	Вместо выпяченной — вогнутая правая сердечная дуга; дуга легочной артерии отсутствует, увеличение левого желудочка	Очень характерное отведение от левой руки с высоким и заостренным <i>P-pulmonale</i>	Отсутствует отведение от правой руки, раннее заполнение левой половины сердца; легочная артерия заполняется одновременно с аортой	—
Транспозиция крупных сосудов	Аорта исходит из правого, а легочная артерия из левого желудочка в сочетании с межжелудочковым дефектом и наличием боталлова протока	Очень сильный, часто более выраженный в верхней половине тела	Иногда систолический шум в III межреберном пространстве	Сильно увеличенные	Большое яйцевидное сердце с узкой тенью сосудов и выраженными корнями легких	Нетипичная, но часто показывает высокую и остроконечную волну <i>F</i> и нагрузку правого желудочка	—	—
<i>Truncus arteriosus communis</i>	Межжелудочковая перегородка открыта в верхней части, аорта и легочная артерия составляют общий сосуд	Постоянный и разной степени	Часто систолический шум на груди с направлением вверх, II тон часто акцентирован, но не расщеплен	Сильно увеличенные	Большое сердце с отсутствием дуги легочной артерии как при <i>Fallot</i> ; широкая сосудистая тень; выраженные корни легких, иногда с пульсациями	Нехарактерная, показывает нагрузки обоих желудочков, но чаще правого	Единственный крупный артериальный сосуд; легкие заполняются одновременно с нисходящей аортой	—

Продолжение таблицы ↪

Вид порока	Анатомический субстрат	Цианоз	Шум	Размеры сердца	Рентгеновское изображение	Электрокардиография	Ангиокардиография	Фонокардиография
Болезнь <i>Ebstein</i>	Низкое прикрепление трехстворчатых клапанов и правого желудочка, открытый <i>foramen ovale</i>	В большинстве случаев умеренный, иногда сильный	Иногда слабый систолический; пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия	Быстрое увеличение размеров сердца	Вначале нормальное, после огромное сердце округлой тени за счет правого желудочка, напоминающей экссудативный перикардит	Громадное <i>P-pulmonale</i> в большинстве отведений; нарушения проводимости и возбудимости	Правое предсердие и правый желудочек заполняются одновременно и образуют общую тень	—
<i>Пороки с потенциальным цианозом (смешение артериальной с венозной кровью)</i>								
Межпредсердный дефект	Межпредсердная перегородка не закрыта	Отсутствует	Систолический шум и расщепленный II тон на легочной артерии	Увеличенные	Значительное увеличение правого желудочка и правого предсердия, легкие затенены, корни легких пульсируют	Неполный правый бедренный блок и диастолическая нагрузка правого желудочка	—	Постоянно расщепленный II тон на легочной артерии; высокофреквентный систолический шум при большом шунте, низкофреквентный диастолический шум
Межелуточный дефект	Дефект мышечной части межжелудочковой перегородки (низкий дефект)	При легочных заболеваниях и усилиях	Систолический с двух сторон грудины, который слышен на спине; систолический фремисман	Умеренное общее увеличение	Слабое или значительное расширение сердечной тени, главным образом за счет правого желудочка, округлое сердце, усиленный легочный рисунок и часто пульсирующие корни легких	Систолическая нагрузка обоих желудочков, диастолическая нагрузка правого желудочка и редко правый бедренный блок	—	Усиление II тона на легочной артерии, голосистолический, часто лентовидный шум при большом шунте, низкофреквентный диастолический шум

Вид порока	Анатомический субстрат	Цианоз	Шум	Размеры сердца	Рентгеновское изображение	Электрокардиография	Ангиокардиография	Фонокардиография
<i>Ductus artemosus persistens (Botalh)</i>	Незакрытый после рождения боталлов проток	Зависит от направления тока крови	Систолический или систоло-, диастолический непрерывный во II и III межреберных пространствах систолический фремитус	Умеренное увеличение, преимущественно у детей старшего возраста	Увеличение сердечной тени разной степени с сильно выпяченной дугой легочной артерии, пульсирующие корни легких и затенение легочных полей	Нехарактерные данные нагрузки левого желудочка, при большом шунте слева направо — отведение от левой руки, нормальная ЭКГ	—	Систолиадиастолический шум, начинающийся сразу после I тона, достигающий максимума на месте II тона и постепенно затихающий во время диастолы
<i>Пороки без цианоза (без смещения венозной и артериальной крови)</i>								
Стеноз аортального перешейка	При инфантильном типе длинное сужение перед местом вливания боталлова протока, при типе взрослых — короткое сужение в различных местах	—	Систолический в правом IV межреберном пространстве и сзади в межлопаточном пространстве	Увеличенные у грудных детей, слегка увеличенные у детей старшего возраста	У грудных детей громадное сердце, у детей старшего возраста — слабое увеличение сердечной тени, при отсутствии дуги аорты и наличие узур ребер	Нагрузка левого желудочка, снижение ST и обратное T в стандартных отведениях	Сужение дуги аорты и наличие коллатералей, различные картины в зависимости от места и длины сужения	Усиленный II тон на аорте, вначале высокофреквентный усиленный, а впоследствии постепенно слабеющей, систолический шум, начинающийся вскоре после I тона и кончающийся в начале II дополнительного коллатерального шума

*Продолжение таблицы* ↩

Вид порока	Анатомический субстрат	Цианоз	Шум	Размеры сердца	Рентгеновское изображение	Электрокардиография	Ангиокардиография	Фонокардиография
Стеноз аортального отверстия	Стеноз на уровне отверстия охватывает семилунарные клапаны, образующие целое полотно	—	Голосистолический справа во II межреберном пространстве с фремитусом и распространением к сонным артериям; ослабление II тона аорты	Общее умеренное увеличение за счет левого желудочка	Значительное увеличение левого желудочка с переходом тени на позвоночник во II косой проекции	Чрезмерная систолическая нагрузка левого желудочка, снижение ST и отрицательная волна T в V <sub>1</sub> , V <sub>5</sub> и V <sub>6</sub> , отклонение влево	Не применяется	Ослабленный II тон, почти голосистолический ромбовидный шум

Таблица 122

## Дифференциально-диагностические различия ишемической болезни сердца (ИБС) и кардиалгий различного генеза

Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардии)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
<i>Субъективная картина заболевания</i>					
<i>Болевой синдром</i>					
1. Локализация боли	Чаще за грудиной, в прекардиальной области	В области сердца или без четкой локализации	Прекардиальная область, как правило, в пределах 1–2 межреберий	Чаще в области верхушки сердца, левой половине грудной клетки	Чаще в области верхушки, иногда по левому краю грудины
2. Характер и интенсивность боли	Сжимающая, давящая, средней интенсивности	Колющая, жгучая, не очень резкая	Колющая, сверлящая, интенсивная	Ноющая, колющая, разной интенсивности	Ноющая, тянущая, колющая, реже сжимающая, нерезкая

Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардии)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
3. Иррадиация боли	В левое плечо, левую руку, под левую лопатку, реже в эпигастрий и правую руку	Обычно отсутствует, редко в левую лопатку и плечо	По ходу межреберных нервов, иногда в подмышечную область	Отсутствует	Отсутствует
4. Боль в виде приступа	Характерна	Чаще отсутствует	Имеется	»	»
5. Цикличность боли	Обычно отсутствует, при вариантной стенокардии возможна цикличность	Отсутствует	Совпадает с циклами обострения болезни	Связана с приемом пищи, иногда ночью, носит волнообразный характер	»
6. Темп развития болевого синдрома	Постепенно, нарастающе	Чаще внезапно, реже постепенно	Внезапно, быстро, сразу в полной мере	Постепенный	Постепенно медленный
7. Связь боли с физической нагрузкой	Имеется	Чаще отсутствует	Имеется	Редко	Имеется
8. Зависимость боли от степени и характера физической нагрузки	Зависит от степени, нет четкой связи с характером	Обычно не зависит	Зависит от боковой и осевой нагрузки	Может появляться при значительной нагрузке	Может появляться при значительной нагрузке
9. Причины, способствующие возникновению болевого синдрома	Физическая, психоэмоциональная нагрузка, прием пищи, охлаждение	Обычно не устанавливаются	Физическая нагрузка, неудобное положение тела, поворот головы и туловища, движения рук, глубокое дыхание, кашель	Нарушение диеты, режима, стресс	Обычно не устанавливаются
10. Продолжительность болевого синдрома	От нескольких до 30 мин	От нескольких минут до дней	Обычно 2–3 ч и более	Различная	Чаще длительная

Продолжение таблицы ↪



Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардии)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
11. Факторы, устраняющие или облегчающие боль и другие неприятные ощущения	Покой, нитраты	Отвлечение внимания, привычная работа, физическая нагрузка, многие лекарства, нитроглицерин неэффективен	«Щадящая поза», прекращение физической нагрузки, анальгетики, нитроглицерин не влияет	Иногда прием пищи, спазмолитиков, желчегонных	Покой, седативные средства
12. Мнение больного о причине боли	Уверен в заболевании сердца	Состояние нервной системы	Нет определенных указаний	Обычно знает о заболевании системы пищеварения	Нет определенных указаний
<i>Одышка</i>					
1. Наличие одышки	Бывает часто, возможна в виде приступа	Часто имеется	Как правило, отсутствует	Отсутствует	Непостоянно
2. Характер одышки	Смешанная	Неудовлетворенность вдохом, «дыхание со вздохами», аритмия дыхательных движений	Иногда поверхностное дыхание	—	Смешанная
3. Связь с болевым синдромом	Как правило, имеется	Отсутствует	—	—	Отсутствует
4. Связь с физической нагрузкой	Четкая	Как правило, отсутствует	—	—	Имеется
<i>Сердцебиение</i>					
1. Наличие сердцебиения	Редко	Нередко	Может быть	У отдельных больных, чаще при язвенной болезни	Нередко
2. Характер сердцебиения	В виде приступов	В виде приступов	Иногда учащение или урежение ритма	Чаще учащение, иногда урежение ритма	В виде приступов, сопровождается тахикардией
3. Связь с болевым синдромом	Имеется	Отсутствует	Имеется	Имеется	Непостоянна

Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардии)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
4. Наличие перебоев	Имеются	Редко	Редко	Редко	Иногда
5. Характер перебоев	Чувство кратковременной остановки	«Замирание» сердца, отдельные толчки	Отдельные перебои	Отдельные перебои	Усиленные удары
6. Связь с сердцебиением	Обычно на фоне тахикардии	Обычно на фоне брадикардии	Отсутствует	На фоне брадикардии	На фоне тахикардии
7. Связь с болевым синдромом	Имеется	Отсутствует	—	—	—
8. Страх смерти и другие проявления кардиофобии	Обычно имеется	Страх смерти обычно нет, могут быть другие проявления кардиофобии	—	—	—
9. Другие сопутствующие ощущения	Не характерны	Бывают весьма разнообразные	После приступа сохраняется болезненность, скованность в местах локализации боли	Имеются, обусловленные основным заболеванием	Имеются, обусловленные основным заболеванием
10. В каком возрасте впервые возникли болевые ощущения, указанные в жалобах	Чаще в среднем и пожилом возрасте	Чаще в молодом возрасте	В возрасте 30–39 лет	Чаще в молодом возрасте	Чаще в молодом возрасте
11. Объективное подтверждение заболевания в прошлом	Выявление ИБС, данные ЭКГ и других методов	Различные невротические нарушения, нередко болезнь расценивается как миокардит, порок сердца, ИБС	Рентгенологические: склероз замыкательных пластинок, остеофиты, уменьшение межпозвоночных промежутков и др.	Выявление заболеваний желудка, желчевыводящих путей, кишечника	Кровотечения, данные анализов крови

Продолжение таблицы ↗

Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардии)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
12. Характер развития и течения заболевания	Обычно постепенно прогрессирует, иногда внезапный инфаркт миокарда с развитием сердечной недостаточности	Постепенное развитие, длительное течение без признаков органических изменений и сердечной недостаточности. Неадекватность между многочисленностью жалоб и объективным состоянием. Сердечные средства малоэффективны	Постепенно нарастающие изменения в позвоночнике с развитием вторичных неврологических симптомов и болевого синдрома	Вначале преобладают симптомы основной болезни. Болевой синдром развивается позже, сердечная недостаточность отсутствует	Постепенно
13. Сезонность и другие факторы, сопровождающиеся ухудшением состояния	Метеолабильность, ухудшение в холодное время	Сезонность отсутствует	Обострение чаще в осенний период	Сезонность при язвенной болезни, ухудшение при нарушениях режима питания и труда	Сезонность не характерна
<b>Клинические объективные данные</b>					
<i>Нервная система</i>					
1. Изменения психики	Как правило, отсутствуют, иногда начальные проявления атеросклеротической энцефалопатии	Кардиофобический, астенический, ипохондрический, тревожно-депрессивный синдромы	Отсутствуют, возможен астенический синдром	Возможна астенизация	Отсутствуют
2. Неврологический статус	Очаговые изменения отсутствуют	Очаговые изменения отсутствуют	Парестезии, периферические расстройства, ганглиониты, реже — диэнцефальный синдром	Очаговые изменения отсутствуют	Очаговые изменения отсутствуют

Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардин)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
3. Симптомы вегетативной дисфункции	Часто при вазоспастической форме ИБС может повышаться тонус симпатической и парасимпатической систем	Как правило, значительно выражены: утомляемость, повышенная возбудимость, сосудистые пароксизмы симпатoadреналинового генеза, гипергидроз	Нередко симпатоадреналовые или вагоинсулярные кризы	Имеются, обычно преобладание парасимпатического отдела	Иногда
Характер одышки	Смешанный, в тяжелых случаях сердечная астма	Невротического типа	Отсутствует	Отсутствует	При физической нагрузке
Перкуссия сердца	Расширение границ преимущественно влево	Границы не изменены	Характерных изменений нет	Характерных изменений нет	Характерных изменений нет
Аускультация сердца	Тоны ослаблены, усиление и металлический оттенок II тона и систолический шум на аорте	Тоны громкие, дыхательная аритмия, систолический шум на верхушке	То же	То же	Систолический шум на сосудах
Исследование сосудов и пульса	Извитость артерий, ригидность пульса	Лабильность пульса	То же	Лабильность пульса с наклоном к брадикардии	Лабильность пульса
Артериальное давление	Наклонность к гипертензии	Выраженная лабильность	То же	Иногда наклонность к гипотонии	Лабильность
Рентгенологическое исследование сердца	Гипертрофия и расширение левого желудочка, уплотнение и расширение дуги аорты	Конфигурация не изменена, выражена пульсация	То же	Характерных изменений нет	Конфигурация не изменена

Продолжение таблицы ☞

Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардии)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
Симптомы недостаточности кровообращения	Имеются	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Нередко скрытая недостаточность кровообращения
Характерные данные дополнительных исследований	Признаки атеросклероза	»	Признаки остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника	Имеются, связанные с основным заболеванием	Показатели крови
<i>Данные специальных исследований</i>					
1. ЭКГ	В ряде случаев признаки нарушения коронарного кровообращения «гигантский» зубец T, отсутствие дискордантности	Обычно не изменена, изредка нарушение процессов реполяризации, экстрасистолии	Обычно не изменена, редко синусовая аритмия	Обычно не изменена, редко синусовая аритмия, экстрасистолия	Синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации
2. Велоэргометрия: — толерантность к физической нагрузке; — причины прекращения нагрузки	Снижена  Критерии согласно данным ВОЗ	Нормальная  Как правило, внесердечные: усталость, головокружение, повышение АД при отсутствии ЭКГ-критериев	Нормальная, реже снижена  Развитие болевого синдрома, головокружение, повышение АД при отсутствии ЭКГ критериев	Нормальная, реже снижена  Внесердечные, при холецистите иногда признаки ишемии миокарда	Иногда снижена  Редко признаки ишемии на ЭКГ
3. Эхокардиография	Часто снижение сократительной способности миокарда, наличие зон асинергий	Изменений нет	Изменений нет	Изменений нет	Часто увеличение конечно-диастолического объема, снижение сократительной способности миокарда

Дифференциально-диагностические признаки	ИБС (стенокардии)	Нейроциркуляторная дистония	Остеохондроз позвоночника	Заболевания органов пищеварения	Анемии
4. Микроциркуляции	Обильные I–II функциональных классов — спастико-атонические изменения, сладж-феномен; III–IV классов — грубые структурные изменения	Спастико-атонический синдром, сладж-феномен	Спастико-атонический синдром, сладж-феномен	Спастико-атонический синдром, регионарное изменение	Уменьшение количества функционирующих капилляров, сладж-феномен отсутствует
5. Термография прекардиальной области	Асимметричная гипотермия прекардиальной области с восстановлением симметрии после приема нитроглицерина	Вариабельность температуры, гипотермия, не устраняющаяся приемом нитроглицерина	Повышение температуры на 0,4–2,0 °С	Асимметрия с наклоном к регионарной гипертермии	Повышение температуры

**Дифференциальный диагноз пограничной артериальной гипертензии и гипертонической болезни**  
(по Г.М. Покалеву, 1994; цит. по А.Г. Автандилову, 1997)

Дифференциально-диагностические признаки	Пограничная артериальная гипертензия	Гипертоническая болезнь
Уровень ДАД	В пределах 94 мм рт. ст.	Выше 96 мм рт. ст.
Среднее гомодинамическое давление	В пределах 95–99 мм рт. ст.	100 мм рт. ст.
Состояние тонуса артериол (по данным биомикроскопии глазного яблока и периферических сосудов)	Преходящий спазм артериол	Спазм артериол
Гипертрофия мышцы сердца	Отсутствует или начальные проявления (по эхокопии сердца)	Гипертрофия левого желудочка I–II типа (по М.С. Кушаковскому), гипертрофия перегородки сердца. Резистивная (со значительным повышением ДАД)
Нормализация АД после велоэргометрии	Происходит через 5–7 мин	Восстановления АД (через 15 мин) обычно не происходит
Вегетативные нарушения (тремор, гипергидроз и т.д.)	Выражены значительно все вегетативные признаки	Отсутствуют или мало выражены
Органный кровоток (церебральный, мышечный и т.д.)	Нормальный или имеется тенденция к снижению	Снижается
Состояние сосудов глазного дна	Глазное дно в норме	Типичные изменения: спазм артериол, расширение венул, перифокальный серозит, микровазаты
Кризисы	Имеют преходящий характер с выраженными вегетативными проявлениями	Наряду с вегетативными встречаются состояния, отражающие нарушение мозгового и коронарного кровотока, признаки недостаточности кровообращения

*Примечание.* ДАД — диастолическое артериальное давление.

**Дифференциально-диагностические признаки нейроциркуляторной и гипертонической дистонии**  
(по В.И. Маколкину, С.А. Абакумову, 1989; цит. по А.Г. Автандинову, 1997)

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Нейроциркуляторная дистония</b>	<b>Гипертоническая болезнь стадии</b>
Отягощенная наследственность по артериальной гипертензии	Отсутствует	Встречается часто
Характер артериальной гипертензии	Преимущественное повышение систолического давления, часто асимметрия артериального давления на разных руках	Частое повышение диастолического давления, асимметрия редка
Частота пульса	Повышение артериального давления сопровождается, как правило, тахикардией	Изменения частоты пульса не обязательны
Длительность повышения артериального давления	Часы, реже дни	Несколько дней
Реакция на гипотензивные средства	Нечеткая	Четкая
Реакция на диуретики	Неопределенная	»
Реакция артериального давления на велоэргометрическую пробу	Быстрое повышение систолического артериального давления на I этапе пробы до максимальных цифр; диастолическое давление повышается редко	Наряду с систолическим артериальным давлением нередко существенно возрастает диастолическое
Жалобы, сопутствующие повышению артериального давления	Множественные, чрезвычайно разнообразные	Обычно отсутствуют, могут быть церебральные



**Материалы для дифференциальной диагностики первичных системных васкулитов**  
(по Г.К. Алексееву, М.И. Теодори Б., В.П. Быкову, 1991)

Заболевание	Этиология и патогенез	Преимущественная локализация поражения	Основные патоморфологические изменения сосудов	Основные клинические проявления и течение
Артериит гиганто-клеточный (височный артериит)	Наиболее вероятен иммунопатологический характер изменений сосудов. Часто сочетается с ревматической полимиалгией	Артерии преимущественно среднего калибра наружно- и внутрочерепные, реже аорта и висцеральные артерии	Гранулемы средней оболочки артерий с наличием в них многоядерных гигантских клеток наряду с инфильтрацией стенок гистиоцитами, лимфоидными клетками и эозинофилами, некроз мышечных слоев и внутренней эластической мембраны, тромбоз пораженных сосудов	Лихорадка, потеря массы тела, летучие боли в мышцах и суставах, резкие боли в височной области на стороне поражения, иногда распространяющиеся по всей голове, уплотнение, болезненность, извилистость височных артерий, головокружения, парезы, параличи, расстройства речи, ослабление зрения, птоз, парезы глазных мышц, тромбоз артерий сетчатки, амавроз. Заболевают преимущественно люди пожилого возраста (после 50 лет). Течение относительно благоприятное, редко подострое или рецидивирующее
Васкулит геморрагический (болезнь Шенлейна — Геноха)	Частая связь заболевания с перенесенными инфекциями, вакцинацией, применением лекарств. В патогенезе — повреждение эндотелия сосудов иммунными комплексами с вторичными нарушениями гемокоагуляции	Капилляры, артериолы, венулы кожи, подкожной клетчатки, жел. киш. тракта, брыжейки, почек, синовиальной оболочки суставов, реже легких	Набухание и пролиферация эндотелия капилляров и прекапилляров, инфильтрация их стенок лейкоцитами, периваскулярные лимфоидные инфильтраты, интракапиллярные тромбы. Возможны фибриноидные изменения в стенках мелких артерий. В почках картина острого диффузного или подострого экстракапиллярного гломерулонефрита	Лихорадка, папулезно-петехиальные высыпания на коже конечностей, ягодиц, боковых поверхностей туловища, приступообразные боли в животе, рвота, кровотечения из ЖКТ, признаки раздражения брюшины, переходящие боли в суставах, иногда их припухание (синовит), поражение почек (гематурия, протеинурия), в тяжелых случаях — картина диффузного острого или подострого (экстракапиллярного) нефрита с быстро нарастающей почечной недостаточностью. Течение острое или хроническое рецидивирующее

Заболевание	Этиология и патогенез	Преимущественная локализация поражения	Основные патоморфологические изменения сосудов	Основные клинические проявления и течение
Вегенера гранулематоз (некротизирующий ангиит с гранулематозом)	Предполагаются аутоиммунный и иммунокомплексный механизмы поражения сосудов	Мелкие артерии, артериолы, реже венулы и вены верхних дыхательных путей, придаточных пазух носа, ретробульбарной клетчатки глаз, легких, почек, реже миокарда, печени, селезенки, ЖКТ	Фибриноидные изменения, некроз, клеточная инфильтрация, гиалиноз и склероз сосудистых стенок, гломерулонефрит с фибриноидным некрозом и тромбозом капиллярных петель клубочков, инфаркты почек, селезенки, печени, иногда очаговые некрозы миокарда, полиморфно-клеточные (нередко гигантоклеточные) гранулемы с некрозом тканей верхних дыхательных путей, костей и хрящей лицевого черепа	Лихорадка неправильного типа, язвенно-некротические и гнойно-некротические риносинуситы с деструкцией костей придаточных пазух носа и лицевого черепа, бронхиты, перибронхиты, пневмониты, инфаркты легких, очаговые инфильтраты (гранулемы) с распадом и образованием абсцессов, каверн, экзофтальм (односторонний или двусторонний), гломерулонефрит с характерной нарастающей почечной недостаточностью, коронарно-ишемические расстройства. Течение острое или подострое, обычно прогрессирующее, реже затяжное
Мошкович болезнь (тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, тромботическая микроангиопатия)	Предполагается связь множественного микротромбообразования с отсутствием в плазме ингибитора агрегации тромбоцитов. Вероятен иммунный механизм поражения сосудов	Мелкие артерии, артериолы, капилляры головного мозга, почек, миокарда, селезенки, надпочечников	Фибриноидные изменения и сегментарные некрозы в стенках сосудов, субэндотелиальные отложения фибрина, гиалиновые и тромбоцитарные тромбы. В почках фибриноидный некроз петель клубочков, утолщение их базальных мембран в виде «проволочных петель»	Лихорадка нередко с затемненным или спутанным сознанием, геморрагический синдром с вторичным неиммунным гемолизом, анемией, тромбоцитопения (но нередко обнаруживаются тромбоцитарные агрегаты), лейкоцитоз, ретикулоцитоз, церебральные нарушения (парестезии, парезы, гемиплегии, судороги), поражение почек с той или иной степенью почечной недостаточности. Течение острое или подострое
Неспецифический аортоартериит (облитерирующий брахиоцефальный артериит, синдром Такаясу, болезнь отсутствия пульса)	Предполагается иммунопатологический генез болезни, возможна гиперергия на воздействие различных факторов	Крупные артерии мышечного и эластического типов аорта, артерии, отходящие от дуги аорты (сонные, безымянная, подключичные) и их ветви, реже межреберные, почечные	Продуктивный панартериит с лимфо- и плазмочитарными инфильтратами, иногда с образованием гранулем, содержащих гигантские клетки. Тромбоз сосудов, склероз их стенок, облитерация устьев пораженных артерий	Ослабление или отсутствие пульса (одностороннее или двустороннее) на лучевых, плечевых, подмышечных, подключичных, сонных артериях, боли в руках, асимметрия и снижение АД на руках (в сравнении с АД на нижних конечностях). Склонность к обморокам, головокружениям, синокаротидный синдром, ослабление памяти, эпилептиформные судороги, переходящие парезы, ослабление зрения вплоть до слепоты. Коронарная недостаточность,

Продолжение таблицы ↗

Заболевание	Этиология и патогенез	Преимущественная локализация поражения	Основные патоморфологические изменения сосудов	Основные клинические проявления и течение
		подвздошные, брыжеечные		брюшная жаба, вазоренальная гипертензия (в зависимости от уровня поражения аорты). Чаще заболевают женщины молодого возраста. Течение обычно хроническое, медленно прогрессирующее, реже подострое или быстро прогрессирующее
Периартериит узелковый (болезнь Куссмауля—Мейера)	Предполагается вирусная этиология, в патогенезе повреждение сосудов иммунными комплексами. Описано обнаружение в стенках сосудов иммунных комплексов, содержащих поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg)	Артерии (мелкого и среднего калибра) почек, сердца, жел.-киш. тракта, поджелудочной железы, печени, поперечно-полосатой мускулатуры, периферической нервной системы, надпочечников, яичек	Панартериит с деструктивно-пролиферативным процессом преимущественно в средней оболочке и адвентиции, сегментарными некрозами, образованием мелких аневризм и периваскулярных инфильтратов	Волнообразная лихорадка, устойчивая к антибиотикам, истощение, мышечные и мышечно-суставные боли, полиневриты (реже моновевриты), инфаркты почек, очаговый или диффузный гломерулонефрит, иногда с прогрессирующей почечной недостаточностью, коронарно-ишемический синдром, язвенно-некротические поражения ЖКТ, субсерозные геморагии или гематомы в поджелудочной железе, селезенке, печени с периспленитом и перигепатитом, тромбоз мезентелиальных артерий, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, гиперглобулинемия. Течение острое, подострое, быстро прогрессирующее, рецидивирующее, при рано начатом рациональном лечении возможны длительные ремиссии

Заболевание	Этиология и патогенез	Преимущественная локализация поражения	Основные патоморфологические изменения сосудов	Основные клинические проявления и течение
Системный артериит (вариант узелкового периартериита)	В отдельных случаях возникает после применения лекарственных средств, вакцин, сывороток; вероятен аутоиммунный генез заболевания	Мелкие артерии и артериолы почек, сердца, кожи, подкожной клетчатки, бронхов, легких, головного мозга, периферической нервной системы, реже печени, селезенки, ЖКТ	В острой фазе — отек, плазморрагин, сегментарный фибриноидный некроз, иногда с отслойкой эндотелия, пролиферация эндотелия лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью эозинофильных и плазматических клеток преимущественно во внутренней и средней оболочках, тромбоз сосудов, склероз их стенок, облитерация просвета. Периваскулярные узелки отсутствуют, аневризмы редки	Мышечно-суставные боли, уртикарные эритематозные, папулезные, узловатые, геморрагические сыпи, поражение почек с гипертензией артериальной или без нее, коронарно-ишемические расстройства или симптомы очагового, реже диффузного миокардита бронхиальная астма, пневмониты, инфаркты легких с перифокальной пневмонией и плевритом, ишемический или геморрагический инсульты. Течение острое, подострое, рецидивирующее
Тромбангиит облитерирующий (болезнь Винивартера—Бюргера)	Предполагается иммунопатологический генез заболевания. Его развитию способствует курение. Не исключается роль генетических факторов	Артерии мышечного типа, вены (периферические сосуды конечностей, нередко висцеральные сосуды)	Лимфогистиоцитарная инфильтрация всех слоев сосудистой стенки, иногда с наличием в инфильтрате гигантских клеток, тромбоз и облитерация просвета сосудов. В острой фазе — фибриноидные изменения и сегментарные некрозы в стенках артерий	Боли в ногах (переменяющаяся хромота) или в руках, ослабление, затем исчезновение пульсации артерий конечностей, сухая или влажная гангрена дистальных отделов конечности, при острой закупорке тромбом симптомы острой сосудистой непроходимости. Часто наблюдаются эндо-, тромбо- и перифлебиты, с которых иногда начинаются проявления болезни. При смешанных и висцеральных формах — инфаркты легких, повторные микротромбоземболии в легочные артерии с развитием гипертензии малого круга кровообращения коронарно-ишемический синдром с нередким развитием бессимптомно протекающего инфаркта миокарда и крупноочагового миокардиосклероза. Течение хроническое, прогрессирующее

**Дифференциальная диагностика различных форм ювениального ревматоидного артрита (ЮРА)**  
(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Формы ювениального ревматоидного артрита				
	Олигоартикулярная		Полиартикулярная		Суставно-висцеральная (15–20%)
	тип 1 (35%)	тип 2 (15%)	РФ-положительная (5–10%)	РФ-отрицательная (20–30%)	
Пол	Ж > М	М > Ж	Ж > М	Ж > М	Ж = М
Количество пораженных суставов	≤ 4	≤ 4	≥ 5	≥ 5	40% — олигоартикулярное поражение; 60% — полиартикулярное
Симметричность поражения суставов	Асимметричное	Асимметричное	Симметричное	Симметричное	—
Виды пораженных суставов	Колени, лучезапястные, голеностопные	Колени, лучезапястные, голеностопные, тазобедренные, крестцовоподвздошные	Мелкие и крупные суставы	Мелкие и крупные суставы	—
HLA	DR5	B27	DR4	—	—
Глазные симптомы	Хронический увеит	Острый увеит	Редко	Редко	Редко
Нарушение функций суставов	10%	10%	50%	15%	25%

### 3.5. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ

Таблица 127

Дифференциальная диагностика гипохромных анемий (по А.А. Баранову, 1997)

Виды анемии	Дифференциально-диагностические признаки					
	Причины развития	Возраст	Клинические синдромы	Лабораторные исследования		Эффективность применения железа, примечания
				общеклинические	биохимические	
Железодефицитная анемия	Дефицит железа в органах и тканях	Любой	Астеноневротический, эпителиальный, иммунодефицитный, сердечно-сосудистый, гепатолиенальный	Гипохромия и микроцитоз эритроцитов, содержание Hb и ЦП снижены, сидерурия снижена	ЖС снижено, ОЖСС повышена; КНТ > 25%; в костном мозге — эритробластоз, нарушение созревания	Положительный эффект на 7–10-й день (прирост количества Hb на 1,5 г/л за сутки, ретикулоцитарный криз)
Поздняя анемия недоношенных	Истощение неонатальных запасов железа	В 3–4 мес.	То же	То же	То же	То же
Алиментарная анемия	Несбалансированное питание	Чаще в первые 3 года жизни	»	»	»	»
При синдроме мальабсорбции	Нарушение усвоения и всасывания железа	Любой	»	»	»	»
Хлороз	Повышенная потребность в железе в связи с усиленным ростом и менструальными потерями	Девочки-подростки	»	»	»	»
При острой кровопотере	Кровотечение	Любой	»	»	»	»

Продолжение таблицы ↙

Виды анемии	Дифференциально-диагностические признаки					
	Причины развития	Возраст	Клинические синдромы	Лабораторные исследования		Эффективность применения железа, примечания
				общеклинические	биохимические	
Анемия при свинцовом отравлении	Нарушение формирования гема, блокада сульфгидрильных групп ферментов и процесса включения железа в порфириновое кольцо	В любом возрасте	Бледность кожи с землистым оттенком, резкие боли в области живота, диспепсические явления, поражения нервной и сердечно-сосудистой системы	Гипохромия, базофильная пунктация и мишеневидность эритроцитов; ретикулоцитоз; сидерурия повышена; в моче определяется аминолевуленовая кислота	Содержание ЖС повышено, ОЖСС снижено, гипербилирубинемия; в костном мозге эритронормобластоз, сидеробластоз	Железорефрактерная
Сидероахрестическая анемия	Нарушение включения железа в гем (дефицит пиридоксина или одного из энзимов, участвующих в построении гема)	Любой, но чаще в первые 3 мес. жизни у недоношенных детей	Клинических признаков может не быть	Гипохромия и микроцитоз эритроцитов, снижен Hb, ЦП снижен или в норме; сидерурия значительно повышена	Содержание ЖС и ОЖСС повышено, КНТ повышен (более 50%), в костном мозге много сидеробластов	Железорефрактерная
Дизэритропоэтическая анемия	Неэффективность эритропоэза; железо плохо включается в гем, эристорбасты гибнут в костном мозге, не развиваясь до эритроцита	В любом возрасте; первичная у детей; вторичная при других заболеваниях и других формах анемии	Клинические симптомы могут отсутствовать; возможны спленомегалия и гепатомегалия, гемохроматоз, диабет	Эритроциты гипохромны, с множественными морфологическими дефектами, сидерурия повышена	Содержание ЖС повышено или нормальное, ОЖСС снижено; гипербилирубинемия; содержание альдолазы и ЛДГ повышено; в костном мозге грубые морфологические изменения	Железорефрактерная

Виды анемии	Дифференциально-диагностические признаки					
	Причины развития	Возраст	Клинические синдромы	Лабораторные исследования		Эффективность применения железа, примечания
				общеклинические	биохимические	
Талассемия	Нарушение синтеза полипептидных цепей глобина, неэффективность кроветворения из-за дефекта всасывания и утилизации железа, укорочение продолжительности жизни эритроцитов	Возможна в конце первого года жизни, но чаще в 7–8 лет	Задержка физического развития, даунизм, множественные стигмы, грязно-желтый цвет кожи с пигментными пятнами в ее складках, спленомегалия, изменение скелета (переломы, остеопороз, истерченность на рентгенограммах черепа), возможны гемолитические кризы	Гипохромия и микроцитоз эритроцитов, их базофильная пунктация и мишеневидность; сидерурия значительно повышена	Содержание ЖС повышено или нормально, ОЖСС в норме; гипербилирубинемия; содержание HbF и HbA2 повышено, HbA снижено; в костном мозге — эритробластная гиперплазия, очаги экстрамедуллярного кроветворения	Железорефрактерная
Анемия инфекционная или опухолевого генеза	Возможна при хронических воспалительных заболеваниях; причиной ее может быть как угнетение выработки эритропоэтина, так и образование цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, фактор некроза опухолей (ФНО- $\alpha$ ), которые нарушают метаболизм железа в ответ на иммунное (в том числе инфекционное) воздействие	В любом возрасте	Клинические симптомы могут отсутствовать или такие же, как при железодефицитной анемии	Микроцитоз и гипохромия эритроцитов, ЦП снижен или в норме	Содержание ЖС, ОЖСС снижено или нормально; КНТ в норме; в костном мозге — умеренный эритробластоз, нарушение созревания, число сидероцитов увеличено	Железорефрактерная

*Примечание.* Hb — гемоглобин; ЦП — цветной показатель; ЖС — железосвязывающая способность; ОЖСС — общая железосвязывающая способность сыворотки; КНТ — коэффициент насыщения трансферрина, ЛДГ — лактатдегидрогиназа; Ил — интерлейкин; ФНО- $\alpha$  — фактор некроза опухоли  $\alpha$ .



**Дифференциальная диагностика постгеморрагических, алиментарных, токсических и гипорегенераторных анемий у детей (по А. Мазурину, 1970)**

Вид анемии	Причины	Цвет кожи и слизистых оболочек	Геморрагический синдром	Изменения со стороны ЖКТ и другие признаки	Селезенка	Характер анемии
1	2	3	4	5	6	7
Острая постгеморрагическая	Обильная кровопотеря	Бледный с восковидным оттенком	Отсутствует	Жажда, сухость во рту	В норме	Вначале нормо-, а затем гипохромная анемия
Хроническая постгеморрагическая	Длительные регулярные кровопотери	Бледный, при тяжелом течении фарфоровобледненный	»	Сухость во рту	»	Гипохромная анемия
Алиментарная	Одностороннее и неполноценное питание	Бледный	Отмечается при цинге	Нередки диспептические явления, отставание в массе тела	»	Чаще гипохромная
Постинфекционная	Частые инфекционные заболевания	»	Отсутствует	Симптомы в зависимости от этиологии (отставание в весе и росте, признаки интоксикации)	Иногда увеличена	Нормо- или гипохромная
Токсическая	Хронические и острые отравления, глистная инвазия	»	Может быть (напр., при хронической почечной недостаточности)	Могут быть диспептические явления	В норме	Чаще гипохромная, при инвазии широким лентецом — гиперхромная
Хлороз	Недостаток железа в организме	Алебастрово-бледный с зеленоватым оттенком	Отсутствует	Снижение аппетита, извращение вкуса, запоры	»	Резко гипохромная
Гипо- и апластические (острая и хроническая)	Врожденная или приобретенная недостаточность гемопоэза	Восковидно-бледный с желтушным оттенком	При острой — резко выражен, при хронической наблюдается в ряде случаев	Язвенно-некротические изменения слизистой оболочки рта, зева. При острой форме — желудочно-кишечные кровотечения	»	Гипер- или нормохромная
Гемолитическая	Как врожденная, так и приобретенная гемоглобинопатия, эритропатия, аутоиммунный процесс и пр.	Бледный с желтушным оттенком	Отсутствует	Отсутствуют	Резко увеличена	Гипо- или гиперхромная

Вид анемии	Изменения белой крови	Количество ретикулоцитов	Резистентность эритроцитов	Костномозговое кроветворение	Билирубин сыворотки крови	Содержание железа в сыворотке крови
1	8	9	10	11	12	13
Острая постгеморрагическая	Нейтрофилез со сдвигом влево	Постепенно увеличивается	В норме	Нормобластический эритропоэз регенерацией	В норме	Вначале в норме, затем снижено
Хроническая постгеморрагическая	Отсутствуют	Незначительно увеличено	»	Возможно угнетение эритрономобластического роста	»	Снижено
Алиментарная	»	То же	»	Эритрономобластический росток не изменен или несколько угнетен	»	Чаше снижено
Постинфекционная	Нейтрофилез	В норме или незначительно увеличено	»	То же	»	То же
Токсическая	В зависимости от этиологии (нейтрофилез или нейтропения, эозинофилия)	Изменения непостоянны	В зависимости от этиологического фактора (нормальна или снижена)	В зависимости от этиологического фактора (может быть угнетено или усилено)	»	Изменяется непостоянно
Хлороз	Нейтрофилез	Увеличено	В норме	Эритрономобластическая реакция	»	Резко снижено
Гипо- и апластические (острая и хроническая)	Лейко- и нейтропения, тромбоцитопения	Снижены или отсутствуют	»	В начале заболевания — парциальная эритропения, в последних стадиях — панмиелофтиз	В норме, редко несколько увеличен	В норме, иногда увеличено
Гемолитическая	При кризе нейтрофилез	Значительно увеличено	Снижена, реже в норме	Эритрономобластическая реакция	Увеличен	В норме или увеличено

Таблица 129

**Дифференциальная диагностика микроцитарных гипохромных анемий**  
(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1996)

Дифференциальные методы лабораторной диагностики	Железодефицитная анемия	Признак $\beta$ -талассемии	Анемия при хронических болезнях	Сидеробластная анемия
Определение уровня сывороточного железа	Снижен	В пределах нормы	Снижен	Повышен
Железосвязывающая способность сыворотки	Повышена	То же	»	В пределах нормы
Измерение уровня сывороточного ферритина	Снижен	»	Повышен	Повышен
Определение эритроцитарного протопорфирина	Увеличен	»	»	Повышен или в пределах нормы
Уровень $HbA_2$	Снижен	Повышен	В пределах нормы	Снижен

Таблица 130

**Дифференциальная диагностика дефицитных и гемолитических анемий у детей**  
(по Р.Р. Шиялеву и соавт., 1992)

Дифференциально-диагностические признаки	Дефицитные анемии	Гемолитическая анемия
Генеалогический анамнез	Без особенностей. Иногда выявляется анемия у родителей больного	Наличие родственников с гемолитической анемией, с неуточненной анемией, спленомегалией, холелитиазом, особенно в молодом возрасте, эпизодической или постоянной желтухой
Преморбидный анамнез	Без особенностей	Указания на перенесенную в периоде новорожденности «гемолитическую болезнь» без убедительной расшифровки ее связи с групповой или резусной несовместимостью, интенсивную желтуху
Синдром хронической интоксикации, дистрофии и поливитаминоза	Характерны	Выявляются
Синдром гемолитических кризов	Отсутствует	Выявляется у всех больных: температурная реакция, повторная рвота с желчью, боли в животе, жидкий стул. Нарастающая бледность, сонливость. Возникают и усиливаются желтушность кожи и слизистых, одышка, тахикардия, снижается артериальное давление, увеличиваются паренхиматозные органы, падает диурез, может потемнеть моча
Стигмы дизэмбриогенеза	Не характерны	Выявляются при наследственных формах

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Дефицитные анемии</b>	<b>Гемолитическая анемия</b>
Гематологические показатели	Гипорегенераторная микроцитарная анемия. Осмотическая резистентность эритроцитов не изменена. Лейкоцитарная формула без особенностей. РОЭ не ускорена	Нормо-, гиперхромная анемия, ретикулоцитоз от 2 до 80%. Обнаруживаются микро-сфероцитоз, эритроциты аномальной формы (овалоциты, шизоциты и др.). Снижение или повышение осмотической резистентности эритроцитов. В период кризов — нейтрофильный лейкоцитоз со значительным левым сдвигом, вплоть до миелобластов, нормобластов. РОЭ ускорена
Анализ мочи	Без изменений	При внутрисосудистом гемолизе — гемоглобинурия, гемосидеринурия, гематурия, протеинурия
Биохимические показатели крови	Гипо- и диспротенемия, снижение содержания сывороточного железа, процента насыщения трансферрина, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови	Повышение непрямого билирубина, реже — прямого. Уровень сывороточного железа в пределах нормы или повышается. Уровень гаптоглобина снижается

Таблица 131

## Дифференциальная диагностика гемолитических анемий и гемоглинопатий у детей (по А. Евдокимовой, 1970)

Различные виды гемолитических анемий и гемоглинопатий	Причина	Преимущественный тип гемолиза	Желтуха	Бледность	Гепатолиенальный синдром
1	2	3	4	5	6
I. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ					
<i>Эритропатии</i>					
— сфероцитарная анемия (син. болезнь Минковского—Шоффара);	Врожденная неполноценность эритроцитов	Хронический внутриклеточный	Выражена	Выражена	Выражен
— несфероцитарная анемия (формы: нормоцитарная, макроплатоцитарная);	То же	То же	»	»	»
— овалоцитарная анемия	»	»	»	»	»
<i>Гемоглинопатии</i>					
— талассемия (формы: большая, средняя, малая, минимальная);	Врожденное нарушение синтеза гемоглобина	То же	»	»	»
— серповидно-клеточная анемия (формы: выраженная, малосимптомная);	То же	»	»	Бледность слизистых оболочек	При выраженной — наблюдается, при малосимптомном — отсутствует
— другие виды гемоглинопатии и их комбинации (С, D, H, E и т.д.): формы: выраженные, малосимптомные	»	»	»	Бледность слизистых оболочек*	То же
<i>Энзимопатии</i> (острые лекарственные, фавизм и др.)	Врожденный дефицит ферментов в эритроцитах	Острый внутрисосудистый	»	Выражена	Отсутствует
II. ВРОЖДЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ	Врожденный иммунологический конфликт	Смешанный	Выражена	»	Выражен

1	2	3	4	5	6
III. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ					
Аутоиммунные анемии с наличием тепловых или холодовых антиэритроцитарных аутоантител (идиопатические, симптоматические)	Иммунологический конфликт, вызванный появлением аутоантител	Внутриклеточный (хронический, острый) и смешанный (внутриклеточный и внутрисосудистый)	Выражена	Выражена	Выражен
Пароксизмальная (холодовая) гемоглобинурия	Увеличение титра антител при охлаждении	Острый внутрисосудистый	Слабо выражена	Нередкая	Отсутствует
Спленогенная гемолитическая анемия	Повышенная гемолитическая функция селезенки	Хронический внутриклеточный	Выражена	Выражена	Выражен
Болезнь Маркиафавы—Микели (пароксизмальная ночная гемоглобинурия)**	Приобретенная эритропатия с повышением чувствительности эритроцитов к факторам свертывающей системы и пропердину	Хронический внутрисосудистый	Умеренно или слабо выражена	»	Отсутствует
Гемолитическая анемия как осложнение гемотрансфузий	Иммунологический конфликт	Острый внутрисосудистый	Умеренно или слабо выражена	Выражена	»

\* При малосимптомных формах заболевания может быть слабо выраженной или отсутствовать.

\*\* Положительная проба Хема (усиленный гемолиз эритроцитов после инкубации в термостате крови больного с 0,5 н. раствором хлористоводородной кислоты.

*Продолжение таблицы* ↵

Различные виды гемолитических анемий и гемоглобинопатии	Изменения скелета	Морфология эритроцитов	Осмотическая резистентность эритроцитов	Механическая резистентность эритроцитов	Количество ретикулоцитов
1	7	8	9	10	11
<b>I. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>					
<i>Эритропатии</i>					
– сфероцитарная анемия (син.: болезнь Минковского—Шоффара);	Башенный череп, высокое нёбо, западение переносицы	Микросфероцитоз	Снижена минимальная резистентность	Снижена	Увеличено
– несфероцитарная анемия (формы: нормоцитарная, макроплаоцитарная);	Иногда отсутствуют. Могут быть башенный череп, высокое нёбо, западение переносицы	Нормоцитоз, макроплаоцитоз	В норме или немного снижена	Может быть снижена, в норме или увеличена	»
– овалоцитарная анемия	То же	Овалоцитоз	Увеличена	Снижена	»
<i>Гемоглобинопатии</i>					
– талассемия (формы: большая, средняя, малая, минимальная);	При большой талассемии череп «щетка» (рентгенологически — поперечная исчерченность свода черепа). Большое расстояние между глазами; уплощенная переносица	Мишеневидность	Увеличена амплитуда резистентности	Увеличена	Увеличено
– серповидно-клеточная анемия (формы: выраженная, малосимптомная);	Тонкие и длинные кости конечностей, плоскостопие, череп «щетка» (рентгенологически — поперечная исчерченность свода черепа). Иногда эти изменения отсутствуют	Серповидная	Увеличена	Снижена	»

1	7	8	9	10	11
— другие виды гемоглинопатии и их комбинации (С, D, H, E и т.д.): формы: выраженные, малосимптомные	Тонкие и длинные кости конечностей, плоскостопие, череп «щетка» (рентгенологически — поперечная исчерченность свода черепа). Иногда эти изменения отсутствуют	Мишеневидная	Увеличена	Снижена	Увеличено
Энзимопатии (острые лекарственные, фавизм и др.)	Отсутствуют	Нормоцитоз	В норме, может быть снижена	В норме	»
II. ВРОЖДЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ	»	Может быть микро-, нормо- и макроцитоз	»	»	»
<b>III. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>					
Аутоиммунные анемии с наличием тепловых или холодовых антиэритроцитарных аутоантител (идиопатические, симптоматические)	Отсутствуют	Может быть микро-, нормо- и макроцитоз	Снижена, увеличена или в норме	Снижена или в норме	Увеличено
Пароксизмальная (холодовая) гемоглобинурия	»	Нормоцитоз	В норме	В норме	Увеличено
Спленогенная гемолитическая анемия	»	»	»	»	»
Болезнь Маркиафавы—Микели (пароксизмальная ночная гемоглобинурия)**	»	»	»	»	Увеличено в норме или уменьшено
Гемолитическая анемия как осложнение гемотрансфузий	»	»	»	»	Увеличено

Продолжение таблицы ↵



Различные виды гемолитических анемий и гемоглинопатии	Ферменты в эритроцитах	Аутогемолиз	Реакция Кумбса	Билирубин сыворотки	Содержание сывороточного железа
1	12	13	14	15	16
<b>I. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>					
<i>Эритропатии</i>					
– сфероцитарная анемия (син.: болезнь Минковского—Шоффара);	Дефицит энлазы	Выражен	Отрицательная	Свободный увеличен	Увеличено
– несфероцитарная анемия (формы: нормоцитарная, макроплаоцитарная);	Иногда дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, пируваткиназы, гексокиназы и др.	Может быть выражен, слабо выражен или отсутствует	»	Свободный увеличен	Увеличено
– овалоклеточная анемия	В норме	Выражен	»	Свободный увеличен	Увеличено
<i>Гемоглинопатии</i>					
– талассемия (формы: большая, средняя, малая, минимальная);	Иногда дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы	Выражен	Отрицательная	Свободный увеличен	Увеличено
– серповидно-клеточная анемия (формы: выраженная, малосимптомная);	В норме	»	»	Свободный увеличен или в норме	Увеличено или в норме
– другие виды гемоглинопатии и их комбинации (С, D, H, E и т.д.): формы: выраженные, малосимптомные	»	Иногда отсутствует	»	То же	То же
<i>Энзимопатии</i> (острые лекарственные, фавизм и др.)	Дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы	Выражен	Отрицательная, может быть положительной	Увеличен	Увеличено
<b>II. ВРОЖДЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ</b>	В норме	»	Положительная	»	»

1	12	13	14	15	16
<b>III. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>					
Аутоиммунные анемии с наличием тепловых или холодowych антиэритроцитарных аутоантител (идиопатические, симптоматические)	В норме	Выражен	Положительная (прямая)	Увеличен	Увеличено
Пароксизмальная (холодовая) гемоглобинурия	»	Выражен или отсутствует	Отрицательная или положительная	Увеличен	Увеличено
Спленогенная гемолитическая анемия	»	То же	Отрицательная	»	»
Болезнь Маркиафавы—Микели (пароксизмальная ночная гемоглобинурия)**	Дефицит ацетилхолинэстеразы	Выражен	Отрицательная или положительная (прямая, непрямая)	Увеличен или в норме	Увеличено, в норме или снижено
Гемолитическая анемия как осложнение гемотрансфузий	В норме	»	Положительная (непрямая)	Увеличен	Увеличено

*Продолжение таблицы* ↵

Различные виды гемолитических анемий и гемоглинопатии	Гемоглобин сыворотки	Костномозговое кроветворение	Электрофорез гемоглобина	Проба Доната—Ландштейнера	Гемосидерин в моче	Гемоглинурия
I	17	18	19	20	21	22
<b>I. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>						
<i>Эритропатии</i>						
— сфероцитарная анемия (син.: болезнь Минковского—Шоффара);	В норме	Раздражение эритронормобластического ростка	В норме	Отрицательная	Отсутствует	Отсутствует
— несфероцитарная анемия (формы: нормоцитарная, макроцитарная);	»	То же	»	»	»	»
— овалоцелочная анемия	»	То же	»	»	»	»
<i>Гемоглинопатии</i>						
— талассемия (формы: большая, средняя, малая, минимальная);	В норме	Раздражение эритронормобластического ростка	Увеличен фетальный гемоглобин или гемоглобин A <sub>2</sub>	Отрицательная	Иногда определяется	Отсутствует
— серповидно-клеточная анемия (формы: выраженная, малосимптомная);	»	Раздражение эритронормобластического ростка или нормальное кроветворение	Определяется гемоглобин S	»	Отсутствует	»
— другие виды гемоглинопатии и их комбинации (С, D, H, E и т.д.): формы: выраженные, малосимптомные	»	Раздражение эритронормобластического ростка или нормальное кроветворение	Определяются гемоглины С, H, E и др.	»	»	»

1	17	18	19	20	21	22
Энзимопатии (острые лекарственные, фавизм и др.)	Увеличен	Раздражение эритроноормо-бластического ростка	В норме	»	Определяется	Определяется
II. ВРОЖДЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ	В норме	То же	Увеличен фетальный гемоглобин	»	Иногда определяется	Отсутствует
<b>III. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>						
Аутоиммунные анемии с наличием тепловых или холодových антиэритроцитарных аутоантител (идиопатические, симптоматические)	»	То же	В норме	»	То же	»
Пароксизмальная (холодовая) гемоглобинурия	Увеличен	Раздражение эритроноормо-бластического ростка	В норме	Положительная	Определяется	Определяется
Спленогенная увеличенная гемолитическая анемия	В норме	Раздражение эритроноормо-бластического ростка	»	Отрицательная	Отсутствует	Отсутствует
Болезнь Маркиафавы—Микели (пароксизмальная ночная гемоглобинурия)**	Увеличен	Раздражение или угнетение эритроноормо-бластического ростка	»	Отрицательная	Определяется постоянно	Определяется периодически
Гемолитическая анемия как осложнение гемотрансфузий	Увеличен	Раздражение эритроноормо-бластического ростка	»	»	Определяется	Определяется

Таблица 132

**Дифференциальная диагностика гемолитических анемий**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Средиземноморская анемия		Наследственная гемолитическая желтуха	Спленомегалические анемии
	анемия <i>Cooley</i>	<i>Thalassaemi minor</i>		
Начало	Грудной возраст	Школьный возраст	Период полового созревания	В различные периоды
Общее состояние	Сильно ухудшается	Удовлетворительное, бледный	Желтушный	Ухудшается
Цвет кожи	Соломенно-бледный	Слабый	Умеренный	Бледно-желтушный
Увеличение селезенки	Сильное	Намечающееся	Намечающееся	Сильное
Выражение лица	Монголоидное	Монголоидное	Монголоидное	Нормальное
Остеопатия	Сильно выражена	Намечается	Намечается	Отсутствует
Задержка в физическом развитии	Значительная	Умеренная	Слабая	»
Гемолитические кризы	Отсутствуют	Отсутствуют	Выражены	Отсутствуют
Гематологические показатели:				
– средний диаметр эритроцитов;	Уменьшен	Уменьшен, увеличен	Уменьшен	Нормален
– резистентность эритроцитов;	Увеличена	Увеличена	Уменьшена	»
– гемоглобин;	Фетальный	A <sub>2</sub>	Нормален	»
– антитела	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Имеются
Прогноз	Всегда неблагоприятный	Сравнительно неблагоприятный	Благоприятный	В зависимости от основного заболевания
Эффект спленэктомии	В некоторых случаях хороший	Никакого эффекта	Очень хороший	В некоторых случаях хороший

Таблица 133

**Дифференциальная диагностика геморрагических заболеваний у детей**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Симптомы	Эссенциальная тромбоцитопения	Симптоматическая тромбоцитопения	Тромбоцитопения <i>Glanzmann</i>	Тромбоцитопатия <i>Willebrand Jürgens</i>
Пурпура	Да	Да	Да	Да
Кровотечение из слизистых	Да	Да	Да	Да

Симптомы	Эссенциальная тромбоцитопения	Симптоматическая тромбоцитопения	Тромбоцитопения <i>Glanzmann</i>	Тромбоцитопения <i>Willebrand Jürgens</i>
Кровотечение во внутренние органы	Да	Да	Редко	Да
Спленомегалия	Да	Иногда	Нет	Нет
Начало заболевания	3–7 лет	Во всех возрастах	В период полового созревания	В раннем возрасте
Рецидивы	Да	Нет	Редко	Да
Количество тромбоцитов	Уменьшено	Уменьшено	В пределах нормы	В пределах нормы
Морфология тромбоцитов	Нормальна	Нормальна	Изменена	Может оказаться измененной
Тромбагглютинины	Редко	Часто	Нет	Нет
Время кровотечения	Удлинено	Удлинено	Нормально	Удлинено
Время свертывания	Нормально	Нормально	Нормально	Нормально
Ретракция сгустка	Удлинена	Удлинена	Удлинена	Нормальна или удлинена
Мегакариоциты костного мозга: – количество; – морфология	Увеличенное Измененная	Уменьшенное Нормальная	В пределах нормы Измененная	В пределах нормы Измененная

## Дифференциальная диагностика различных видов геморрагических диатезов у детей (по А. Мазурину, 1970)

Клинические и лабораторные признаки	Название диатеза								
	болезнь Шенлейна—Геноха	тромбоцитопеническая пурпура	тромбоцитостени	гемофилия А, В, С	гипотромбинемия	гипоконвертинемия	гипоакцелеринемия	афибриногенемия	фибринолитическая пурпура
Кровоизлияния в кожу	Пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь на конечностях и ягодицах	Экхимозы и петихии	Экхимозы и петихии, реже гематомы	Гематомы, реже экхимозы	Экхимозы и петихии, реже гематомы	Экхимозы и петихии, реже гематомы	Экхимозы и петихии, реже гематомы	Отсутствуют	Экхимозы и петихии
Кровоизлияния в слизистые оболочки	Редко	Часто	Часто	Редко	Редко	Редко	Редко	Редко	Часто
Кровотечения из слизистых оболочек и в различные полости	Часто, кишечные, почечные	Носовые, из десен	Носовые, из десен, редко в суставы	Чаше в суставы (гемартрозы)	Из пупочной раны, носа, желудочно-кишечные (мелена)	Из пупочной раны, носа, желудочно-кишечные (мелена)	Часто носовые	Желудочно-кишечные (мелена), из пупочной раны	Носовые
Время кровотечения (проба Дюка)	В норме	Удлинено	В норме, при геморрагической капиллярпатии удлинено	В норме	В норме	В норме	В норме	Удлинено	В норме, редко удлинено
Свертываемость цельной крови	»	Чаше в норме, редко замедлена	В норме	Значительно замедлено	В норме или несколько замедлена	Замедлена	Замедлена	Отсутствует	В норме, редко замедлена
Число тромбоцитов	В норме или повышено	Снижено	В норме или повышено	В норме или несколько повышено	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме

Клинические и лабораторные признаки	Название диатеза								
	болезнь Шенлейна—Геноха	тромбоцитопеническая пурпура	тромбоцитостени	гемофилия А, В, С	гипопротромбинемия	гипоконвертинемия	гипоакцелеринемия	афибриногенемия	фибринолитическая пурпура
Ретракция кровяного сгустка	В норме	Замедлена	В норме; при форме Гланцманна замедлена	В норме	»	»	»	Отсутствует	В норме, но в осадке много форменных элементов; лизис сгустка
Резистентность капилляров	В норме или понижена	Понижена	Понижена	»	В норме или понижена	»	»	Может быть понижена	В норме или понижена
Концентрация протромбина	В норме	В норме	В норме	В норме	Снижена	Снижена	Снижена	Снижена	В норме
Дефицит плазменных факторов свертывания крови	Отсутствует	III фактора	VIII фактора, иногда III фактора (непостоянно)	VIII фактора при гемофилии А; IX фактора при гемофилии В; XI фактора при гемофилии С	II фактора	VII фактора	V фактора	I фактора	Отсутствует
Фибринолитическая активность крови	Не изучена	В период кровотечения может повышаться	Не изучена	В период кровотечения может повышаться	Не изучена	Не изучена	Не изучена	Не изучена	Резко повышена



Таблица 135

### Дифференциальная диагностика наследственных и приобретенных геморрагических диатезов

(по С.А. Симбирцеву, Н.Н. Гурину, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Тип геморрагического диатеза	
	наследственный	приобретенный
Возраст, в котором появился геморрагический диатез	С детства	Любой
Тип кровоточивости (по З.С. Баркагану)	Гематомный, смешанный, микроциркуляторный, ангиоматозный	Микроциркуляторный смешанный васкулитно-пурпурный
Сочетание с пороками развития	Нередко	Крайне редко
Рецидивирующие гемартрозы	Характерны (для гемофилии)	—
Семейный анамнез	Наличие подобного геморрагического диатеза у кровных родственников	Нет таких данных
Наиболее частые варианты геморрагических диатезов	Гемофилия (А, В), болезнь Виллебранда, тромбостения Гланцмана, болезнь Рандю—Ослера	Тромбоцитопении, лекарственные тромбоцитопатии, ДВС-синдромы, дефицит К-витаминзависимых факторов (II, VII, IX, X)

Таблица 136

### Дифференциальная диагностика миелопролиферативных болезней

(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Хронический миелоидный лейкоз	Истинная полицитемия	Агногенная миелоидная метаплазия с миелофиброзом	Эссенциальный тромбоцитоз
Гематокрит	В пределах нормы или несколько снижен	Заметно повышен	Несколько снижен	В пределах нормы
Число лейкоцитов в крови	Резко увеличено	Несколько увеличено	Несколько увеличено или уменьшено	В пределах нормы
Число тромбоцитов в крови	Несколько увеличено или уменьшено	Несколько увеличено	Несколько увеличено или уменьшено	Резко увеличено
Спленомегалия	Выраженная	Небольшая	Выраженная	Небольшая
Активность лейкоцитарной щелочной фосфатазы	Несколько снижена или неактивна	Заметно повышена	Несколько повышена или в пределах нормы	Несколько повышена или в пределах нормы
Фиброз костного мозга	Может быть	Может быть	Выраженный	Может быть
Ph <sup>1</sup> -хромосома	Диагностируется	Не определяется	Не определяется	Не определяется

### 3.6. ЗАБОЛЕВАНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Таблица 137

Дифференциальная диагностика клинических признаков Т и В-клеточных дефицитов (по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Вид иммунодефицита	
	Т-клеточный дефицит	В-клеточный дефицит
Время появления	Ранний грудной возраст (4–6 мес.)	Обычно не ранее 6 мес., что совпадает с катаболизмом материнских антител
Тип возвратной инфекции	Грибковая, вирусная, микобактериальная, оппортунистические микроорганизмы (например, <i>Pneumocystis carinii</i> )	Инкапсулированные бактериальные патогены (синусно-пульмо-локальные инфекции, воспаление среднего уха, менингит, сепсис, абсцесс, остеомиелит)
Физическое развитие	Задержка физического развития (роста)	Небольшая задержка физического развития (роста)
Другие проблемы	Повышенная заболеваемость злокачественными опухолями	Предрасположенность к аллергическим и аутоиммунным заболеваниям

Таблица 138

Дифференциальная диагностика отдельных вариантов иммунодефицитов у детей (по Stiehm and Connly, 1996; по В. Делягину, 2005)

Возраст	Дифференциально-диагностические признаки	Наиболее вероятный диагноз
Новорожденные, дети до 6 мес.	Необычное лицо, пороки сердца, гипокальциемия	Синдром Ди Джорджи
	Порок сердца, цианоз, смещение печени влево	Аспления
	Медленное отторжение пупочного канатика, рецидивирующие инфекции, лейкоцитоз	Нарушение адгезии лейкоцитов
	Диарея, пневмония, задержка развития	Тяжелый, комбинированный иммунодефицит
	Макулопапулезные сыпи, алонезия, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия	Тяжелый комбинированный иммунодефицит, болезнь «трансплантат против хозяина»
	Мелена, гноетечение из уха, экзема	Синдром Вискотта—Олдрича
	Альбинизм кожи, глаз; рецидивирующие инфекции, нейтропения	Синдром Чедиака—Хигаси
	Рецидивирующие гнойные инфекции, сепсис	С-3-дефицит
Хронический гингивит, афтозный стоматит, инфекции кожи, тяжелая нейтропения	Тяжелая врожденная нейтропения	

Продолжение таблицы ⇨

Окончание табл. 138

Возраст	Дифференциально-диагностические признаки	Наиболее вероятный диагноз
Дети от 6 мес. до 5 лет	Тяжелый прогрессирующий инфекционный мононуклеоз	X-связанный лимфопролиферативный синдром
	Рецидивирующие кожные и системные стафилококковые инфекции, характерный внешний вид	Гипер-IgE-синдром
	Персистирующая молочница, дистрофия ногтей, эндокринопатии	Хронический кожно-слизистый кандидоз
Дети старше 5 лет и взрослые	Прогрессирующий дерматит, миоцит, хронический ЕСНО-вирусный энцефалит	X-связанная агаммаглобулинемия
	Инфекции придаточных пазух носа, легких, неврологические нарушения, телеангиэктазии	Атаксия — телеангиэктазия
	Дерматит, лимфаденопатия, пневмония, остеомиелит мелких костей	Хроническая гранулематозная болезнь
	Повторные случаи <i>Neisseria</i> -менингита	C5-, C6-, C7- или C8-дефицит
	Инфекции придаточных пазух носа, пневмонии, спленомегалия, мальабсорбции, аутоиммунные расстройства	Общий переменный иммунодефицит

Таблица 139

**Материалы к выявлению приобретенных изменений иммунитета при различных заболеваниях и патологических состояниях (по В. Делягину, 2005)**

Первичное заболевание	Клеточный иммунитет	Гуморальный иммунитет	Гранулоциты
СПИД	Снижен	Снижен (вторично к клеточному)	Гранулоцитопения
Корь	»	Норма	Норма
Краснушная эмбриопатия	Норма	Снижен IgA	»
Мононуклеоз	Снижен	Снижен	»
Спленэктомия	Норма	Норма	Снижены
Аутоиммунные заболевания	Снижен	Гипериммуноглобулинемия	Гранулоцитопения
Лейкозы	»	Снижен	Снижены за счет вытеснения
Уремия	»	Не изменен	Снижены
Сахарный диабет	Не изменен	»	Изменены
Нефротический синдром	Норма	Снижен за счет потери белка	Норма
Ожоги массивные	Снижен	То же	Снижены
Энтеропатии	Не изменен	То же	Не изменены
Дефицит цинка	Снижен	Норма	Снижены
Дефицит селена и жирорастворимых витаминов (А + Е)	Норма	Снижен за счет нарушения образования иммуноглобулинов	Не изменены

Первичное заболевание	Клеточный иммунитет	Гуморальный иммунитет	Гранулоциты
Кахексия	Снижен	Снижен	Норма или снижены
Облучение	»	»	Снижены
Стероиды	Снижены	Не изменен	Норма или снижены
Фентоин	Норма	Блокада синтеза IgA	Норма
Метотрексат	Снижен	Не изменен	Снижены
Циклофосфамид	»	Снижен	»
Прием противотуберкулезных препаратов	Норма	Снижен за счет нарушения образования иммуноглобулинов	Норма
Наркоз	»	Норма	Снижены

### 3.7. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ

Таблица 140

Заболевания и наследственные признаки, определяемые доминантными и рецессивными генами (цит. по В.А. Доскину и соавт., 2007)

Органы, системы и их части	Преимущественное влияние генов	
	доминантных	рецессивных
Волосы	Темные	Светлые
	Нерыжие	Рыжие
	Вьющиеся	Прямые
	Сильная волосатость тела	Слабовыраженная волосатость тела
	Раннее облысение (доминанта у мужчин)	Облысение в старости
	Белые пряди	Одноцветность
Кожа	Пятнистость (на коже белые пятна)	»
	Нормальная пигментация	Альбинизм
	Черная кожа	Белая кожа
Глаза	Карие, светло-карие или зеленые	Голубые или серые
	Большие	Маленькие
Мочки ушей	Свободные	Приросшие
Губы	Толстые	Тонкие
Ресницы	Длинные	Короткие
Нос	Широкие ноздри	Узкие ноздри
	Высокая и узкая переносица	Низкая и широкая переносица
	Римский	Прямой
Длина тела	Низкая	Высокая
Системы крови	Группа крови А, В и АВ	Группа крови 0
Кровообращение	Гипертензия	Нормальное давление
Уровень сахара в крови	Нормальный	Повышенный

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 140

Органы, системы и их части	Преимущественное влияние генов	
	доминантных	рецессивных
Нервная система	Нормальный слух	Врожденная глухота
	Мигрень	Нормальное состояние
	Нормальное состояние	Фенилкетонурия

Таблица 141

**Дифференциальная диагностика трех наиболее часто встречающихся аутосомных трисомий (по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)**

Дифференциально-диагностические признаки	Трисомия 21 (синдром Дауна)	Трисомия 18 (синдром Эдварда)	Трисомия 13 (синдром Патау)
Частота возникновения	1:800	1:8000	1:15 000
Тонус мышц	Гипотония	Гипертония	Гипо- или гипертония
Особенности строения отдельных частей тела			
— череп;	Умеренная микроцефалия, плоский затылок, три родничка	Микроцефалия, выступающий затылок	Микроцефалия, скошенный затылок, дефект кожи в области свода черепа и в области затылка, голопрозэнцефалия
— глаза;	Раскосые глаза, складки эпиканта, пятнистая радужная оболочка (пятна Бравильда)	Узкая глазная щель, помутнение роговицы	Микроофтальмия, гипотелоризм, колобома радужной оболочки
— уши;	Низко посажены, дополнительные складки на верхнем завитке	Низко посажены, пороки развития	Низко посажены, пороки развития
— лицо;	Выпадающий язык, большие щеки, плоское переносье	Маленький рот, микрогнатия	Расщепление губы и нёба
— скелет	Клинодактилия мизинца, большое расстояние между первым и вторым пальцем ноги, избыточное количество кожи на задней поверхности шеи, малый рост	Сжатие кистей рук в кулак, отсутствие дистальной складки на мизинце, гипоплазия ногтей, малый рост, тонкие ребра	Заднеаксиальная полидактилия, плоские ногти, сжатие кистей рук в кулак
Порок сердца	40%	60%	80%
Выживаемость	Высокая	90% детей погибают на первом году жизни	80% детей погибают на первом году жизни
Другие признаки	Расхождение сагиттального шва, ложный родничок, повышенная гибкость, утолщение шеи, неправильная форма нёба, гипоплазия носа, открытый рот, одна складка на ладони, брахиклинодактилия, мышечная слабость, складки на стопе между большим и вторым пальцем	Изогнутая стопа, поликистоз почек, дерматоглифические дуги	Пороки развития половых органов, поликистоз почек, увеличение выступов на ядрах нейтрофилов

**Дифференциально-диагностические признаки наследственных болезней у детей**  
(по Л. Бадалян, Ю. Вельтищеву, Е. Гусеву, 1987)

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Абеталипопротеинемия	Задержка роста	Бледность кожных покровов	Полное лицо при резко выраженном общем истощении	Дегенерация сетчатки, пигментный ретинит	Задержка нервно-психического развития, обильный зловонный стул, истощение, большой живот	Рецессивное
Агаммаглобулинемия, дисгаммаглобулинемия, алимфоцитоз и комбинированные формы иммунопареза	Задержка роста в первые месяцы жизни	Дерматиты, пиодермия, абсцессы	—	—	Пониженная иммунологическая реактивность, упорный септический процесс	Сцеплено с полом при агаммаглобулинемии, рецессивное при других формах
Адреногенитальный синдром: — простая форма;	Задержка роста, особенно заметная в препубертатном периоде	Пигментация, гирсутизм	Нет	Нет	Псевдогермафродитизм (чаще у девочек), преждевременное половое созревание у мальчиков. Мужской тип телосложения	Рецессивное
— сольтеряющая форма	Задержка роста	Пигментация	—	—	Рвота с 20-й нед. жизни, симптом «песочных часов» (видимая на глаз усиленная перистальтика желудка с характерной поперечной перетяжкой), гиперкалиемия, ацидоз, дистрофия, кризы потери солей и обезвоживания у новорожденных, гиперплазия коры надпочечников	»

Продолжение таблицы ↙

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Алкаптонурия	Нет	Пигментация	—	Темно-синяя окраска склер в виде участков клиновидной формы	Потемнение мочи при стоянии на воздухе	Рецессивное
Альбинизм	Нет	Частичная или полная депигментация кожи и волос, обесцвеченные брови, ресницы и т.д.	—	Гиперемия конъюнктивы, серовато-красная радужка, зрачок светится красным	Изменений нет	»
Аминоацидурия аргинин-янтарная	Возможна задержка роста	Грубая шершавая кожа	Страдальческое выражение лица	—	Отставание в нервно-психическом развитии, судорожные состояния, возможна гепатомегалия	»
Анемия гемолитическая несфероцитарная	Нет	Желтуха	То же	—	Спленомегалия, иногда увеличение печени, в крови макроцитоз, осмотическая резистентность эритроцитов нормальна	Доминантное
В <sub>6</sub> -зависимости синдром	Нет	Экзема, крапивница	—	—	Возможно сочетание поражений кожи с бронхиальной астмой, анемией, язвенной болезнью	Рецессивное
Вильсона—Коновалова болезнь (гепатолентикулярная дегенерация)	Нет	Желтуха	Маскообразное лицо, открытый рот	Буровато-зеленый ободок по периферии радужной оболочки (кольцо Кайзера—Флейшера	Нервно-психические расстройства, нарушения речи, гиперсаливация, ригидность мышц, деменция, прогрессирующий цирроз печени	»

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Вискотта—Олдрича синдром	Задержка роста	Экзема, дерматиты	—	—	Снижение сопротивляемости инфекциям, геморрагический синдром	Сцеплено с полом
Волчанка красная системная	Нет	Сыпи, дерматоз, гиперкератоз	Феномен «бабочки» на лице	—	Поражение суставов, сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта	Рецессивное
Галактоземия	Задержка роста	Желтуха	—	При выраженных формах — катаракты (ядерная, слоистая, передняя и задняя кортикальные)	Поносы и рвота с первых дней жизни. Увеличение размеров печени, геморрагический диатез, при тяжелых формах — поражение нервной системы	»
Гаргоилизм (мукополисахаридозы)	Задержка роста	Грубая кожа, гирсутизм	Гротескные черты лица — вдавленная переносица, толстые губы, редкие зубы, утолщенные веки, большой язык	Экзофтальм, помутнение роговых оболочек	Деформация скелета, большой живот, гепато- и спленомегалия, грыжи, слабоумие	Рецессивное, но при форме Гунтера сцеплено с полом
Хартнуна болезнь	Нет	Поражение кожи на участках, доступных действию света (фотодерматоз)	—	—	Мозжечковая атаксия, мышечная гипотония и другая неврологическая симптоматика (непостоянная)	Рецессивное
Гемолитическая болезнь новорожденных	Нет	Желтуха на 1–2-е сут жизни	—	Симптом «заходящего солнца» при развитии энцефалопатии (большая часть роговицы заходит за нижнее веко)	Несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или по группам крови	Развитие болезни у ребенка зависит от генотипа родителей и от сенсibilизации матери

Продолжение таблицы ↙



Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Гемофилия	Нет	Кровоизлияния	—	—	Кровоизлияния в ткани, гемартрозы, кровотечения при нарушении целостности кожи и слизистых оболочек, носовые, горловые, почечные кровотечения. Дефект факторов свертывания крови	При формах А и В — сцеплено с полом, при форме С — рецессивное
Гепатит новорожденных	Задержка роста	Желтуха на 1–2-е сут жизни	—	—	Проявления гепатита, в последующем цирроз печени	По-видимому, рецессивное
Гипераммониемия и другие болезни, связанные с нарушением синтеза мочевины	Задержка роста	Сухость кожи и слизистых оболочек, признаки дегидратации	—	—	Дистрофия, периодические приступы рвоты. Токсические состояния, задержка нервно-психического развития	Рецессивное
Гиперлипидемия идиопатическая	Нет	Ксантомы	—	—	Увеличение печени. Повышение уровня триглицеридов в крови	Не выяснено
Гиперхолестеролемиа семейная (гиперлипидемия)	Нет	»	—	Точечные липомы на конъюнктиве	Увеличение печени, гиперхолестеролемиа	Доминантное
Гипотиреоз семейный или атиреоз	Отставание в росте с рождения	Слизистый отек кожи (микседема)	Амимия, плоский широкий нос, утолщенные губы, полуоткрытый рот, большой язык	—	Кретинизм с зобом или без зоба, задержка появления точек окостенения, в некоторых случаях глухонмота	Рецессивное
Гипофосфатазия	Задержка в росте с рождения	—	—	Синие склеры у некоторых больных	Рахитоподобные изменения костей, «врожденный рахит», судорожные состояния	»

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Гликогеноз	Задержка роста на 1-м году жизни	Жесткие волосы	«Кукольное» лицо	Нет	Большой живот, гепатомегалия	»
Гомоцистинурия	Высокий рост детей	—	—	Подвывих хрусталика	Арахнодактилия, задержка психического развития	»
Гоше болезнь	Задержка роста в первые месяцы жизни	Пигментные пятна на лице, охряно-желтая окраска ладоней	—	—	Спленомагалия, гепатомегалия, неврологические нарушения, задержка психического развития и развития моторики, остеопороз, кахексия	»
Де Ланге синдром	Нет	—	Микро- и брахицефалия, микрогнатия, седловидный нос, широкие ноздри, короткая шея	Аномалии развития глаз	Деформация конечностей, синдактилия, олигодактилия	Характер наследования не уточнен, но риск рождения второго больного ребенка незначителен
Де Тони—Дебре—Фанкони синдром	Задержка роста со второго полугодия жизни	—	—	—	Рахитоподобные изменения костей, гипотрофия, гиперфосфатурия, глюкозурия, гипер-аминоацидурия	Рецессивное
Дубина—Джонсона синдром	Возможна задержка роста	Непостоянная желтуха, появляющаяся в грудном возрасте	—	—	Похудание, неопределенные боли в животе, иногда рвота, временами светлый цвет кала и темный мочи, увеличение размеров печени	Доминантное
Желтуха семейная негемолитическая Жильбера	Нет	Непостоянная или меняющаяся по интенсивности желтуха	—	—	Общее состояние не нарушено; кроме гипербилирубинемии (непрямая реакция Ван-ден-Берга), изменений крови нет	По-видимому, доминантное

Продолжение таблицы ↵

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Криглера—Найра синдром	Нет	Желтуха на 1—2-е сут жизни	—	—	Несовместимости крови матери и плода нет; развитие симптомокомплекса ядерной желтухи, не поддающейся лечению	Рецессивное
Лепречаунизм	Нет	Волосатость	Аномалии лицевого скелета — широкое лицо, большая голова, большие низко расположенные уши, недоразвитая нижняя челюсть	—	При рождении — крупные конечности, волосатость, выбухающие молочные железы; аномалии строения половых органов встречаются только у девочек	Рецессивное, ограниченное полом
Лоуренса—Муна—Барде—Бидля синдром	Нет	—	Полное лицо, амимия	Катаракта	Ожирение, слабоумие, синдактилия	Рецессивное
Марфана синдром	Высокий рост	—	—	Двусторонний вывих хрусталика, микрофтальм, миоз, колобома сосудистой оболочки	Нормальный интеллект, арахнодактилия, деформация грудной клетки, пороки развития сердечно-сосудистой системы	Доминантное
Метгемоглобинемия (недостаточность метгемоглобинредуктазы)	Нет	Диффузный цианоз	—	—	—	Рецессивное
Моркио болезнь (мукополисахаридоз)	Задержка роста	—	Широкий рот, короткий нос	Экзофтальм, мидриаз	Тяжелые деформации скелета	»
Муковисцидоз	Задержка роста	—	—	—	Мекониальный илеус новорожденных, дистрофия у более старших детей, отставание в физическом развитии. Проявления панкреатической недостаточности, хронические бронхолегочные процессы	»

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Недостаточность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы	Нет	Внезапное появление желтухи (вследствие гемолитического криза) после приема некоторых лекарств (антималярийные препараты, сульфаниламиды)	—	—	Картина гемолитического криза, боли в животе и пояснице, увеличение печени, темная, иногда черная моча	Сцеплено с полом
Непереносимость углеводов	Задержка роста	—	—	—	Хронические поносы, рвота в раннем возрасте. Кишечные колики	По-видимому, рецессивное
Нимана—Пика болезнь	Задержка роста	Восковидная кожа, ксантомы	Страдальческое выражение лица	Нарастающая слепота	Увеличение размеров печени, почек, селезенки, нервно-психические нарушения	Рецессивное
Остеогенез несовершенный	Задержка роста с рождения	—	—	—	Грубые деформации скелета	По-видимому, рецессивное
Периодическая болезнь	Задержка роста	Сухие кожа и слизистые оболочки	—	—	Периодические приступы болей, сопровождающиеся лихорадкой, рвотой и обезвоживанием	Рецессивное
Порфирия врожденная эритропозитическая	Нет	Поражение кожи на участках, доступных действию солнечного света (дерматоз с пигментированными рубцами), гипертрихоз	—	Помутнение роговой оболочки выворот век	Анемия, спленомегалия. Красный цвет мочи, иногда вскоре после рождения	Рецессивное, печеночные формы порфирии характеризуются доминантным типом наследования

Продолжение таблицы ↵

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Почечный канальцевый ацидоз (синдром Лайтвуда)	Задержка роста	—	—	—	Приступы рвоты у мальчиков грудного возраста. Запоры, полиурия, признаки интоксикации	Рецессивное
Почечный канальцевый ацидоз (синдром Олбрайта)	Задержка роста на 2–3-м году жизни (чаще у девочек)	—	—	—	Рахитоподобные изменения костей, хроническая пиурия, нефрокальциноз	Доминантное, но с большой пене-трантностью и экс-прессивностью у девочек
Сахарный диабет	Нет	Дерматиты, фурункулез, сухая кожа, розовые пятна на лбу и щеках	—	Снижение зре-ния (диабетиче-ская ретинопа-тия)	Похудание, полиурия, увели-чение печени, гипергликемия, сахар в моче	Рецессивное
Талассемия (анемия Кули)	Нет	Бледность	Широкая за-павшая пере-носица, сед-ловидный нос, выступающие скуловые ко-сти, деформа-ция челюстей	—	Анемия гипохромного типа, увеличение печени и селезен-ки, остеопороз	»
Тромбостения Гланцманна—Виллебранда (геморрагическая тромбопатия и недо-статок VIII фактора свертывания крови)	Нет	Петехии и под-кожные крово-излияния	—	—	Возможны гемартрозы, дли-тельность кровотечения увели-чена, количество тромбоцитов в норме	Доминантное

Наименование заболевания	Изменение роста	Кожные проявления	Изменения лица	Изменения глаз	Изменения внутренних органов и другие признаки	Наследование
Фабри болезнь (диффузная ангиокератома)	Нет	Ангиокератома на лице, туловище, половых органах	—	—	Поражение почек (протеинурия, гематурия), в крови повышенное содержание фосфолипидов	Сцепленное с полом
Фенилкетонурия	Нет	Депигментация кожи и волос, экзема	—	—	Отставание в нервно-психическом развитии, гипотрофия, характерный запах пота, неврологические нарушения	Рецессивное
Фосфатдиабет («рахит», резистентный к витамину D); наблюдается преимущественно у девочек	Задержка роста на 2-м году жизни	—	—	—	Рахитоподобные изменения костей и гиперфосфатурия, понижение уровня фосфатов крови (при нормальном уровне кальция)	Доминантное, сцепленное с полом
Целиакия	Задержка роста	—	Полное лицо при общем истощении	—	Истощение, большой живот, обильный, зловонный стул	Рецессивное
Цистинурия	Задержка роста	—	—	—	Отставание в нервно-психическом развитии, гипотрофия. Поносы и рвота с первых месяцев жизни	»
Цистиноз	Задержка роста	—	—	Кристаллы цистина в форме игл и палочек в конъюнктиве и роговой оболочке	Рахитоподобные изменения костей, гипотрофия, цистиновые камни почек, отложение кристаллов цистина в различных тканях	»
Черногубова—Элерса—Данлоса синдром	Нет	Дряблая неэластичная, со множественными складками кожа	—	—	—	Доминантное

Таблица 143

**Дифференциальная диагностика наследственных нарушений метаболизма нейротрансмиттеров**  
(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Судороги в результате недостаточности пиридоксина у новорожденных (без магний дефицита) глутаматдекарбоксилазы	Дефекты синтеза биоптерина (вариант фенилкетонурии)	4-гидроксимасляная ацидурия (метаболит ГАМК)
Нейротрансмиттер	ГАМК	Допамин, серотонин	ГАМК
Симптомы	Судороги, задержка умственного развития	Гипотония, судороги, тяжелая задержка умственного развития	Гипотония, судороги, тяжелая задержка умственного развития

Примечание. ГАМК — гамма-аминомасляная кислота.

Таблица 144

**Дифференциальная диагностика гликогенозов**  
(по А.Г. Румянцеву, М.В. Тимаковой, С.М. Чечельницкой, 2004)

Заболевание	Пораженный фермент	Пораженные органы	Клинические синдромы	Проявления у новорожденных	Прогноз
Тип I: фон Гирке	Глюкозо-6-фосфат	Печень, почки, желудочно-кишечный тракт, тромбоциты	Гипогликемия, лактат-ацидоз, гепатомегалия, гипотония, замедление роста, диарея, геморрагические заболевания, подагра, гипертриглицеридемия, ксантоматоз	Гипогликемия, лактат-ацидоз. Печень может быть нормальных размеров	Ранняя смерть от гипогликемии, лактат-ацидоза; может быть хорошим при поддерживающем лечении; в старшем детском возрасте встречаются опухоли печени
Тип II: Помпе	Лизосомальная глюкозидаза	Все, особенно исчерченная мускулатура, нервные клетки	Симметричная слабость глубоких мышц, кардиомегалия, сердечная недостаточность, укорочение PR-интервала	Может отмечаться мышечная слабость и/или кардиомегалия	Очень плохой; обычно смерть в течение первого года жизни; возможны варианты
Тип III: Форбса	Гликогендеветящий фермент	Печень, мышцы	В начальной стадии гипогликемия, кетонурия, гепатомегалия, которые разрешаются с возрастом; может быть утомляемость мышц	Обычно нет	Очень хороший при поражении печени; если есть миопатия, то течение сходно с типом V

Заболевание	Пораженный фермент	Пораженные органы	Клинические синдромы	Проявления у новорожденных	Прогноз
Тип IV: Андерсена	Гликоген-ветвящий фермент	Печень, другие ткани	Цирроз печени начинается в течение первых месяцев жизни; ранняя печеночная недостаточность	Обычно нет	Очень плохой: смерть от печеночной недостаточности до 4-летнего возраста
Тип V: МакАрдля	Мышечная фосфоорилаза	Мышцы	Появление утомляемости мышц в юношеском возрасте	—	Хороший при сидячем образе жизни
Тип VI: Герса	Печеночная фосфоорилаза	Печень	Умеренная гипогликемия с гепатомегалией, кетонурия	Обычно нет	Вероятно хороший
Тип VII: Таруи	Мышечная фосфофруктокиназа	Мышцы	Клинические проявления сходны с типом V	—	Как при типе V
Тип VIII	Киназа фосфоорилазы	Печень	Клинические проявления сходны с типом III, без миопатии	—	Хороший



**Дифференциальная диагностика лизосомальных болезней накопления**  
(по А.Г. Румянцеву, М.В. Тимаковой, С.М. Чечельницкой, 2004)

Заболевание	Диагностические признаки изменения в органах и физиологических системах										
	Недостаточность фермента	Начало клинических проявлений	Множественный дизостоз	Роговица	Сетчатка	Печень, селезенка	ЦНС	Изменение в моче	Периферические лейкоциты/костный мозг	Дополнительные признаки	Множественные формы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Мукополисахаридозы (MPS)</i>											
MPS I (Гурлера)	$\alpha$ -L-иду- ронидаза	~1 год	Да	Мутная	—	Увеличены	Глубокая потеря функции	Кислые мукополи- сахариды	Тельца Альдера— Рейли (лейкоци- ты)	Кифоз	Да — Шейе
MPS II (Гунтера)	Идуронат- 2-сульфо- таза	1—2 года	Да	Ясная	Ретиниты, отек диска зрительно- го нерва	»	Медлен- ная потеря функции	То же	То же	X-сце- пленное	Да
MPS III (Санфи- липпо)	Гепарин- сульфат	2—6 лет	Умерен- ный	»	—	Печень увеличе- на $\pm$	Быстрая потеря функции	»	»	—	Несколько биохи- мических типов
MPS IV (Морквие)	Галактозо- 6-сульфа- таза или $\beta$ -галакто- зидаза	2 года	Нет, кар- ликовость	Слабо мутная	—	—	Норма	»	»	—	Да
MPS VI (Марото— Лами)	N-ацетил- галакто- замин-4- сульфатаза	2 года	Да	Мутная	—	Размеры нормаль- ные	Норма	»	»	—	Да

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mps VII (Слай)	β-галакто- зидаза	В различ- ные сроки неона- тального периода	Да	± мутная	—	Увеличены	±	»	»	Неиммун- ная во- дянка	Да
<i>Липидозы</i>											
Глюкоцере- брозидоз 1 (Гоше 1)	Глюкоце- ребрози- даза	Любой возраст	—	Ясная	Норма	Увеличены	Норма	—	Клетки Гоше в костном мозге	Боли в костях и патоло- гические переломы	Как пра- вило, ва- рибельны
Глюкоцере- брозидоз 2 (Гоше 2)	Глюкоце- ребрози- даза	От внутри- утробного периода до 2 лет жизни	—	»	»	»	Глубокая потеря функции	—	То же	—	Да
Сфингомие- линовый липидоз А (Нимана— Пика А)	Сфинго- миелиназа	Первый месяц	—	»	Вишнево- красные пятна (50%)	»	Глубокая потеря функции	—	Пенистые клетки в костном мозге	—	—
Сфингомие- линовый липидоз В (Нимана— Пика В)	Сфинго- миелиназа	Первый месяц или позднее	—	»	Норма	»	Норма	—	То же	—	—
Нимана- Пика С	Неизвест- на	От внутри- утробного периода до под- росткового возраста	—	»	»	»	Офталь- моплегия, дистония, катаплек- сия, судо- роги	—	Пенистые клетки и голубые гистиоци- ты в кост- ном мозге	Патогенез не как при НП-А и НП-В	От леталь- ного нео- натального до форм с началом во взрослом возрасте

*Продолжение таблицы* ↙

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
СМ <sub>3</sub> -ганглиозидоз (Тя-Сакса)	Гексоаминидаза А	3–6 мес.	–	»	Вишнево-красные пятна	Норма	Глубокая потеря функции	–	Норма	Родственное заболевание Сандхоффа	Да
Генерализованный ганглиозидоз (инфантильный GM <sub>1</sub> )	β-галактозидаза	От периода новорожденности до первого месяца	Да	»	Вишнево-красные пятна (50%)	Увеличены	То же	–	Включения в лейкоцитах	–	Да
Метахроматическая лейкодистрофия	Арилсульфатаза А	1–2 года	–	»	Норма	Норма	»	–	Норма	–	Да
Болезнь Фабри	α-галактозидаза А (цереброзидаза)	Детский, подростковый возраст	–	Мутная при исследовании щелевой лампы	–	Может быть увеличение печени	Норма	–	»	Х-сцепленное	–
Галактозилцереброзидоз (Краббе)	Галактоцереброзид-β-алактозидаза	Первые месяцы	–	Ясная	Зрительная атрофия	Норма	Глубокая потеря функции	–	»	Накопление не в лизосомах	Да
Болезнь Вольмана	Кислая липаза	Неонатальный период	–	»	Норма	Увеличены	То же	–	Включения в лейкоцитах	–	Да
Фарбера (липогранулематоз)	Кислая церамидаза	Первые 4 месяца жизни	–	Обычно ясная	Вишнево-красные пятна (12%)	Могут быть увеличены	Норма или нарушена	Обычно нет	–	Артриты, узелки хрипота	Да
<i>Муколипидозы (МЛ) и клинически родственные болезни</i>											
Сиалидоз II (ранее МЛ I)	Нейроаминидаза	Неонатальный период	Да	Мутная	Вишнево-красные пятна	Увеличены	Да	Олигосахариды	Вакуолизованные лимфоциты	–	Да (также см. галактосиалидозы)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Сиалидоз I (ранее МЛ I)	Нейроами-нидаза	Обычно второе десятилетие жизни	—	Небольшое помутнение	То же	Норма	Миоклонус, судороги	То же	Обычно нет	Вишневые красные пятна/миоклонический синдром	Сильно варьирует
Галактосиалидоз	Нейроами-нидаза или β-алактозидаза	То же	Часто	Обычно мутная	Обычно имеются вишневые красные пятна	Иногда увеличены	Миоклонус, судороги, олигофрения	»	Пенистые лимфоциты	Начало от 1 года до 40 лет	Врожденные или инфантильные формы как сиалидоз 2
МЛ II (1-клеточная болезнь)	Манозил фосфотрансфераза	Неонатальный период	Да	Часто мутная	—	Печень часто увеличена	Глубокая потеря функции	»	—	Гиперплазия десен	—
МЛ III (полидистрофия псевдо-Гурлера)	Манозил фосфотрансфераза	2—4 года	Да	Позднее помутнение	Норма	Размеры не изменены	Умеренная потеря функции	»	—	—	—
Множественная недостаточность сульфатаз	Многие сульфатазы	1—2 года	Да	Обычно чистая	Обычно норма	Увеличены	Глубокая потеря функций	Кислые мукополисахариды	Тельца Альдера — Рейли в лейкоцитах	Ихтиоз	Да
Аспартил-глюкозаминурия	Аспартил-глюкозаминидаза	6 мес.	Умеренный	Чистая	Норма	Раннее увеличение	Глубокая потеря функций	Аспартил-глюкозамин	Включения в лимфоцитах	Развитие катаракты	—
Маннози-доз	α-маннозидаза	Первый месяц	Да	Мутная	—	Печень увеличена	То же	Обычно нет	То же	Катаракты	Да
Фукозидоз	α-L-фукозидаза	Первый месяц	Да	Чистая	Может быть пигментация	Часто увеличены	»	Олигосахариды	»	—	Да

Таблица 146

**Дифференциальная диагностика гомоцистинурии и синдрома Марфана**  
(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Заблевание	
	Синдром Марфана	Гомоцистинурия
Смещение хрусталика	Обычно вверх	Обычно вниз
Состояние роговицы склеры	Уплощенная роговица, голубые склеры	Не изменены
Особенности строения тела и скелета	Высокий рост	Высокий рост, арахнодактилия, деформация грудной клетки
Функции суставов	Значительное переразгибание	Не изменены или небольшие контрактуры, выворот голеностопного сустава
Особенности: — кожи; — волос; — сердца; — периферических сосудов; — умственного развития	Повышенная растяжимость полосы растяжения, сетчатая «мраморная» кожа Не изменены Часто встречаются пролапс митрального клапана, аортальные шумы вследствие регургитации Часто тяжелые варикозиты В норме	Экзема, румянец на щеках Тонкие, сухие, рыжие Редко пролапс митрального клапана Диабетоподобные изменения периферических сосудов Нарушения умственного развития у 50–60% больных, редко клинические признаки психоза
Тип наследования	Аутосомно-доминантное, страдают оба или один из родителей и другие поколения	Аутосомно-рецессивное; родители здоровы, но дети могут страдать при кровно-родственных браках
Другие клинические признаки	Эмфизема, пневмоторакс	Гепатомегалия, остеопороз

Таблица 147

**Дифференциальная диагностика основных форм моногенно наследственных болезней легких** (по Н.М. Розиновой, 1999)

Нозологические формы	Основные клинические проявления	Рентгенобронхологические и функциональные признаки	Специальные показатели
Первичная цилиарная дискинезия	Тотальное поражение респираторного тракта с ранней манифестацией симптомов. Часто обратное расположение внутренних органов	Деформация бронхов, диффузность поражения, упорный гнойный эндобронхит	Неподвижность ресничек, изменение их структуры
Идиопатический диффузный фиброз легких	Прогрессирующая одышка, цианоз, сухой кашель. Потеря массы тела. «Барабанные палочки». Крепитирующие хрипы	Диффузные фиброзные изменения. Рестриктивный тип дыхательных нарушений. Гипоксемия, гиперкапния	—

Нозологические формы	Основные клинические проявления	Рентгенобронхологические и функциональные признаки	Специальные показатели
Гемосидероз легких	Кашель, одышка, кровохарканье, анемия в периоде кризов. Увеличение селезенки, иктеричность	Множественные облаковидные тени в период кризов	Обнаружение сидерофагов в мокроте
Синдром Гудпасчера	Те же, гематурия	Те же	Те же
Семейный спонтанный пневмоторакс	Внезапно появляющиеся боли в боку, отсутствие дыхательных шумов, смещение сердечной тупости в противоположную сторону	Наличие воздуха в плевральной полости, спадение легкого, смещение средостения в противоположную сторону	—
Альвеолярный микролитиаз	Одышка, цианоз, сухой кашель. Клинические проявления могут отсутствовать	Мелкие диффузные тени каменной плотности	—
Первичная легочная гипертензия	Одышка, преимущественно при физической нагрузке. Цианоз. Боли в области сердца. Тахикардия, акцент II тона над легочной артерией	Гипертрофия правых отделов сердца. Ослабление легочного рисунка на периферии, расширение корней, их усиленная пульсация	Повышение давления в легочной артерии

### 3.8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

Таблица 148

#### Дифференциальная диагностика некоторых острых заболеваний носа

Симптомы	Острый ринит	Фурункул носа	Абсцесс перегородки	Рожистое воспаление носа
Общее состояние	Нарушено мало	Нарушено	Нарушено	Нарушено
Температура	Чаще нормальная	Повышена	Повышена	Повышена
Наружный нос	Без изменений	Кожа гиперемирована, натянута, блестящая (кончик носа)	Наружный нос не изменен	Гиперемия кожи, распространяющаяся в виде языков «пламени» за пределы носа
Дыхание через нос	Затруднено	Свободное	Может быть затруднено	Свободное
Обоняние	Нарушено	Не нарушено	Нарушено	Не нарушено
Данные риноскопии	Гиперемия слизистой оболочки носа	Слизистая оболочка без изменений	Резкое утолщение хрящевого отдела перегородки; при надавливании зондом флюктуация с обеих сторон перегородки	Слизистая оболочка без изменений, процесс редко распространяется в область носа

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 148

Симптомы	Острый ринит	Фурункул носа	Абсцесс перегородки	Рожистое воспаление носа
Начало заболевания и этиологические моменты	Острое, чаще всего после простуды	Острое; внедрение инфекции в кожу кончика носа или его преддверия; иногда это проявление фурункулеза, диабета	Постепенное, чаще после травмы носа с образованием гематомы перегородки, которая через 5–6 дней нагнаивается	Остро
Болевые ощущения	Болевых ощущений нет	Пульсирующая боль в области носа	Пульсирующая боль в области носа	Боль в области носа

Таблица 149

## Дифференциально-диагностические признаки трех форм ринита

Дифференциально-диагностические признаки	Ринит		
	круглогодичный аллергический	неатопический	вазомоторный
<i>Анамнез</i>			
Атопические заболевания в семье	Часто	Редко	Редко
Возраст начала заболевания	В детстве или юности	Чаще после 30 лет	Чаще у взрослых
<i>Жалобы</i>			
Чиханье	Часто	Редко	Редко
Назальная обструкция	Умеренная	Значительная	Умеренная
Зуд в носу и глотке	Обычно	Редко	Редко
Ринорея	Профузная	Умеренная	Умеренная
Постназальные симптомы	Умеренные	Выраженные	Выраженные
Аносмия	Редко	Часто	Редко
<i>Риноскопия</i>			
Отек слизистой оболочки	Разная степень	Значительный	Умеренный
Окраска слизистой оболочки	Бледная	Бледная	Синюшная
Характер секрета	Водянистый или слизистый	Слизистый	Водянистый
Полипы	Редко	Часто	Отсутствуют
<i>Рентгенограмма придаточных пазух</i>			
Отек слизистой оболочки	Умеренный	Умеренный	Незначительный
Одно- или двустороннее затемнение	Очень редко	Относительно часто	Редко
<i>Лабораторные тесты</i>			
Эозинофилия крови	Часто	Часто	Не бывает

Таблица 150

**Дифференциальная диагностика хронических ринитов**

Симптомы	Ринит		
	катаральный	гипертрофический	атрофический
Дыхание через нос	Затруднено; при горизонтальном положении больше с той стороны, на которой больной лежит	Резко затруднено; степень затрудненности не изменяется	Как правило, свободное
Обоняние	Не нарушено	Не нарушено	Не нарушено
Данные риноскопии	Носовые раковины гиперемированы, увеличена за счет отека слизистой оболочки	Носовые раковины резко увеличены, с сероватым оттенком; гипертрофия может быть ограниченной или диффузной	Носовые ходы широкие; раковины уменьшены, слизистая оболочка бледная, сухая, покрыта корочками
Изменения слизистой оболочки после смазывания сосудосуживающими средствами	Резкое уменьшение объема носовых раковин за счет уменьшения отека слизистой оболочки	Объем носовых раковин почти не уменьшается	Проба не применяется

Таблица 151

**Дифференциальная диагностика фронтита и невралгии тройничного нерва**

Симптомы	Фронтит	Невралгия тройничного нерва
Общее состояние	Может быть нарушено	Вне приступа не нарушено
Характер боли	Давящая, постоянная, локализуемая в надбровной области, усиливается при наклоне головы	Интенсивная, приступообразная
Болезненность при пальпации	При надавливании в области надбровной дуги боль усиливается	В начале надавливания в области выхода надбровной ветви тройничного нерва боль усиливается, затем уменьшается, нередко отмечается болезненность при надавливании в местах выхода других ветвей тройничного нерва
Температура	При острых гнойных фронтитах и при обострении хронических может быть повышенной	Как правило, нормальная
Данные риноскопии	В среднем носовом ходе может быть гной, слизистая оболочка отечна, гиперемирована	Полость носа в пределах нормы
Данные рентгенографии или диафаноскопии	Понижение прозрачности лобной пазухи	В пределах нормы



Таблица 152

**Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся появлением налетов или сходных с ними образований в гортани**

Симптомы	Лакунарная ангина	Фолликулярная ангина	Язвенно-пленчатая ангина	Фарингомикоз	Дифтерия
Общее состояние	Нарушено	Нарушено	Нарушено незначительно	Не нарушено	При распространенной форме тяжелое, постепенно ухудшается; апатичность, вялость, бледность кожных покровов
Температура	38 °С и выше	38 °С и выше	Чаще субфебрильная, иногда 38 °С и выше	Нормальная	От субфебрильной до 38 °С, постоянная
Боль при глотании	Выражена, двусторонняя	Выражена, двусторонняя	Как правило, односторонняя	Отсутствует	Не всегда выражена резко
Налеты (или сходные с ними образования)	Беловато-желтые налеты, легко снимаются, чаще расположены вокруг лакун, не выходят за пределы миндалин	Нагноившиеся фолликулы желтоватого цвета, множественные, не снимаются (расположены под слизистой оболочкой)	Желтовато-белого цвета налеты, поверхностные, легко снимаются, локализируются чаще на одной миндалине, под ними язва, могут выходить за пределы миндалины	Множественные, небольшие участки гиперкератоза выступают над поверхностью слизистой оболочки, не снимаются при стирании ватным тампоном; слизистая оболочка вокруг них воспалена	Серовато-грязные, единичные или множественные, распространяются за пределы миндалин, снимаются с трудом; при попытке удалить наблюдаются мелкие кровотечения
Регионарные лимфатические узлы	Увеличены, болезненны	Увеличены, болезненны	Увеличена на стороне поражения	Не увеличены	Резкое припухание подчелюстных узлов с обеих сторон, отечность подкожной клетчатки, сглаженность контуров вен
Пульс	Соответствует температуре	То же	То же	В пределах нормы	Сначала замедленный, затем учащен, ритмичный
Бактериологические исследования	Стрептококки, стафилококки и др.	То же	<i>B. fusiformis spirocheta bucalis</i>	Мицеллы грибов ( <i>Leptotrix bucalis</i> )	<i>B. Lefflera</i>

## Дифференциальная диагностика ангин

Симптомы	Форма				
	катаральная	фолликулярная	лакунарная	язвенно-пленчатая	флегмонозная
Общее состояние	Несколько нарушено	Нарушено	Нарушено	Нарушено мало	Нарушено более резко, чем при других формах
Температура	Субфебриальная, у детей может быть резко повышена	Высокая (38 °С и выше)	Высокая	Субфебриальная, нередко нормальная	Высокая (38 °С и выше)
Боль в глотке при глотании	Выражена, двусторонняя	Выражена больше, чем при катаральной, двусторонняя	Аналогична	Выражена умеренно, чаще односторонняя	Резкая, чаще односторонняя с иррадиацией в ухо
Данные фарингоскопии	Миндалины гиперемированы, припухшие, покрыты слизью	Миндалины гиперемированы, видны нагноившиеся фолликулы, гнойнички не снимаются, расположены под слизистой оболочкой	Миндалины гиперемированы, вокруг лакун беловато-желтые налеты, которые легко снимаются	Миндалины гиперемированы, изъязвлена, язва покрыта легко снимающимся налетом	Резкая гиперемия и выпячивание миндалин, особенно передней небной дужки (паратонзиллярной области)
Тризм жевательной мускулатуры	Нет	Нет	Нет	Нет	Бывает часто
Реакция регионарных лимфатических узлов	Нерезко увеличены, болезненны при пальпации	Увеличены, болезненны при пальпации	Увеличены, болезненны при пальпации	Увеличены, болезненны на стороне поражения	Увеличены, резко болезненны на стороне поражения

Таблица 154

**Дифференциальная диагностика ангины в зависимости от их этиологии**  
(по А.А. Баранову, 1997)

Этиология ангины (возбудитель)	Дифференциально-диагностические признаки				
	Лихорадка	Экссудат на миндалинах	Увеличение лимфатических узлов	Число лейкоцитов, $\times 10^9$	Спленомегалия
Бета-гемолитический стрептококк	Высокая	Легко снимается	Только тонзиллярных	$> 15,0$	Редко
Аденовирус	Умеренная или высокая	То же	Генерализованное, но умеренное	Лейкопения	Часто
Вирус инфекционного мононуклеоза	Умеренная или высокая, но продолжительная	Легко снимается, белого цвета	Генерализованное, особенно заднешейных	$> 10,0$ , лимфоцитоз	Обязательно
Коринебактерия дифтерии	Умеренная или высокая	Не снимается, серо-белого цвета, выходит за поверхность миндалин	Только тонзиллярных	$> 15,0$ , сдвиг влево	Не бывает

Таблица 155

**Дифференциальная диагностика катаральной ангины и острого фарингита**

Симптомы	Катаральная ангина	Острый фарингит
Общее состояние больного	У взрослых нарушено мало, у детей — резко	Не страдает
Температура тела	Субфебрильная; у детей может быть повышена	Нормальная
Боль в горле	При глотании пищи	При «пустом глотке», чаще по утрам
Фарингоскопические изменения	Гиперемия и инфильтрация небных миндалин, небных дужек, прилегающих отделов мягкого неба	Гиперемия всей задней стенки глотки, мягкого неба, небных дужек, миндалин
Регионарные лимфатические узлы	Могут быть несколько увеличены, болезненны при пальпации	Без видимых изменений
Изменения других отделов верхних дыхательных путей	Как правило, отсутствуют	Могут быть насморк и явления ларингита

Таблица 156

**Дифференциальная диагностика ложного крупа и эпиглоттита**

Дифференциально-диагностические признаки	Ложный круп (стенозирующий ларинготрахеит)	Эпиглоттит
Возбудитель	Вирус	Чаще всего <i>Haemophilus influenzae</i> группы В, часто положительная кровяная культура

Дифференциально-диагностические признаки	Ложный круп (стенозирующий ларинготрахеит)	Эпиглоттит
Исследование (эндоскопия)	Воспалительный стеноз голосовых связок и подскладочных дыхательных путей	Воспалительный отек надгортанника («шариковый клапан»), ари-эпиглоттических складок и ложных голосовых связок: надскладочное воспаление
Относительная частота	92%	8%
Начало заболевания	Чаще всего медленное	В основном бурное (один пациент скончался в течение одного часа)
Возраст пациента	Чаще всего менее 2 лет	В основном старше 2 лет; максимум между 3–7 годами; незначительное количество детей заболевают между 15 месяцами и 1 годом, редко взрослые
Общее состояние	Удовлетворительное	Тяжелое — токсическое — шок цианоз: 37% ( $n = 16$ )
Температура	Обычно ниже 38 °С	Обычно выше 38 °С: 90,7% ( $n = 39$ )
Сопровождающий ринит	Часто	—
Инспираторный стрidor	Постоянно, слышен	Только в виде исключения, иногда комбинирован с экспираторным стридором (секрет дыхательных путей): 66% ( $n = 28$ )
Кашель	Лающий: кашель, как при крупе	Редко: 16% ( $n = 7$ )
Слюнотечение, боли в горле	Нет	Часто: 41% ( $n = 18$ )
Боли при глотании	Нет	Часто: 38% ( $n = 17$ )
Голос	Сиплый до хрилоты	Тихий, комковатый, но не сиплый
Положение тела	Атипичное	Сидячее, согнуто вперед (надгортанник сужает гортань спереди — наподобие «шарикового клапана»)
Боковой рентгеновский снимок шеи (техника жесткого излучения)	Подскладочное сужение ( <i>Laryngitis subglottica</i> )	Надскладочная опухоль мягких тканей: надгортанник (надскладочный ларингит)
Склонность к рецидивам	Нередкая	Неизвестно
Смертность	0,4%	До 50%

Таблица 157

**Дифференциальная диагностика крупа и эпиглоттита**  
(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Круп	Эпиглоттит
Возраст	6 мес. — 3 года	3–7 лет
Характер развития стридора	Постепенный (24–72 ч)	Быстрый (8–12 ч)
Проявления в продромальном периоде	Признаки инфекции верхних дыхательных путей	Умеренно-выраженный ринит

Продолжение таблицы ↗

Продолжение табл. 157

Дифференциально-диагностические признаки	Круп	Эпиглоттит
Характер кашля	Грубый, звонкий	Несильный
Изменение голоса	Охриплость голоса	Приглушенный голос
Боль в горле	Несильная	Выражена
Температурная реакция	Субфебрильная лихорадка	Высокая лихорадка (температура выше 39 °С)
Интоксикация	Отсутствуют признаки интоксикации	Признаки интоксикации выражены
Выраженность стридора	Грубый инспираторный стридор	Умеренно выраженный инспираторный стридор
Шумы на выдохе	Встречаются редко	Может возникать низкий звук на выдохе
Данные рентгенографии	Сужение дыхательных путей ниже гортани	Отек надгортанника и черпаловидно-надгортанных складок (положительный симптом «большого пальца»)

Таблица 158

**Дифференциальные признаки эпиглоттита и ларинготрахеита**  
(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Эпиглоттит	Ларинготрахеит
Возраст	2—6 лет	6 мес. — 3 года
Сезонность	Любое время года	Осень—зима
Этиология	Бактериальная	Вирусная
Развитие заболевания	Острое	Постепенное
Локализация отека	Надглоточная	Подглоточная
Кашель	Нет, осиплость голоса	Лающий
Температура	Постоянно высокая	От нормальной до максимальной
Положение	Сидячее	Любое

Таблица 159

**Диагностические симптомы рака гортани в зависимости от локализации опухоли**

Симптомы	Локализация опухоли		
	Вестибулярный отдел	Средний отдел	Подсвязочный отдел
Боль в глотке при глотании	Нередко один из первых признаков заболевания	Не характерна, бывает только при распространении процесса на хрящи	Отсутствует
Поперхивание	Бывает часто	Отсутствует	»

Симптомы	Локализация опухоли		
	Вестибулярный отдел	Средний отдел	Подсвязочный отдел
Охриплость	Не характерна	Один из первых признаков заболевания	Отсутствует, появляется только при распространении опухоли на голосовые связки
Стеноз гортани	Почти не наблюдается	Может быть	Бывает часто
Метастазы	Возникает часто в ранних стадиях заболевания	Появляются сравнительно редко	Развиваются редко, чаще в поздних стадиях заболевания
Парестезии (ощущение инородного тела, щекотание и др.)	Бывает довольно часто	Не характерны	Не характерны

Таблица 160

## Дифференциальная диагностика заболеваний наружного уха

Дифференциально-диагностические признаки	Рожистое воспаление ушной раковины	Хондропериостит ушной раковины	Наружный диффузный отит	Наружный ограниченный отит (фурункул наружного слухового прохода)
Понижение слуха	Нет	Нет	Бывает редко	Бывает редко
Боль	В области ушной раковины	В области ушной раковины	Зуд, нерезкая боль в глубине уха	Интенсивная боль, усиливавшаяся при жевании и надавливании на козелок
Состояние ушной раковины	Припухшая гиперемированная, включая мочку (нередко и прилегающие участки кожи)	Припухшая, гиперемированная, за исключением мочки	Не изменена	Не изменена
Общее состояние больного	Нарушено; повышена температура	Может быть нарушено	Страдает мало	Страдает мало
Выделения из уха	Нет	Нет	Скудные	Бывают только после вскрытия фурункула, скудные
Просвет наружного слухового прохода	Сохранен	Может быть сужен в хрящевой части	Сужен за счет отека стенок	Сужен за счет ограниченного выпячивания одной стенки в хрящевом отделе (бывает видна головка фурункула)
Барабанная перепонка	Не изменена	Не изменена	Может быть мутная, несколько гиперемированная	Иногда плохо видна из-за сужения наружного слухового прохода

Таблица 161

### Дифференциальная диагностика острого мастоидита и фурункула наружного слухового прохода

Дифференциально-диагностические признаки	Фурункул	Мастоидит
Общее состояние	Страдает мало	Нарушено; температура нередко повышена
Самопроизвольная боль	Довольно резкая «в глубине уха», усиливается при жевании	Позади ушной раковины, при жевании не усиливается
Надавливание на козелок	Резко болезненно	Безболезненно
Сосцевидный отросток	Как правило, не изменен (может быть припухлость мягких тканей в передних его отделах)	Может быть припухлость в области <i>planum mastoideum</i> и верхушки
Слуховой проход	Сужен в хрящевой части за счет инфильтрации и ограниченного припухания одной из его стенок	Сужен за счет нависания задневерхней стенки костной его части
Барабанная перепонка	Нормальная; может быть плохо обозрима	Гиперемирована; иногда синюшна, выпячена в задневерхних отделах, имеет перфорацию (виден пульсирующий световой рефлекс)
Гноетечение из уха	Как правило, отсутствует, но при прорыве фурункула могут быть скудные выделения	Как правило, обильное «пульсирующее»
Слух	Нормальный (понижен в редких случаях)	Понижен за счет поражения звукопроводения

Таблица 162

### Дифференциальная диагностика негнойных заболеваний уха

Дифференциально-диагностические признаки	Адгезивный отит	Отосклероз	Неврит
Пол	Не имеет значения	Чаще женский	Не имеет значения
Возраст	Любой	Начинается в молодом возрасте	Любой
Предшествующее заболевание среднего уха	Как правило, имеется	Не характерно	Не характерно
Проходимость евстахиевых (слуховых) труб	Нарушена	Свободна	Свободна
Барабанная перепонка	Втянута, мутная, рубцово изменена; могут быть отложения солей кальция, перфорация	Нормальная (при обычной отоскопии)	Нормальная
Опыт Вебера	Латерализация в больное ухо	Латерализация в хуже слышащее ухо	Латерализация в здоровое (лучше слышащее) ухо
Опыт Рине	Отрицательный	Отрицательный	Положительный

Дифференциально-диагностические признаки	Адгезивный отит	Отосклероз	Неврит
Опыт Желе	Не дает четких дифференциальных данных	»	»
Опыт Бинга	Отрицательный	»	»
Паракузис Вилизии	—	Есть	Нет

Таблица 163

### Дифференциальная диагностика хронического гнойного воспаления среднего уха

Дифференциально-диагностические признаки	Мезотимпанит	Эпитимпанит
Выделения	Слизисто-гнойные без запаха (или запах исчезает после нескольких промываний уха)	Гнойные с резким запахом
Просвет наружного слухового прохода	Не изменен	Может быть сужен за счет выпячивания задневерхней стенки
Характер перфорации барабанной перепонки	Центральная (не распространяющаяся до костного кольца) в натянутой части	Краевая в натянутой части; центральная или краевая в ненапрянутой части
Результаты зондирования специальным (аттикальным) зондом	Зонд не проникает за пределы мезотимпанум	Зонд «проваливается» в аттик; нередко определяется обнаженная шероховатая кость
Результаты рентгенологического исследования	Строение отростка склеротического (может быть сохранена пневматическая структура); деструктивных изменений не определяется	Строение отростка склеротического; в детском возрасте может быть пневматическое; нередко наблюдаются деструктивные изменения кости
Боли в ухе и соответствующей половине головы	Вне обострений отсутствуют	Наблюдается довольно часто и вне обострений

Таблица 164

### Дифференциальная диагностика внутричерепных осложнений гнойных отитов

Дифференциально-диагностические признаки	Экстрадуральный абсцесс	Абсцесс мозга	Гнойный менингит (разлитой)	Синустромбоз (сепсис отогенный)
Симптомы нагноения: повышение температуры, разбитость и другие признаки гнойной интоксикации)	Могут быть, но часто маскируются симптомами процесса в среднем ухе	В большинстве случаев температура субфебрильная, может быть нормальной; потеря аппетита, упадок питания	Резко выражены	Температура дает резкие скачки; редко температура постоянного типа

Продолжение таблицы 5



Окончание табл. 164

Дифференциально-диагностические признаки	Экстрадуральный абсцесс	Абсцесс мозга	Гнойный менингит (разлитой)	Синустромбоз (сепсис отогенный)
Симптомы сдавления мозга	Головная боль (непостоянно)	Головная боль, ограничивающаяся известной областью (висок), замедленный пульс, застойный сосок зрительного нерва	Головная боль; другие симптомы выражены слабее или отсутствуют	Изредка головная боль, сонливость; застойный сосок зрительного нерва
Гнездные симптомы (раздражение или параличи функций разрушенных участков мозга)	Могут быть параличи черепных нервов, входящих в сферу гнойника	При локализации в височной доле — афазия; при поражении мозжечка — расстройства координации (симптомы промахивания и другие)	Изменение чувствительности различных участков тела; судороги и параличи различных мышц (характерен разноименный паралич лицевого и других нервов)	—
Симптомы отдаленного действия (раздражение или выпадение функций соединенных с гнойником участков мозга)	—	Могут быть	В развитой стадии ясно выражены, (бессознательное состояние, явления раздражения продолговатого мозга)	—
Данные спинно-мозговой пункции	См. табл. 165	—	—	—

Таблица 165

**Дифференциальная диагностика отогенного, цереброспинального и туберкулезного менингитов**

Дифференциально-диагностические признаки	Отогенный менингит	Цереброспинальный менингит	Туберкулезный менингит
Начало заболевания	Внезапное, острое	Острое	Постепенное, реже острое
Предшествовавшие болезни	Хронический, реже острый средний отит	Катар верхних дыхательных путей	Бронхоаденит, соответствующие изменения в легких, костях и т.д.
Температура	Высокая, постоянного типа	Высокая, ремитирующего характера	Субфебрильная
Менингеальный синдром: — ригидность затылочных мышц; — симптом Кернига; — головная боль;	Выражена резко  То же  »	Выражена резко в начале болезни  То же  Выражена резко	Выражена резко, постепенно нарастает  Наблюдается часто  Умеренная, приступообразная

Дифференциально-диагностические признаки	Отогенный менингит	Цереброспинальный менингит	Туберкулезный менингит
– рвота	Наблюдается относительно редко	Наблюдается часто	Часто поражаются III, VI, VII пары
Спинальная жидкость:			
– цитоз в 1 мм <sup>3</sup> ;	От 200 до 15 000 и выше	До 1000–2000 и выше	27–500
– состав клеток;	Нейтрофильно-лимфоцитарный	В начале нейтрофильный, а потом нейтрофильно-лимфоцитарный	Лимфоцитарно-нейтрофильный
– белок, %;	0,66–10	0,3–0,6 и выше	0,45–7
– глобулиновые реакции;	Резко положительные (++++)	Резко положительные (++++)	Резко положительные (++++)
– содержание сахара;	Снижен	Заметно не снижается	Всегда низкий процент
– пленка;	Образуется редко	Как правило, отсутствует	Образуется часто
– обнаруживаемая в ликворе флора	Стафилококки и др.	Часто менингококк	Туберкулезные бактерии (в 80–90%)
Соматические изменения	Сыпь отсутствует	Сыпь на теле, герпес	–
Измерения глазного дна	Наблюдаются редко	Имеют место	Наблюдаются часто (в 40–50%)

Таблица 166

### Дифференциальная диагностика состояния спинномозговой жидкости при отогенных внутричерепных осложнениях

Свойства ликвора	Гнойный менингит	Абсцесс мозга	Синусотромбоз
Давление	Всегда повышено (при наличии густого гноя он может не вытекать через иглу)	Несколько повышено	Несколько повышено или нормально
Прозрачность	Мутная	Прозрачная	Прозрачная
Характер форменных элементов	Полинуклеары	Лимфоциты	Лимфоциты
Плеоцитоз в 1 мм <sup>3</sup>	От 200 до 15 000 и выше	30–50 и выше может быть нормальным	30–50, часто норма
Содержание белка	Повышено (2–3% и больше)	Несколько повышено (чаще 0,66–0,99%)	Несколько повышено
Глобулиновые реакции	Резко положительные	Слабо положительные	Слабо положительные
Микрофлора	Патогенные возбудители	–	–

### 3.9. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Таблица 167

Отличительные признаки патологического ожирения (по И. Андрееву, 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Формы ожирения			
	Препубертатная	<i>Frölich (dystrophia adiposagenitalis)</i>	Синдром Ищенко—Кушинга	Синдром <i>Laurence—Monbiedl</i>
Начало	8—10 лет	Любой возраст	Любой возраст	От рождения
Распределение жира	Равномерное	Главным образом на животе и ягодицах	Лицо и верхняя часть тела	Равномерное
Рост	Часто высокий	Низкий	Низкий	Ниже нормы
Половое развитие	С некоторым опозданием	Отстает	Отстает	Гипогенитализм
Причина	Конституциональная	Гиподизогипоталамическое заболевание	Сверхпродукция кортизола	Генетически обусловленная, поражение гипоталамуса
Развитие скелета	Нередко ускоренное	Отстает; остеопороз	Отстает; остеопороз	С аномалиями в пальцах, нередко и в глазном дне

Таблица 168

#### Дифференциальная диагностика несахарного диабета

(по Н.П. Шабалову, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Несахарный диабет		Психогенная полидипсия
	церебральный	нефрогенный (канальцевый)	
Осмолярность плазмы, мОсм/кг	Нормальная или повышенная (285—320)	Нормальная или повышенная (285—320)	Сниженная (270—290)
Осмолярность мочи, мОсм/кг	Сниженная (< 200)	Сниженная (< 200)	Сниженная (< 200)
Относительная плотность мочи	1,000—1,005	1,000—1,005	1,000—1,005
<i>Концентрационный тест</i>			
Осмолярность плазмы, мОсм/кг	Повышается	Повышается	Повышается умеренно
Осмолярность мочи, мОсм/кг	Не меняется	Не меняется	Не меняется
Относительная плотность мочи	< 1,010	< 1,010	< 1,010
<i>Проба с вазопрессином</i>			
Осмолярность плазмы, мОсм/кг	Снижается	Не меняется	Повышается
Осмолярность мочи, мОсм/кг	Повышается	Повышается	Умеренно
Относительная плотность мочи	> 1,010	< 1,010	> 1,010
Натрий плазмы	> 155	> 155	Нормальный

**Дифференциально-диагностические признаки коматозных состояний при сахарном диабете у детей**  
(по Л.А. Исаевой, 1986)

Дифференциально-диагностические признаки	Варианты диабетической комы			Гипогликемическая кома
	кетоацидотическая	гиперосмолярная	молочнокислая	
Анамнез	Диагноз известен или впервые установлен	Диагноз впервые установлен или известен	Диагноз известен или впервые установлен	Диагноз известен, лечение инсулином
Жалобы	Общая слабость, тошнота, рвота, жажда, полиурия, боли в животе	Общая слабость, вялость, жажда может отсутствовать, судороги, неврологические расстройства	Тошнота, рвота, боли в мышцах, за грудиной, в пояснице	Голод, головная боль, потливость, тремор конечностей, тризм, судороги
Развитие	Постепенное	Быстрое или постепенное	Быстрое	Быстрое
Поведение	Заторможенное → потеря сознания	Вялость, сознание сохраняется → потеря сознания	Сонливость, иногда возбуждение → потеря сознания	Возбуждение → потеря сознания
Запах ацетона	Есть	Нет	Нет	Нет или может быть
Дыхание	Куссмаулевское	Частое, поверхностное	Куссмаулевское	Нормальное
Пульс	Частый	Частый	Частый	Редкий или частый
Артериальное давление	Снижено или значительно снижено	Норма, коллапс (гиповолемиа)	Значительно снижено, коллапс	Нормальное или повышенное
Температура	Нормальная	Нормальная или повышенная	Нормальная или пониженная	Нормальная
Кожа	Сухая	Сухая	Сухая	Влажная
Суточный диурез	Полиурия → олигурия → анурия	Длительная полиурия → олигурия	Олигурия → анурия	Норма
Гликемия	Высокая	Очень высокая	Относительно невысокая, может быть норма	Низкая
Глюкозурия	»	Высокая	Низкая или отсутствует	Может отсутствовать
Натриемия	Норма или снижена	Высокая или очень высокая	Норма	Норма

*Продолжение таблицы* ↪

Дифференциально-диагностические признаки	Варианты диабетической комы			Гипогликемическая кома
	кетоацидотическая	гиперосмолярная	молочнокислая	
Калиемия	Может быть высокая до лечения инсулином → снижена	Норма или снижена	Повышена	Норма или снижена
Азотемия	Норма или повышена	Повышена	—	Норма
рН крови и щелочной резерв	Снижены резко	Норма	Значительно снижены	—
Кетонемия	Повышена	—	Норма	Норма, может быть повышена
Кетонурия	Есть	—	Нет	Может быть
Другие характерные признаки	Нет	Гиперосмолярность	Гиперлактацидемия, гиперпируватемиа	Нет

Таблица 170

**Основные дифференциально-диагностические признаки кетоацидотической диабетической и гипогликемической комы**  
(по И.Ю. Демидовой, В.П. Лебеву, 1991)

Диагностические признаки и эффект от лечения	Кома	
	кетоацидотическая диабетическая	гипогликемическая
Характер развития коматозного состояния	Начало постепенное (в течение нескольких часов или дней)	Начало внезапное или с непродолжительным периодом так наз. предвестников: слабость и ощущение голода, дрожание конечностей, потливость
Состояние кожи	Сухая	Влажная
Тонус глазных яблок	Снижен	В норме
Запах ацетона изо рта	Сильный	Отсутствует
Характер дыхания	Шумное, редкое, судорожно глубокое (дыхание Куссмауля)	Не изменено
Артериальное давление	Понижено	Не изменено или повышено
Сухожильные рефлексы	Снижены	В норме
Концентрация глюкозы в крови	Резко повышена	Ниже 3,35 ммоль/л (60 мг/100 мл)
Концентрация кетоновых тел в крови	Повышена	В норме
Наличие ацетона в моче	Определяется	Не определяется
Количество лейкоцитов в крови	Повышено	В норме
Эффект от лечения	Постепенный, по мере устранения обезвоживания организма, гипергликемии и кетоацидоза	Быстрый, сразу после введения глюкозы внутривенно или приема сладкого внутрь

### 3.10. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Таблица 171

**Дифференциально-диагностическая таблица самых частых заболеваний головного мозга** (по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Опухоли мозга	Абсцессы мозга	Первичные энцефалиты	Кровоизлияния в мозг (включая и субдуральную гематому)
Начало	Постепенное	Острое, подострое	Острое	Острое
Температура	Редко	Высокая, субфебрильная	Всегда	Нормальная, в редких случаях повышенная
Головная боль	Ранняя и постоянная	Есть	Слабо выраженная	Сильная
Рвота	Очень часто	Часто	Редко	Часто
Судороги	В поздние стадии	Редкие	Очень частые	Частые

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 171

Дифференциально-диагностические признаки	Опухоли мозга	Абсцессы мозга	Первичные энцефалиты	Кровоизлияния в мозг (включая и субдуральную гематому)
Менингеальный синдром	Отсутствует	—	Часто	Иногда
Очаговые симптомы/парезы или параличи	Частые	—	Частые, разбросанные	Частые
Сознание	Сохраненное или сонливость	Сохраненное; в поздних стадиях изменяется	Сонливость, кома	Возбуждение, сонливость, кома
Напряженный родничок	Необязательно	Необязательно	Необязательно	Часто
Глазные симптомы	Застойные соски	Редко застойные соски	Неврит с атрофией зрительного нерва	Кровоизлияния в сетчатку
Брадикардия	Имеется	Непостоянная	—	Имеется
Гидроцефалия	Очень часто	Редко	Иногда в виде осложнения	Возможна
Изменения спинномозговой жидкости	Белково-клеточная диссоциация; гликорахия	Плеоцитоз, возможна и белково-клеточная диссоциация; гликорахия	Необязательные; нередко увеличенные количества глобулинов	Нередко геморрагические
РОЭ	В норме	Ускоренная	Возможно ускорение	В норме
Лейкоцитоз	—	Частый	Редко	Нехарактерный

Таблица 172

**Дифференциально-диагностические критерии синдрома срыгиваний у детей с церебральной патологией (по И.А. Беляевой, 2007)**

Дифференциально-диагностические признаки	Исходный вегетативный тонус	
	Симпатотония	Ваготония
Начало срыгиваний	С рождения	2 нед. — 1 мес., после 3 мес.
Частота срыгиваний	Редко, больше 10 р/сут	Больше 10 р/сут, реже
Провоцирующие факторы	Кормление	Беспокойство, кормление
Связь с кормлением	Сразу после кормления, перед следующим кормлением	Сразу, между и перед следующим кормлением
Объем срыгиваний	Необильно, редко полным ртом	«Фонтаном», полным ртом
Характер регургитируемых масс	Створоженное и неизмененное молоко	Створоженное молоко, примесь желчи, прозрачная жидкость
Реакция на спазмолитик	Отсутствие эффекта	Положительный эффект
Реакция на введение специализированных антирефлюксных смесей	Положительный эффект	Слабый положительный эффект

Таблица 173

**Дифференциальный диагноз мигрени и головной боли напряжения**  
(по В.П. Зыкову и соавт., 2002)

Дифференциально-диагностические клинические признаки	Мигрень	Головная боль напряжения
Соотношение встречаемости мальчиков и девочек в возрасте до 12 лет	1:1	1:1
Соотношение встречаемости у мальчиков и девочек в возрасте старше 12 лет	1:3	1:1,5
Латерализация боли	В 40% односторонняя	Диффузная, двусторонняя
Локализация	В 75% — лобная, периорбитальная, височная гемикрания. В 25% — двусторонняя лобная, периорбитальная, височная	Диффузная, затылочная, теменная
Интенсивность боли	Умеренная, сильная	Легкая, умеренная
Частота болевых эпизодов	1–4 раза в месяц, 2–4 раза в год	1–30 раз в месяц
Продолжительность	2–72 ч	Различна
Характер боли	Пульсирующая	Тупая, давящая
Периодичность	Слабо выражена	Отсутствует
Семейный анамнез	Отягощен	Может быть отягощен
<i>Ассоциированные симптомы</i>		
Аура	Резко выражена	Отсутствует
Вегетативные нарушения	Редко	Возможны
Тошнота и/или рвота	Резко выражена	Отсутствуют
Свето-, звукобоязнь	»	»
Усиление симптомов при движении	»	»

Таблица 174

**Основные симптомы мигрени (без ауры) и головной боли напряжения (ГБН)**  
(по А.М. Вейну, 2002)

Симптомы	Мигрень	ГБН
Характер боли	Пульсирующая средней интенсивности (6–7 баллов)	Непульсирующая, сдавливающая, сжимающая, монотонная слабой (2–5 баллов) или средней интенсивности
Локализация	Лоб, висок, периорбитальная область. Гемикранический, реже двусторонний характер	Двусторонние боли: лоб, висок, затылок (каска, обруч)
Длительность приступа	4–72 ч	От 30 мин до 7 дней

Продолжение таблицы ⇨



Окончание табл. 174

Симптомы	Мигрень	ГБН
Суточное распределение	В течение всех суток, чаще при пробуждении	В течение всего дня. Крайне редко ночью во время сна
Сопровождающие симптомы	Тошнота, рвота, фоно- и фотофобия	Напряжение перикраниальных мышц, мышц шеи, тревожно-депрессивные и астенические симптомы
Поведение во время приступа	Больной лежит в изолированной от шума и света комнате. Повседневная деятельность усиливает боль	Больной продолжает обычную деятельность. Легкая физическая нагрузка не усиливает боль
Частота приступов	Приступы несколько раз в месяц	Перманентный характер боли. Эпизодическая ГБН: менее 15 дней с болью в месяц. Хроническая ГБН: более 15 дней с болью в месяц или ежедневно
Межприступный период	Нерегулярен: дни, недели, реже месяцы	Четких ремиссий нет. Перманентная, периодически усиливающая боль

Таблица 175

**Особенности клинических проявлений. Дифференциально-диагностические клинические различия мигрени сна и мигрени бодрствования**  
(по Я.И. Левину, 1998)

Дифференциально-диагностические признаки	Виды мигрени			
	мигрень сна		мигрень бодрствования	
	в приступе	вне приступа	в приступе	вне приступа
Длительность заболевания	Больше	—	Меньше	—
Интенсивность боли	»	—	»	—
Наличие ауры	Чаще формы с аурой	—	Чаще без ауры	—
Локализация	Преимущественно левосторонняя	—	Преимущественно правосторонняя	—
Предшествующие симптомы	Эмоциональная лабильность	—	Чаще отсутствует	—
Наличие нарушений сна	Выраженные	Имеются в незначительной степени	Отсутствие нарушений сна, связанных с головными болями	Отсутствие нарушений сна, связанных с головными болями
Эмоционально-личностные особенности пациентов	—	Депрессивные, демонстративные, остенопохондрические черты личности	—	Стремление к межличностным контактам, общительность

Таблица 176

**Дифференциальный диагноз синдрома Ретта (по В.Ю. Уласу, 2001)**

Нозологические формы	Сходные симптомы	Отличительные признаки
Энцефалит	Стремительная потеря навыков, нарушение сна, приступы беспокойства	Более острое течение, повышение температуры, нарушение сознания, изменения в ликворе (повышение ликворного давления, белка, лимфоцитоз)
Нейрональный цероид-липофусциноз, инфантильная форма	Потеря ранее приобретенных навыков, развитие деменции	Нарушение зрения, пигментный ретинит, отсутствие активности некоторых ферментов крови
Фенилкетонурия нелеченная	Умственная отсталость, судороги	Более раннее начало деменции, сохраненные движения рук, повышение уровня фенилаланина в крови
Лейкодистрофии	Потеря навыков, развитие деменции, судороги	Снижение зрения и слуха, изменения на глазном дне в виде атрофии зрительных нервов, белок в ликворе, на МРТ — грубые изменения в белом веществе головного мозга
Наследственные атаксии	Нарушение координации движений	Отсутствие стереотипии, доминирование атаксии в клинической картине

Таблица 177

**Дифференциальная диагностика периферического и центрального головокружения**

(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1993)

Дифференциально-диагностические объективные или субъективные признаки	Периферическое (лабиринт)	Центральное (ствол головного мозга или мозжечок)
Направление ассоциированного нистагма	Однонаправленный, быстрая фаза — в противоположную очагу сторону*	В обоих направлениях или однонаправленный
Горизонтальный нистагм без вращательного компонента	Не характерен	Характерен
Вертикальный или вращательный нистагм	Никогда не бывает	Может быть
Фиксация взора	Подавляет нистагм и головокружение	Не подавляет нистагм и головокружение
Выраженность головокружения	Выраженное	Часто умеренное
Направление вращения	В сторону быстрой фазы	Различное
Направление падения	В сторону медленной фазы	»
Длительность проявления	Ограниченная (минуты, дни, недели), но с тенденцией к рецидивам	Может быть хронической
Шум в ушах и/или глухота	Возникает часто	Обычно отсутствует
Сопутствующие центральные проявления	Отсутствуют	Возникают часто
Наиболее частые причины	Инфекционные процессы (лабиринт), болезнь Меньера, нейронит, ишемия, травма, интоксикации	Сосудистые или демиелинизирующие поражения, новообразования, травмы

\* При болезни Меньера направление быстрой фазы меняется.

**Дифференциальная диагностика ангиогенного и дизрегуляторного варианта сосудисто-мозгового неблагополучия у подростков (по Д.Д. Панкову, А.Г. Румянцеву, 2002)**

Уровни обследования	Ангиогенный вариант сосудисто-мозгового неблагополучия у подростков	Дизрегуляторный вариант сосудисто-мозгового неблагополучия у подростков
Жалобы	Возникают ощущения, типичные для неблагополучия соответствующего сосудистого бассейна. Например, при стенозе позвоночной артерии бывают головокружения системного характера. Эти эпизоды могут быть спровоцированы резким поворотом головы или внезапным переходом тела из одного положения в другое. Сочетание данных обстоятельств позволяет резонно заподозрить дисциркуляции в вертебробазилярном бассейне	Разнообразие ощущений определяется неблагополучием систем и органов, подконтрольных центру со сниженной компетентностью в регуляторной деятельности. Жалобы возникают или усиливаются на фоне (или по завершении) событий, создающих дополнительную нагрузку на регуляторные системы (эмоциональное и физическое напряжение, изменение метеоусловий и др.). При этом высока вероятность яркой психоэмоциональной окрашенности описываемых ощущений
Анамнез	Возможна наследственная предрасположенность к соединительно-тканым дисплазиям в виде, например, пролапса митрального клапана. По нашим данным и результатам исследования наших сотрудников (Петрова С.А., 2001; и др.), дисплазии соединительной ткани проявляются одновременно на разных уровнях, в том числе и на уровне экстра-, интрацеребральных сосудов, включая венозные. Не исключен и травматический генез врожденной патологии сосудов шеи, например как осложнение соответствующего акушерского	Характерны наследственная предрасположенность к вегетативно-сосудистой дисфункции, сочетающейся с рано возникающей артериальной гипертензией, конституциональной гипотензией, метеопатологией; цефалгиям, головокружениям. В ряде случаев они обусловлены последствиями ПЭП, черепно-мозговой травмы, нейроинфекции
Соматический статус	Следует обращать особое внимание на стигмы дисморфогенеза в виде, например, пролапса митрального клапана. По нашим данным, им часто сопутствуют аномалии строения периферических, в том числе церебральных сосудов. С клинической точки зрения особенно значимыми являются аномалии венозных церебральных сосудов и синусов. Затруднение оттока крови из полости черепа является причиной возникновения многочисленных клинических феноменов (головная боль, артериальная гипертензия и пр.), существенно снижающих качество жизни подростка как в настоящем, так и в будущем	Чаще всего регистрируется артериальная гипотензия, которая в подростковом периоде может усугубляться, сопровождаясь астеническими явлениями. У отдельных подростков начинает формироваться пограничная форма артериальной гипертензии. С завершением пубертатного периода она может регрессировать, но это не правило. Кроме того, у подростков с дизрегуляторным неблагополучием могут иметь место большие или чаще малые висцеральные пароксизмы, например со стороны желудочно-кишечного тракта (ощущения спазмов в кишечнике, диспепсии, запоры)

Уровни обследования	Ангиогенный вариант сосудисто-мозгового неблагополучия у подростков	Дизрегуляторный вариант сосудисто-мозгового неблагополучия у подростков
Неврологический статус	<p>В случае хороших компенсаторных возможностей сосудистой системы (развитое коллатеральное кровообращение и др.) дефицитарная неврологическая симптоматика может отсутствовать весьма продолжительный период жизни (вплоть до возникновения выраженного стеноза или окклюзии аномального сосуда). Провоцирующими ее возникновение в молодые годы факторами являются чрезмерные умственные и физические нагрузки, патофизиологические обстоятельства, вызывающие перераспределение кровотока не в пользу аномальных или пораженных сосудов. Кроме этого, следует учесть, что аномальность строения организма может одновременно проявиться как на уровне сосудистой системы, так и ЦНС. В результате неврологическую симптоматику у таких подростков следует рассматривать только как проявление конституции и стигм дисморфогенеза</p>	<p>Стигмами дизрегуляторного варианта неблагополучия бывает наличие отдельных неврологических симптомов, возникших как отражение на уровне конституции локально-региональной неполноценности соответствующих образований ЦНС. Если эти образования находятся в полушариях головного мозга, то симптомы единичны и проявляются в основном на одной (противоположной) стороне. Если эти образования находятся в стволе головного мозга, то неврологическая симптоматика более многочисленна и чаще проявляется с двух сторон. Топический анализ этой симптоматики позволяет достаточно точно предположить локализацию дисфункциональных расстройств в ЦНС, что в большинстве случаев подтверждается электрофизиологическим обследованием. Интересно, что эта симптоматика описывается в неврологической литературе давно, особенно когда речь идет о пациентах с вегетативной дисфункцией. Нередко ее обозначают как «неврологическая микросимптоматика», противопоставляя тем самым «неврологической макросимптоматике» в виде парезов, грубых нарушений чувствительности и пр. Но в отношении интерпретации этой симптоматики всегда существовали противоречивые мнения, начиная от призывов игнорировать ее как артефакты неврологического осмотра и кончая попытками рассматривать как последствие антенатально перенесенного нейроинфекционного заболевания. С нашей точки зрения, правильнее всего рассматривать эти симптомы как отражение конституциональных особенностей строения ЦНС у данных подростков. Поэтому мы обозначаем эту симптоматику как конституциональную (в отличие от негативной, связанной с патогенезом, и позитивной, связанной с саногенезом)</p>

*Продолжение таблицы* ↪

Уровни обследования	Ангиогенный вариант сосудисто-мозгового неблагополучия у подростков	Дизрегуляторный вариант сосудисто-мозгового неблагополучия у подростков
Вегетативный статус	Исследование ВНС (ведущего механизма адаптации организма) дает результаты, адекватные эмоциональным и физическим обстоятельствам подростка. При «чисто» ангиогенном варианте СМН в фазу компенсации может иметь место эйтония, при декомпенсации — дистония, но в большинстве случаев она вторична и может отражать саногенетические усилия организма, являясь позитивным симптомом	Исследование ВНС выявляет первичную вегетативную дистонию со значительным преобладанием симпатического тонуса при компенсированном состоянии СМН и снижением симпатического тонуса, вплоть до парасимпатикотонии при декомпенсации. Кроме этого, может иметь место нарушение реактивности ВНС, изучение которой современными методами позволяет судить об уровне и характере неблагополучия ВНС
Психический статус	Следует с большой осторожностью связывать психопатологию и девиации поведения подростков с неблагополучием того или иного церебрального сосуда. Однако дисциркуляции могут послужить основой для появления астеноневротических реакций	Вероятность взаимосвязи между патогенетическими факторами СМН и психоэмоциональными особенностями существует. Но для конкретного разговора на эту тему требуется завершить ряд проводимых нами в настоящее время исследований
Дополнительные методы диагностики	Высокой информативностью обладают методы, направленные на изучение прежде всего строения сосудов и характеристик кровотока. К ним относятся: ультразвуковая доплерография (позволяет оценивать параметры кровотока), дуплексное сканирование сосудов, контрастная и изотопная ангиография (обеспечивает информацию о кровотоке и морфологии сосуда), реоэнцефалография (позволяет судить о кровенаполнении сосудов, их тонусе), эхокардиография (исследования строения и функционирования сердца), ЭКГ	Информативными являются, главным образом, методы исследования функционального состояния ЦНС и ВНС. Они позволяют определить наличие дисбаланса в метаболизме головного мозга, уточнить его уровень, локализацию. К таким методикам можно отнести электроэнцефалографию, кардионтервалографию (вариационную пульсометрию), психологическое обследование

**Дифференциальная диагностика заболеваний, сочетающихся с эпизодами гемиплегии**  
(по А.И. Крапивкину и соавт., 1999)

Заболевание, синдром или патологическое состояние	Дифференциально-диагностические признаки				
	Возраст дебюта	Клинические особенности	Неврологический статус, интеллект	Данные объективных методов исследования	
				инструментальные (МРТ, КТ, ЭЭГ)	лабораторные
Синдром альтернирующей	2–18 мес.	«Атаки» гемиплегии или тетрапареза, сопровождающиеся нистагмом, дискинезиями глазных яблок, дистоническими установками конечностей, хореоатетозом	Задержки НПР у 70% детей. Возможны атаксия, нистагм, произвольные движения	Специфические изменения на ЭЭГ — медленные волны различной локализации	Неспецифические
Паралич Тодда при парциальных формах эпилепсии (лобной, височной локализации)	Вариабелен, преимущественно в первые 2 декады жизни	Гемиплегии, возникающие после эпизода фокальных или вторично-генерализованных эпилептических параксизмов	Возможна рассеянная микроорганическая симптоматика	Специфические изменения на ЭЭГ — комплексы пик–волна, с локализацией в лобной или височной доле головного мозга	»
Семейная гемиплегическая мигрень	Вариабелен, преимущественно 6–12 лет	Гемиплегии в мышцах лица, верхних конечностей, реже в нижних конечностях. Во время приступа возможны парестезии, слепота, изменение сознания, развитие комы	Между приступами изменения в неврологическом статусе обычно отсутствуют	Возможна атрофия червя мозжечка	»
Митохондриальная энцефалопатия, лактацидоз, инсультоподобные эпизоды (синдром MELAS)	Преимущественно 6–10 лет	Атаки мигреноподобной головной боли, сопровождающиеся тошнотой, переходящими либо стойкими гемипарезами, гемиплегиями. Возможно изменение сознания	Задержка психомоторного развития, миопатический симптомокомплекс, судороги, низкий рост, снижение слуха	Очаги инфарктов в области гемисфер, мозжечка, базальных ганглиев, атрофия коры	Повышение уровня лактата в крови. Ацидоз. «Разорванные» красные волокна (RRF) при мышечной биопсии

Продолжение таблицы ↙

Заболевание, синдром или патологическое состояние	Дифференциально-диагностические признаки				
	Возраст дебюта	Клинические особенности	Неврологический статус, интеллект	Данные объективных методов исследования	
				инструментальные (МРТ, КТ, ЭЭГ)	лабораторные
Болезнь «Моя-Моя»	Вариабелен, преимущественно первые 2 декады жизни	Гемиплегии затрагивают конечности одной стороны тела, сопровождаются длительными головокружениями	Периодическая головная боль, судороги, нарушения речевых и интеллектуальных функций	Возможен один или несколько очагов инфарктов мозговой ткани. Ангиографический паттерн — «клубок дыма»	Неспецифичные
Неспецифический аортоартрит (болезнь Такаюсу)	Вариабелен, преимущественно 12–20 лет	Гемиплегии возникают на фоне разнообразной симптоматики: ослабления (отсутствия) или асимметрии пульса, повышения артериального давления	Возможны периодическая головная боль, головокружение, рассеянная микросимптоматика, судороги, нарушения интеллектуальных функций	Распространенные диффузно суженные участки аорты и артерий, плавно переходящие к неизменным	»

**Дифференциально-диагностические признаки различных вариантов инсульта**  
(по Г. Вайнеру, Л. Левину, 1998)

Дифференциально-диагностические признаки	Вариант инсульта				
	Эмболия	Внутри мозговое кровоизлияние	Тромбоз крупной артерии	Лакунарный инфаркт	Субарахноидальное кровоизлияние
Локализация	Кора	Глубинные отделы (базальные ганглии, таламус, мозжечок)	Различная (зависит от пораженного сосуда)	Мост, внутренняя капсула	Место соединения сосудов виллизиева круга
Начало	Внезапное (симптомы максимально выражены с самого начала)	Внезапное (симптомы нарастают в течение нескольких минут или часов)	Внезапное, постепенное, ступенеобразное или неравномерное	Внезапное, постепенное, ступенеобразное или неравномерное	Внезапное, обычно без очаговых симптомов*
Время возникновения	При пробуждении	При пробуждении и активном бодрствовании	Во сне или в неактивном состоянии	Во сне или в неактивном состоянии	При активном бодрствовании
Предвестники (ТИА)	—	—	Обычно бывают	Иногда бывают	—
Головная боль	Иногда	Обычно	Иногда	—	Всегда (сопровождается ригидностью шейных мышц)
КТ	Гипоинтенсивный очаг	Гипоинтенсивный очаг	Гипоинтенсивный очаг	Гипоинтенсивный очаг	Очаги в веществе мозга отсутствуют
МРТ T1	Гипоинтенсивный очаг	**	То же	Изменений может не быть	Очаги в веществе мозга отсутствуют*
МРТ T2	Гипоинтенсивный очаг	**	»	Гипоинтенсивный очаг	То же*
Люмбальная пункция	Прозрачная ЦСЖ	Кровянистая ЦСЖ	Прозрачная ЦСЖ	Прозрачная ЦСЖ	ЦСЖ всегда кровянистая

\* Приведены лишь общие принципы; развитие инсульта может протекать атипично.

\*\* При МРТ изображение кровоизлияния варьирует в зависимости от множества факторов, в том числе режима исследования (T1- и T2-взвешанное изображение), локализации кровоизлияния (внутри мозговое, экстрадуральное или субарахноидальное), течение процесса (острое, подострое, хроническое).



## Дифференциально-диагностическая характеристика инсульта

Дифференциально-диагностические признаки	Геморрагический инсульт			Ишемический инсульт		Смешанный инсульт
	паренхиматозное кровоизлияние	субарахноидальное кровоизлияние	тромботический	эмболический	нетромботический	геморрагический инфаркт головного мозга
Возраст больных	45–60 лет	20–45 лет, иногда детский	Чаще старше 60 лет	Чаще 20–45 лет	Старше 60–70 лет	Чаще старше 60 лет
Предшествовавшие церебральные, сердечно-сосудистые расстройства	Артериальная гипертензия, гипертонические церебральные кризы, признаки аневризмы сосудов мозга	Аневризмы сосудов мозга, артериальная гипертензия с церебральными кризами	Атеросклероз, повторные переходящие нарушения мозгового кровообращения	Заболевания сердца, тромбоз вен конечностей и др.	Повторные переходящие нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда	Инфаркт мозга, артериальная гипертензия, гипертонический криз
Предвестники	В некоторых случаях приливы крови к лицу, головная боль, видение предметов в красном цвете	Редко локальная головная боль, боль в глазу, шум в голове, «мелькание» перед глазами	Головная боль, головокружение, кратковременное расстройство сознания, потемнение в глазах	Отсутствуют	Отсутствуют	Ухудшение общего состояния, нарастание выраженности общемозговых симптомов
Развитие неврологических симптомов	Острое	Внезапное	Постепенное	Внезапное	Постепенное	Внезапное ухудшение неврологического статуса
Время возникновения	Днем, в момент физического или эмоционального напряжения, очень редко во время сна	Днем, в момент физического или эмоционального напряжения, иногда после черепно-мозговой травмы	Ночью (во время сна) или под утро, иногда днем, после физической нагрузки или психической травмы	Обычно днем, часто после физической нагрузки или волнения	Чаще днем, после физической нагрузки, острого снижения АД, усадка сердечной деятельности	Чаще днем
Преобладающая симптоматика	Общемозговая	Общемозговая, менингеальный синдром	Очаговые симптомы	Очаговые симптомы	Очаговые, общемозговые симптомы	Общемозговые, очаговые симптомы

Дифференциально-диагностические признаки	Геморрагический инсульт			Ишемический инсульт		Смешанный инсульт
	паренхиматозное кровоизлияние	субарахноидальное кровоизлияние	тромботический	эмболический	нетромботический	геморрагический инфаркт головного мозга
Состояние сознания	Чаще кома, сохраняющаяся в течение нескольких суток	Психомоторное возбуждение, возможна резкая степень оглушения (кратковременная или длительная)	Сохраненное сознание или оглушение, реже сопор или кома	Кратковременная потеря сознания; при эмболии крупного сосуда возможна кома	Кратковременная потеря сознания, возможно оглушение, сопор	Оглушение, сопор, реже кома
Лицо	Гиперемия с цианотичным оттенком	Гиперемия	Бледность	Бледность	Бледность	Гиперемия
Зрачки	Расширены, больше на стороне очага поражения (при обширных полушарных очагах); сужены при кровоизлиянии в мост мозга	Расширены	Чаще сужены	Умеренно расширены	Чаще сужены	Умеренно расширены
Плавающие движения глазных яблок	Выражены при обширном кровоизлиянии	Чаще отсутствуют (выражены при коме)	Выражены при окклюзии основной артерии	Отсутствуют	Выражены при обширных инфарктах мозга	Могут наблюдаться (чаще при коме)
Горметония	Наблюдается при обширном полушарном кровоизлиянии, прорыве крови в желудочки, кровоизлиянии в оральные отделы ствола мозга	Не характерна	Чаще отсутствует, может наблюдаться при обширных полушарных инфарктах и инфарктах в среднем мозге	Не характерна	Не характерна	Может развиваться при обширных очагах поражения

Продолжение таблицы ↪

Дифференциально-диагностические признаки	Геморрагический инсульт			Ишемический инсульт		Смешанный инсульт
	паренхиматозное кровоизлияние	субарахноидальное кровоизлияние	тромботический	эмболический	нетромботический	геморрагический инфаркт головного мозга
Эпилептические припадки	Могут появляться, чаще парциальные джексоновского типа	Наблюдаются часто, в том числе общие	Обычно отсутствуют	Могут наблюдаться, чаще парциальные	Обычно отсутствуют	Могут наблюдаться, чаще парциальные
Менингеальные симптомы	Чаще нерезко выражены, при прорыве крови в желудочки выраженные	Выражены	То же	Могут наблюдаться, нерезко выраженные	То же	Могут наблюдаться, нерезко выраженные
Очаговые неврологические симптомы	Быстрое развитие гемиплегии, снижение рефлексов, мышечного тонуса	Могут отсутствовать	Постепенное развитие гемиплегии	Внезапное развитие моно-, реже гемипареза	Быстрое развитие гемиплегии	Внезапное нарастание выраженности имеющейся симптоматики
Патологические рефлексы	Часто двусторонние, особенно при прорыве крови в желудочки	Двусторонние	На стороне, противоположной очагу поражения	На стороне, противоположной очагу поражения	На стороне, противоположной очагу поражения	Одно- или двусторонние
Неврологические симптомы на отдалении (при полушарном инсульте)	Иногда «верхний» и «нижний» стволые синдромы	Чаще отсутствуют	Чаще отсутствуют; при обширных инфарктах могут появляться стволые симптомы	Чаще отсутствуют	Иногда стволые симптомы	Иногда стволые симптомы
Дыхание	Стридорозное, клочущее, периодического типа Чейна—Стокса	Учащенное, при периодическом	Ослабленное, замедленное, аритмичное	Аритмичное, нередко учащенное, при воздушной эмболии — одышка, кровохарканье	Ослабленное, иногда типа Чейна—Стокса	Ослабленное, замедленное, иногда типа Чейна—Стокса

Дифференциально-диагностические признаки	Геморрагический инсульт			Ишемический инсульт		Смешанный инсульт
	паренхиматозное кровоизлияние	субарахноидальное кровоизлияние	тромботический	эмболический	нетромботический	геморрагический инфаркт головного мозга
Пульс	Напряженный, редкий	Напряженный, редкий, иногда учащенный	Ослабленный, умеренно учащенный	Аритмичный, учащенный, слабого наполнения	Ослабленный, аритмичный	Ослабленный, уреженный
Артериальное давление	Почти всегда повышено	Чаше повышено	Нормальное или пониженное, иногда повышенное	Нормальное	Нормальное или пониженное, иногда повышенное	Чаше повышено
Сердце	Гипертрофия левого желудочка	Гипертрофия левого желудочка, иногда изменений нет; редко нарушения возбуждения и проводимости на ЭКГ	Атеросклеротический миокардиосклероз	Пороки сердца, эндокардиты, кардиосклероз, мерцание предсердий	Кардиосклероз, хроническая недостаточность коронарного кровотока	Атеросклеротический миокардиосклероз, гипертрофия левого желудочка
Температура тела	Гипертермия при обширном кровоизлиянии, прорыве крови в желудочки	Повышена до 38–39 °С	Иногда снижена	Нормальная; при эндокардитах повышена	Иногда повышена	Иногда повышена
Глазное дно	Гипертоническая ангиопатия сетчатки, отек соска зрительного нерва, редко кровоизлияние в сетчатку	Часто гипертоническая ретинопатия; могут быть явления застоя, часто кровоизлияния в сетчатку	Атеросклеротическая ангиопатия сетчатки (склероз и сужение сосудов)	Отсутствие изменений, иногда эмболия центральной артерии сетчатки	Атеросклеротическая ангиопатия сетчатки	Атеросклеротическая или гипертоническая ангиопатия сетчатки; возможны отек соска зрительного нерва и единичные кровоизлияния в сетчатку

Продолжение таблицы ↪

Дифференциально-диагностические признаки	Геморрагический инсульт			Ишемический инсульт		Смешанный инсульт
	паренхиматозное кровоизлияние	субарахноидальное кровоизлияние	тромботический	эмболический	нетромботический	геморрагический инфаркт головного мозга
Кровь	Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипо- или анэозинофилия, повышение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов	Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипозозинофилия	В единичных случаях (при инфарктах в стволе мозга или вторичном стволовом синдроме) умеренный лейкоцитоз	Иногда нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ	В единичных случаях умеренный лейкоцитоз	Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипозозинофилия
Моча	Следы белка, иногда наличие сахара		Без изменений	Увеличение числа лейкоцитов	Иногда следы белка	Иногда следы белка
Цереброспинальная жидкость	Ксантохромная или кровянистая; при ограниченном очаге — бесцветная, но при микроскопии определяются выщелоченные эритроциты; плеоцитоз; давление повышено	В первые сутки — примесь свежей крови; на 3—5-е сут — ксантохромия; плеоцитоз: сначала нейтрофильный, затем лимфоцитарный и мононуклеарный; давление повышено	Прозрачная; незначительный плеоцитоз и увеличение количества белка; возможно повышение давления	Прозрачная или ксантохромная; иногда плеоцитоз и увеличение количества белка	Прозрачная; иногда легкий плеоцитоз и увеличение количества белка; возможно повышение давления	Ксантохромная или розовая; давление повышено
Эхоэнцефалография	Смещение М-эха в противоположную очагу сторону, наличие дополнительных пиков, иногда признаки расширения III желудочка	Как правило, симметричное расположение М-эха; наличие дополнительных пиков, иногда признаки расширения III желудочка	Симметричное расположение М-эха, редко (при обширных инфарктах) — смещение М-эха на 2—4 мм в противоположную очагу сторону	Симметричное расположение М-эха, иногда признаки расширения III желудочка	Возможно умеренное смещение М-эха (на 2—4 мм) в противоположную очагу сторону, расширение III желудочка	

Дифференциально-диагностические признаки	Геморрагический инсульт			Ишемический инсульт		Смешанный инсульт
	паренхиматозное кровоизлияние	субарахноидальное кровоизлияние	тромботический	эмболический	нетромботический	геморрагический инфаркт головного мозга
Электроэнцефалография	Выраженные диффузные изменения биопотенциалов мозга, иногда межполушарная асимметрия	Диффузные изменения биопотенциалов мозга	Межполушарная асимметрия, очаг патологической активности	Негрубые локальные изменения биопотенциалов мозга	Межполушарная асимметрия, очаг патологической активности	Межполушарная асимметрия на фоне грубых диффузных изменений, иногда патологической активности
Церебральная ангиография	Смещение интрацеребральных сосудов, наличие «бессосудистой» зоны	Наличие аневризм мозговых сосудов, иногда спазм артериальных сосудов	Окклюзия экстра- или интракраниальных сосудов	Незаполнение сосудистой сети в бассейне пораженного сосуда	Наличие стеноза, патологической извитости экстра- или интракраниальных сосудов, иногда спазм сосудов	Сочетание незаполнения сосудистой сети в бассейне пораженного сосуда со смещением коллатеральных сосудов
Компьютерная томография головы	Очаг кровоизлияния светлый (увеличение коэффициента поглощения) — в остром периоде инсульта, признаки отека мозга	Увеличение коэффициента поглощения в подпаутинном пространстве, признаки отека мозга, расширение боковых желудочков	Область инфаркта темная (снижение коэффициента поглощения), иногда признаки отека мозга			Область инфаркта негомогенная (пестрая)

Таблица 182

## Дифференциальная диагностика различных типов инсульта (по Д.Р. Штульману, О.С. Левину, 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Тип инсульта			
	тромботический	эмболический	лакунарный	внутри мозговое кровоизлияние
Начало	Постепенное или внезапное, нередко во сне	Внезапное, часто при пробуждении	Постепенное или внезапное, во сне или днем	Внезапное, реже постепенное, часто в дневное время
Предшествующие транзиторные ишемические атаки (%)	50	10	20	Отсутствуют
Головная боль	Иногда	Иногда	Отсутствует	Часто
Угнетение сознания	Редко	Редко	»	»
Эпилептические припадки	»	Нередко	Отсутствуют	Нередко
Спинально-мозговая жидкость	Не изменена	Не изменена	Не изменена	Кровянистая или нормальная
Другие признаки	Шум над сонной артерией, признаки атеросклероза коронарных или периферических сосудов	Признаки заболевания сердца или эмболии периферических сосудов	Лакунарные синдромы, анамнестические и клинические признаки артериальной гипертензии	Тошнота или рвота, менингеальные симптомы

## Дифференциальная диагностика внутримозговых кровоизлияний (по Д.Р. Штульману, О.С. Левину, 1999)

Диагностические показатели	Локализация внутримозговых кровоизлияний					
	Скорлупа	Головка хвостатого ядра	Таламус	Лобарное кровоизлияние	Мост	Мозжечок
Кома	Часто	Нечасто	Часто	Редко	Развивается	Отставленная
Состояние зрачков	Нормальные	Иногда синдром Горнера на стороне поражения	Узкие, вяло реагирующие на свет, иногда синдром Горнера	Нормальные	Точечные	Узкие, реагирующие на свет
Глазные яблоки	Отклонены в сторону очага	Иногда преходящее отклонение в сторону очага	Отклонены вниз и медиально, иногда ограничение зрения вверх и расхождение глазных яблок по вертикали	Иногда отклонены в сторону очага	Паралич горизонтального зрака, поплачковое движение	Нистагм, позднее ограничение горизонтального зрака
Стволовые симптомы	Отсутствуют до поздней стадии	Отсутствуют	См. выше	Отсутствуют	Нарушения ритма дыхания, децеребрационная ригидность	Головокружение, рвота, поражение тройничного и лицевого нервов
Гемипарез	Часто (особенно при массивных гематомах)	»	Преходящая	Часто	Отсутствует	Отсутствует
Эпилептические припадки	Редко	Редко	Редко	»	»	»
Двигательные нарушения	Гемипарез	Отсутствуют или легкий преходящий гемипарез	Гемипарез	Гемипарез	Тетрапарез	Атаксия
Нарушения чувствительности	Гемигипостезия	Отсутствуют	Гемигипостезия	Гемигипостезия	Вариабельные, обычно двусторонние	Отсутствуют
Афазия	Часто	»	Преходящая	Часто	Отсутствует	»



Таблица 184

**Дифференциальная диагностика параличей** (по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Симптомы	Параличи	
	периферические	центральные
Рефлексы: – сухожильные; – кожные; – патологические	Отсутствуют Сохраняются Отсутствуют	Повышенные Сниженные или отсутствуют Пирамидального поражения
Фибриллярные подергивания	Частые	Отсутствуют
Мышечный тонус	Сильно понижен	Повышен
Мышечная сила	Сильно уменьшена или отсутствует	Уменьшена
Вазомоторные проявления	Холодные конечности, изменения цвета лица	Отсутствует
Трофические нарушения	Быстрая атрофия	Отсутствуют или слабо выражены поздние
Электровозбудимость	Реакция дегенерации	В норме
Компенсаторные явления	Отсутствуют	Частые

Таблица 185

**Дифференциальная диагностика детского церебрального паралича (ДЦП)  
у детей** (по А.А. Баранову, Р.Р. Шиляеву, Б.С. Каганову, 2005)

Дифференциально-диагностические признаки	ДЦП	Хромосомный синдром	Наследственно-дегенеративное заболевание	Опухоль ЦНС	Нейроинфекция
Наследственный анамнез	Без особенностей	Без особенностей	Наличие аналогичных заболеваний у родственников	Без особенностей	Без особенностей
Преморбидный анамнез	Патологическое течение беременности и родов	Патологическое течение беременности и родов	Чаще без особенностей	»	»
Возраст развития заболевания	С рождения	С рождения	С 2 лет и позже	Без закономерностей	Без закономерностей

Дифференциально-диагностические признаки	ДЦП	Хромосомный синдром	Наследственно-дегенеративное заболевание	Опухоль ЦНС	Нейроинфекция
Особенности течения заболевания	Без четкой прогредиентности	Прогредиентное	Прогредиентное	Прогредиентное	Определяется тяжестью болезни
Живость тонических рефлексов	Нарастает	Снижается	Снижается	Снижается	Снижается
Мышечный тонус	Интенционная мышечная гипертония	Не меняется	В зависимости от положения тела	В зависимости от положения тела	В зависимости от положения тела
Патология рефлекторной сферы	Является ведущей	Появляется ведущим	Не является ведущей	Не является ведущей	Не является ведущей
Внутричерепная гипертензия	Не является ведущей	Не является ведущей	»	Выражена	Определяется стадией и тяжестью болезни
Множественные пороки развития	—	Характерны	—	—	—

Таблица 186

**Дифференциальный диагноз параличей вялого типа**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, X. Михову и соавт., 1977)

Диагностические признаки	Полиомиелиты	Полирадикулоневриты	Полиневриты	Параличи метаболического происхождения		Параличи, связанные с обменом натрия
				гипокалиемические	гиперкалиемические	
Возраст манифестации	Любой возраст	Второе детство	Большие дети, юноши	До 10 лет	5–20 лет	2–5 лет
Пол	Оба в одинаковой мере	Преобладают мальчики	Оба в одинаковой мере	Чаще мальчики	Чаще мальчики	Чаще девочки
Инфекционный синдром	Имеется	Предшествует	Предшествует	Вообще отсутствует		Отсутствует

Продолжение таблицы ↗

Диагностические признаки	Полиомиелиты	Полирадикулоневриты	Полиневриты	Параличи метаболического происхождения		Параличи, связанные с обменом натрия
				гипокалиемические	гиперкалиемические	
Локализация параличей	Несимметрическое поражение преимущественно проксимальных групп, чаще всего <i>m. deltoideus m. quadriceps, mm. peronei, m. tibialis anterior</i>	Начинаются симметрично обычно с дистальных отделов нижних конечностей и, постепенно поднимаясь, достигают черепно-мозговых нервов	Поражаются отдельные нервы конечностей с параличами подчеркнутого дистального характера	Генерализованные; нередко квадриплегия, поражение дыхательной мускулатуры редко, но иногда с фатальным исходом	Поражаются часто только мышцы лица; иногда имеются явления миотонии	Генерализованная квадриплегия, с нередким поражением дыхательной мускулатуры, но исход благоприятный
Чувствительность	Болезненность в позвоночнике, предшествующая параличам	Начальные дизестезии в дистальных отделах конечностей; болезненность при нажиме на мышцы и стволы нервов; симметричная спонтанная боль при чувствительных формах	Спонтанная боль по ходу пораженных нервов	Нарушений чувствительности нет		
Сухожильные рефлексy	Ослабленные, вплоть до полного угасания	Ослабленные, вплоть до угасания; предшествуют появлению параличей и остаются ослабленными после выздоровления	Ослабленные или угасшие	Сильно снижены		

Диагностические признаки	Полиомиелиты	Полирадикулоневриты	Полиневриты	Параличи метаболического происхождения		Параличи, связанные с обменом натрия
				гипокалиемические	гиперкалиемические	
Спинномозговая жидкость	Небольшое увеличение количества белка и клеток; вначале клеточно-белковая, позже альбумино-клеточная диссоциация	Сильное увеличение количества белка — белково-клеточная диссоциация	Изменений нет	Изменений нет		
Химизм крови	Без особенностей			Гипокалиемия	Гиперкалиемия	Нормокалиемия с гипонатриемией
ЭКГ	В норме	В норме	В норме	Гипокалиемическая кривая	Гиперкалиемическая кривая	Не характерна
Причины появления	Вирусы полиомиелита	Неуточненные (инфекционно-аллергические)	Разные: токсикоинфекционная, токсическая, аллергическая и пр.	Врожденное нарушение; вызывается применением чрезмерных количеств сахара и жидкостей и при отдыхе после утомления	Движение с последующим длительным покоем; применение калия; охлаждение	Применение калия; прекращение применения натрия
Развитие	В течение 2–3 дней от начала инфекции — стойкие параличи	Медленное, постепенное прогрессирование и медленное восстановление до поздно наступающего выздоровления	Улучшение в зависимости от этиологии	Обычно появляется во второй половине ночи; быстрое развитие и полное восстановление за 1–9 ч, но рецидивы часты	За 2–3 ч остаточными явлениями — за несколько дней; бывают рецидивы	От нескольких дней до нескольких недель; рецидивы редки
Воздействие терапии	Небольшое — <i>Pyramidon, Cortison, Novalgin, Dibazol, Priscol</i> и др.	Хорошее при применении глюкокортикоидов	Витаминотерапия и физиотерапия; улучшение в зависимости от этиологии	Применение калия	Адреналин и кальций	Соли натрия

## Дифференциально-диагностическая характеристика

Название гиперкинеза	Этиология	Локализация патологического процесса	Течение	Топография гиперкинеза
Атетоз двойной	Наследование по аутосомно-рецессивному типу, возможно, энцефалит, асфиксия, родовая травма, желтуха новорожденных	Хвостатое ядро, скорлупа (утрата нейронов с образованием глиальных рубцов <i>Status marmoratus</i> ), черная субстанция, таламус	Прогрессирующее течение 5–10 лет, затем стабильное	Преобладает в мышцах кистей, лица, шеи, туловища (симметрично). Участвуют мышцы-антагонисты
Атетоз симптоматический	Сосудистые, опухлевые, инфекционные и другие заболевания; травмы головного мозга	Хвостатое ядро, скорлупа, черная субстанция, таламус	Зависит от течения основного заболевания	Преобладает в мышцах рук (особенно кисти), реже наблюдаются в ногах и мышцах лица. Иногда распространяется по гемитипу; участвуют мышцы-антагонисты
Дрожание интенционное	Демиелинизирующие, дегенеративные, сосудистые, воспалительные заболевания головного мозга	Зубчатое ядро и верхние ножки мозжечка	То же	Конечности (в большей степени дистальные их отделы), голова, туловище, участвуют мышцы-антагонисты
Интенционная судорога Рюльфа	Не уточнена	Моторные зоны коры больших полушарий головного мозга	Прогрессирующее или стабильное	Возникает внезапно, приступообразно, в любой мышце конечности или лица, особенно при неожиданном движении, генерализуется, распространяясь на всю одноименную половину тела
Лицевой параспазм	Сосудистые, инфекционные заболевания, травмы головного мозга	Базальные ганглии, мозговой ствол	То же	Симметрично в обеих половинах лица; вначале по типу блефароспазма, затем вовлекается мимическая мускулатура, иногда мышцы глотки, языка, плечевого пояса

Таблица 187

## некоторых гиперкинезов (по Е.И. Гусеву, 1991)

Характеристика движений	Ритмичность гиперкинеза	Стабильность гиперкинеза	Другие особенности	Тонус мышц
Медленные червеобразные, вычурные, с тоническим напряжением пальцев, их застыванием в неестественном положении, чаще в состоянии переразгибания	Неритмичен	Наблюдается в покое, исчезает во сне, усиливаясь при волнении, во время произвольных движений	Отсутствуют	Мышечная дистония
То же	То же	То же	Нередко сочетается с гемипарезом, пирамидными симптомами, чувствительными нарушениями на противоположной очагу стороне	То же
Толчкообразные движения, амплитуда которых возрастает по мере приближения к цели данного произвольного действия	»	Появляется только при движении, преимущественно в конце движения	Зависят от основного заболевания	Низкий, дистония или повышение по спастическому типу
Тонические, тонико-клонические судороги, могут перейти в общий судорожный припадок, появляется после внезапных, требующих быстрого темпа и автоматизма движений	»	Приступ может прекратиться при болевом или другом раздражении	Потери сознания не происходит, после приступов нет парезов конечностей	Не изменен
Тонические или тонико-клонические судороги с преобладанием тонического компонента	»	Наблюдается в покое, провоцируется эмоциональным напряжением	Отсутствуют	»

Продолжение таблицы 187

Название гиперкинеза	Этиология	Локализация патологического процесса	Течение	Топография гиперкинеза
Миоклонии симптоматические	Инфекционные, сосудистые заболевания, травмы и опухоли головного мозга, уремия	Красное ядро, зубчатое ядро мозжечка, нижняя олива	Зависит от течения основного заболевания	Отдельные группы мышц или мышцы-синергисты
Миоклонус-эпилепсия наследственная Унферрихта — Лундборга	Наследование по аутосомно-рецессивному типу	Красное ядро, зубчатое ядро мозжечка, нижняя олива, ретикулярная формация, черная субстанция, бледный шар, таламус, кора больших полушарий головного мозга	Прогрессирующее, имеет 3 стадии: первая — эпилептическая; вторая — эпилептико-миоклоническая; третья — терминальная; длительность болезни — 10—15 лет, исход летальный	Мышцы-синергисты и мышцы-антагонисты
Миоритмии	Инфекционные, демиелинизирующие, сосудистые заболевания, травмы	Ядро нижней оливы, красное ядро, зубчатое ядро мозжечка, центральный путь покрышки мозгового ствола (при велопалатинной миоритмии)	Зависит от основного заболевания	Преимущественно в мышцах мягкого нёба, гортани, голосовых складок, диафрагмы, иногда распространяется с одной группы мышц на другую
Тик (болезнь Бриссо)	Неврозы. Инфекционные, токсические и другие поражения ЦНС	Не уточнена	То же	Могут наблюдаться в любой части тела, чаще в мышцах лица и проксимальных отделах верхних конечностей
Торсионная дистония	Наследование по аутосомно-рецессивному или аутосомно-доминантному типу, симптоматическая торсионная дистония при дегенеративных, сосудистых, инфекционных заболеваниях ЦНС. интоксикациях	Скорлупа, хвостатое ядро, таламус, бледный шар, черная субстанция	В случаях раннего (до 15 лет) начала (с нижних конечностей) — прогрессирующее с генерализацией; при более позднем начале (с мышц головы и туловища) — более медленное	Наблюдается преимущественно в мышцах туловища, рук, участвуют мышцы-синергисты и мышцы-антагонисты

Характеристика движений	Ритмичность гиперкинеза	Стабильность гиперкинеза	Другие особенности	Тонус мышц
Быстрые, резкие, кратковременные сокращения мышц, обычно отмечается вздрагивание; двигательный эффект наблюдается при вовлечении мышц-синергистов	»	Наблюдается в покое, несколько усиливается при движениях, исчезает во сне	Зависят от основного заболевания	Не изменен или мышечная дистония
Миоклонический гиперкинез в сочетании с общими эпилептическими припадками	»	Наблюдается в покое, усиливается при движениях, переохлаждении, эмоциях, исчезает во сне; характерна неодинаковая выраженность в «хорошие» и «плохие» дни	Снижение интеллекта, в третьей стадии — кахексия	Дистония в третьей стадии — нарастающая ригидность мышц
Локальный миоклонический гиперкинез с четким двигательным эффектом	Ритмичный	Наблюдается в покое и при движениях, иногда сохраняется во время сна	Отсутствуют	Не изменен или мышечная дистония
Быстрые, повторяющиеся движения в определенной части тела, напоминают произвольные	Неритмичен	Исчезает во сне	Отсутствуют	Не изменен
Медленные вращательные, вычурные движения (иногда штопорообразные) с задержкой и фиксацией поз	»	Наблюдается в покое, усиливается при движении (ходьбе), эмоциях	Выраженный лордоз (при переразгибании позвоночника), «верблюжья» походка	Мышечная дистония



Название гиперкинеза	Этиология	Локализация патологического процесса	Течение	Топография гиперкинеза
Хорея ревматическая	Ревматический энцефалит	Хвостатое ядро, скорлупа, кора больших полушарий головного мозга	Средняя длительность — 1–5 мес., возможны рецидивы	Начинается в мышцах лица, рук, затем может распространиться на мышцы всего тела, часто по гемитипу (гемихорея); участвуют мышцы-антагонисты и мышцы-синергисты
Эпилепсия кожевниковская	Клещевой энцефалит	Моторные, премоторные зоны коры больших полушарий головного мозга	Прогрессирующее, затем стабильное	Преимущественно в мышцах лица, руки
Эпилепсия кортикальная (джексоновская)	Опухоли, сосудистые, паразитарные, инфекционные заболевания лобного мозга	То же	Зависит от течения основного заболевания	Судороги начинаются в определенной части тела (чаще в руке, лице), затем распространяются на мышцы той же стороны, могут переходить на другую сторону; участвуют мышцы-антагонисты

Характеристика движений	Ритмичность гиперкинеза	Стабильность гиперкинеза	Другие особенности	Тонус мышц
Быстрые, неожиданные, нестереотипные, размашистые, большие гримасничают, пританцовывая при ходьбе	»	Наблюдается в покое, исчезает во сне, усиливается при волнении, движениях, произвольное подавление невозможно	Другие признаки ревматизма (кардит, артрит, васкулит)	Снижен или мышечная дистония
Постоянный клонический гиперкинез в определенной группе мышц	»	Наблюдается в покое, во сне не исчезает	Периодически большие судорожные припадки	Спастический тонус, дистония мышц
Клонические судороги	»	Приступ продолжается в течение нескольких минут	Как правило, потери сознания не происходит, после приступа возможен паралич конечностей, в которых были судороги, в ряде случаев переходит в большой судорожный припадок	Пирамидный тонус, дистония

## Дифференциальный диагноз основных видов атаксии (по И. Андрееву, И. Вацпарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Виды атаксии		
	мозжечковая	спинальная	лабиринтная (вестибулярная)
Характер	Статическая и динамическая (кинетическая)	В основном статическая	Только статическая
Основные симптомы (синдромы) для каждого вида атаксий	Дисметрия, асинегрия, адиадохокинез, гипотония, дисхронометрия, тремор при напряжении, положительный признак Янишевского, положительный феномен подсакивания; при поражении <i>archicerebellum</i> и <i>paleocerebellum</i> нарушаются грубые движения; при поражении <i>neocerebellum</i> — тонкие движения, дизартрия	Внезапность нарушения, отклонение от основного направления движения (неопределенность направления), потеря ощущения вибраций и представления о положении отдельных частей тела в пространстве	Головокружение, вестибулярный нистагм; поражение слуха при периферических формах; потеря равновесия при отклонении в сторону, вперед или назад; отсутствие тонких движений конечностей; признак <i>Barany</i> (отклонение указательного пальца) (+++)
Походка	Медленная, с широко расставленными ногами, с вытянутыми в стороны руками и наклоном тела вперед; при односторонних поражениях отклонение в большую сторону	Медленная, неуверенная с высоким поднятием ног и фиксированным взглядом в пол (компенсация); при внезапном останавливании тело наклоняется сильно вперед или назад	Звездообразная походка <i>Babinski</i>
Активные двигательные функции конечностей	Признаки <i>Gordon–Holmes</i> и <i>Stewart</i> (феномен <i>Rebound</i> ) (+++); движение может достичь цели	Движение редко достигает цели	Движение всегда достигает цели
Нистагм	Мозжечковый	—	Вестибулярный
Глазное дно	Застойный сосок	В норме	В норме
Чувствительность	Сохранена	Нарушения глубокой чувствительности	Сохранена; признаки поражения вестибулярного аппарата
Сухожильные рефлексы	Нормальные	Ослабленные	Нормальные
Признак <i>Romberg</i>	Отрицателен; явления не усиливаются при закрытых глазах	Сильно положителен; все явления усиливаются при закрытых глазах	Положителен; явления слегка усиливаются при закрытых глазах

Таблица 189

**Дифференциально-диагностические признаки наследственных прогрессирующих заболеваний ЦНС с экстрапирамидальной симптоматикой**  
(цит. по G. Lyon и соавт., 1996; в модификации П.А. Темина, Е.Д. Белоусовой)

Дифференциально-диагностические признаки	Болезнь Вильсона—Коновалова	Ювенильная форма болезни Гентингтона	Ювенильная форма болезни Паркинсона	Идиопатическая торсионная дистония	Допа-чувствительная торсионная дистония
Дистония, хореоатетоз, атетоз	Встречается не часто	Встречается не часто	Отсутствует	Очень часто	Очень часто
Хорея	Отсутствует	То же	»	Отсутствует	Отсутствует
Ригидность	Очень часто	Очень часто	Очень часто, постоянно	»	Часто
Тремор	Часто	Встречается не часто	Отсутствует	»	Встречается не часто
Умственная отсталость	Очень часто	Очень часто	Встречается не часто	»	Отсутствует
Другие важные неврологические симптомы	Кольца Кайзера—Флейшера при офтальмологическом осмотре, цирроз печени	—	—	Миоклонус	—

Таблица 190

**Дифференциальная диагностика паркинсонизма**  
(по Д.Р. Штульману, О.С. Левину, 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевание
Начало в молодом или юношеском возрасте	Ювенильная форма болезни Паркинсона. Гепатолентикулярная дегенерация. Болезнь Гентингтона. Дистония-паркинсонизм
Острое или подострое начало	Сосудистый паркинсонизм. Постэнцефалитический паркинсонизм
Отсутствие тремора покоя	Мультисистемная атрофия. Сосудистый паркинсонизм. Прогрессирующий надъядерный паралич. Гидроцефалия
Атипичный тремор (грубый постуральный или интенционный тремор), мозжечковая атаксия	Оливопонтоцереbellарная атрофия (мультисистемная атрофия, спиноцереbellарная дегенерация, мозжечковая атаксия)
Пирамидный синдром	Сосудистый паркинсонизм. Мультисистемная атрофия. Кортикобазальная дегенерация. Гидроцефалия. Гепатоцеребральная дегенерация

Продолжение таблицы 8

Окончание табл. 190

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевание
Амиотрофии	Мультисистемная атрофия. Спиноцеребеллярная дегенерация. БАС-паркинсонизм-лобная деменция
Симметричное начало	Мультисистемная атрофия. Сосудистый паркинсонизм. Гидроцефалия
Миоклония	Кортикобазальная дегенерация. Болезнь Крейтцфельда – Якоба
Раннее развитие деменции	Сосудистый паркинсонизм. Прогрессирующий надъядерный паралич. Болезнь диффузных телец Леви. Болезнь Альцгеймера
Парез зрения (надъядерная офтальмоплегия)	Прогрессирующий надъядерный паралич. Оливопонтоцеребеллярная дегенерация. Кортикобазальная дегенерация
Выраженная вегетативная недостаточность	Мультисистемная атрофия

Таблица 191

## Клиническое разграничение нервно-мышечных заболеваний

Область поражения	Клетки переднего рога	Периферический нерв	Нервно-мышечное соединение	Мышцы
Пример	Спинальная мышечная атрофия	Алиментарная невропатия	Миастения	Полимиозит
Распределение мышечной слабости	Асимметрично, с вовлечением конечностей или бульбарной мускулатуры	Дистально и симметрично	Экстраокулярная, бульбарная, проксимальная мускулатура конечностей	Симметрично, проксимальная мускулатура конечностей, бульбарная мускулатура
Атрофия мышц	Выраженная и ранняя	Умеренная	—	Выражена нерезко
Сенсорные поражения	—	Парестезия, гипестезия	—	Болевые ощущения в мышцах
Характерные проявления	Фасцикуляции, судороги, тремор	—	Выраженность проявлений колеблется в течение дня	—
Рефлексы	Вариабельны	Ослаблены несоответственно мышечной слабости	В пределах нормы	Изменяются параллельно мышечной силе

**Дифференциальная диагностика основных мышечных дистрофий**  
(по Д.Р. Штульману, Р.С. Левину, 1999)

Заболевания	Тип наследования	Возраст начала	Пораженные мышцы	Активность КФК	Другие признаки	Течение	Продолжительность жизни
Дистрофия Дюшенна	X-сцепленный рецессивный	1–5	Мышцы тазового пояса, бедер, позднее мышцы плечевого пояса и дыхательные мышцы	↑↑↑	Псевдогипертрофии, контрактуры, кифосколиоз, кардиомиопатия, снижение интеллекта	Быстро прогрессирующее (способность к передвижению утрачивается к 15 годам)	20–30 лет
Дистрофия Беккера	—	5–20	Мышцы тазового пояса, бедер, позднее мышцы плечевого пояса	↑↑	Псевдогипертрофии, контрактуры, интеллект нормальный, поражение сердца менее выражено	Умеренно прогрессирующее (способность к передвижению утрачивается к 20–50 годам)	Снижена (25–60 лет)
Поясно-конечностные дистрофии	A/p, A/d	10–30	Тазовый или плечевой пояс, позднее другие мышцы	N или ↑	Возможна псевдогипертрофия мышц голени, интеллект нормальный, сердце обычно не вовлекается	Медленно прогрессирующее	Нормальная
Лице-лопаточно-плечевая	A/d	10–20 (1–55)	Лицо, позднее — плечевой пояс, перонеальные мышцы, иногда — тазовый пояс и предплечье	N или ↑	Гипертрофия и контрактуры редки, иногда миалгии	Чаще медленно прогрессирующее с периодами стабилизации	Чаще нормальная
Дистальные дистрофии	A/d, реже A/p	40–60 (A/p — 16–30)	Предплечье и кисти, затем голени и стопы или наоборот	N или ↑	—	Медленно прогрессирующее (инвалидизация через 10–15 лет)	Нормальная
Окулофарингеальная дистрофия	A/d	40–60	Наружные мышцы глаза, мышцы глотки, позже другие мышцы	N или ↑	—	Прогрессирующее течение, декомпенсация вследствие дисфагии	Снижена

*Примечание.* A/d — аутосомно-доминантный; A/p — аутосомно-рецессивный; КФК — креатининфосфокиназа; N — норма; (↑) — повышена; (↑↑) — повышена значительно; (↑↑↑) — повышена резко.

**Дифференциальная диагностика псевдогипертрофических форм прогрессирующих мышечных дистрофий (ПМД)**  
(по Л.О. Бадалян, П.А. Темину, 1989; цит. по П.А. Темину, Ю.М. Белозерову, М.Ю. Никаноровой и соавт., 1997)

Форма ПМД	Тип наследования	Возраст дебюта, годы	Течение миодистрофического процесса	Клинические проявления	Интеллект	Костно-суставные изменения	Характер электромиографических изменений
ПМД Дюшенна	X-R	2–5	Быстро прогрессирующее	Слабость и атрофии мышц тазового пояса и проксимальных отделов конечностей. Псевдогипертрофии икроножных мышц	В 30% — умственная отсталость	Сколиоз, гиперлордоз, эквиноварусная деформация стоп, ретракция пяточных сухожилий, контрактуры крупных суставов	Первично-мышечный
ПМД Беккера	X-R	10–20	Медленно прогрессирующее	То же	Норма	Сколиоз, поясничный гиперлордоз	То же
ПМД Мабри	X-R	10–14	Быстро прогрессирующее	»	»	Сколиоз, гиперлордоз, эквиноварусная деформация стоп, ретракция пяточных сухожилий, контрактуры крупных суставов	»
ПМД Эрба — Рота	A-R	12–18	То же	Слабость и атрофии мышц тазового пояса и проксимальных отделов конечностей. Иногда умеренные псевдогипертрофии различных мышц	»	Поясничный гиперлордоз, умеренные сгибательные контрактуры крупных суставов	»
Лице-лопаточно-перонеальная ПМД	A-D	12–20	Медленно прогрессирующее	Слабость и атрофии мышц лица, лопаток, плечевого пояса и перонеальных мышц. Иногда умеренные псевдогипертрофии дельтовидных и двуглавых мышц плеча	»	Сколиоз, деформация грудной клетки	»

Форма ПМД	Тип наследования	Возраст дебюта, годы	Течение миодистрофического процесса	Клинические проявления	Интеллект	Костно-суставные изменения	Характер электромиографических изменений
ПМД Барнеса	A-D	3–10	То же	Слабость и атрофии мышц тазового пояса, бедер, на поздних стадиях — дистальных отделов конечностей. Псевдогипертрофии преимущественно икроножных мышц	»	Не уточнены	»
Спинальная мышечная атрофия, тип III	A-D, A-R	8–30	»	Слабость и атрофии мышц тазового пояса и проксимальных отделов конечностей. Псевдогипертрофии икроножных мышц	»	Иногда — сколиоз, деформация грудной клетки	Денервационный

*Примечание.* A-D — аутосомно-доминантный; A-R — аутосомно-рецессивный; X-R — рецессивный, сцепленный с X-хромосомой.

Таблица 194

**Клинические дифференциально-диагностические признаки радикулопатий и рефлекторных мышечно-тонических синдромов как осложнений остеохондроза позвоночника (по А.М. Вейну, 2002)**

Радикулопатия	Рефлекторный мышечно-тонический синдром
Интенсивные, острые, периодически простреливающие боли в позвоночнике, иррадиирующие до пальцев кисти или стопы	Локальные, тупые, ноющие, глубокие боли в пределах спазмированной мышцы
Боль провоцируется движением в соответствующем отделе позвоночника, кашлем, чиханием, натуживанием	Боль провоцируется работой спазмированной мышцы или ее растяжением
Характерны истинные симптомы натяжения	Наблюдаются псевдосимптомы натяжения
Характерны сопровождающие боль симптомы: онемение, покалывание, жжение	Сопровождающие симптомы не характерны
Симптомы выпадения функций корешка (чувствительные, двигательные нарушения, гипотрофия мышц, снижение или выпадение сухожильных рефлексов в зоне иннервации пораженного корешка) присутствуют	Симптомы выпадения отсутствуют



Таблица 195

**Отличительные признаки радикулопатии и рефлекторной люмбоишалгии**

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания	
	Радикулопатия	Рефлекторная люмбоишалгия
Возможные причины	Грыжа диска. Артроз фасеточных суставов. Гипертрофия желтой связки. Остеофиты	Функциональная блокада или нестабильность ПДС. Артроз фасеточных суставов. Миофасциальный синдром. Грыжа диска. Артроз тазобедренного сустава
Характер боли	Интенсивная стреляющая или пронизывающая	Постоянная ноющая, часто глубинная и диффузная
Локализация боли	Часто односторонняя	Часто двусторонняя
Иррадиация боли	По дерматому, обычно в его дистальную часть	По миотому или склеротому, редко опускается ниже колена
Симптомы натяжения	Выражены	Могут присутствовать
Сухожильные рефлексы	Снижены или выпадают	Обычно сохранены
Снижение чувствительности и парестезии	В зоне иннервации корешка	Отсутствуют
Слабость и атрофия мышц	В зоне иннервации корешка	»

Таблица 196

**Дифференциальный диагноз различных форм энуреза**  
(по Н.А. Коровиной, Л.П. Гаврюшовой, И.Н. Захаровой, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Невротического генеза	Неврозоподобный	Генетически обусловленный	При патологии ЦНС и спинного мозга	При урологической патологии
Дебют	Четкая связь со стрессом, психической травмой	Чаше с рождения, может быть после физической травмы, инфекции	С рождения	С момента развития основной патологии	С момента развития основной патологии
Отягощенная наследственность по энурезу	—	—	Да	—	Может быть
Отягощенная наследственность по почечной патологии	—	—	—	—	Нет, но может быть
Энурез только ночной	Чаше ночью, реже днем	Не всегда	Да	—	—
Сочетание с дневным энурезом	Может быть	Может быть	Нет	Часто	Может быть
Частота энуреза за ночь	Нечасто, нерегулярно, не постоянно	Регулярно, может несколько раз за ночь	До 1–2 раз	Более 1–2 раз	Более 1–2 раз

Дифференциально-диагностические признаки	Невротического генеза	Неврозоподобный	Генетически обусловленный	При патологии ЦНС и спинного мозга	При урологической патологии
Наличие дневного недержания мочи	Не характерна	Может быть при НДМП	Не характерна	Может быть	Может быть
Дизурия	»	Не характерна	»	Не характерна	Возможна при присоединении ИМС
Ночная полиурия	»	»	Очень характерна	»	Возможна при нарушении функции почек
Характер сна	Беспокойный, поверхностный, тревожный	Может быть глубокий сон	Может быть глубокий	Может быть нарушен	Не нарушен
Симптомы невроза	Характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны
Вегетативные нарушения	Могут быть	Характерны	»	Характерны	Могут быть
Запоры	»	Возможны	»	»	»
Костные аномалии	—	—	—	Могут быть	»
Течение энуреза	Купируется после ликвидации причинного фактора	Чаше монотонное, у части уменьшение с возрастом	Постепенное уменьшение частоты с возрастом	Зависит от характера основной патологии	Зависит от характера основной патологии

Таблица 197

**Вегетативные признаки, позволяющие предположительно разделить лиц без психических нарушений и нуждающихся в консультации**  
(по А. Северному, И. Киреевой, Г. Осокиной и соавт., 1991)

Вегетативные характеристики	Психиатрическая оценка	
	Психически здоровые	Психически больные
Вегетативный статус	Вегетативная лабильность	Синдром вегетативной дистонии
	Только парциальные	И парциальные, и генерализованные
Вегетативные кризы	Только «ситуационные»	И «ситуационные», и аутохтонные
Артериальное давление	Только транзиторная («ситуационная») гипертензия	Периодическая гипер- и гипотензия
Гиперсимпатикотония в покое	Не характерна	Возможна
Реакция ЧСС на отрицательные эмоции	Учащение	Отсутствие реакции
Реакция ЭЭГ на повторные индифферентные стимулы	Синхронизация	Десинхронизация

Таблица 198

**Материалы для дифференциальной диагностики некоторых психических расстройств (по М. Раттеру, 1987)**

Психические расстройства	Возраст возникновения нарушения	Пол	Трудности чтения	Органические дисфункции	Разногласия в семье	Эффект лечения	Прогноз (при сохранении нарушения)
Эмоциональные расстройства	В любом	м., д.	—	±	—	++++	Невроз/депрессия
Расстройства поведения	В любом	м.	++	±	++	+	Правонарушения, расстройства личности
Гиперкинетический синдром	До 5 лет	м.	+++	+	+	+	Расстройства личности, психоз
Аутизм	До 2,5 лет	м.	+++	++	—	+	Нарушение речевого и социального развития
Шизофрения	После 7 лет	м., д.	+	±	±	±	Приступообразный или хронический психоз
Нарушения развития	Младенчество	м.	+++	+	—	++	Трудности в обучении

*Примечание.* м. — мужской; д. — дети; (+), (++) , (+++) , (++++), (±), (+), (—) — степень выраженности расстройств.

Таблица 199

**Дифференциальная диагностика органических психозов и психозов, развивающихся на фоне психических заболеваний (по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)**

Дифференциально-диагностические признаки	Психозы	
	органический	на фоне психического заболевания
Характер начала психоза	Острое	Незаметное; характерно наличие предварительных эпизодов
Преморбидный фон	В анамнезе токсикомания	Низкий уровень социального и сексуального развития
Ментальный статус	Снижение чувствительности ЦНС	Нормальная чувствительность ЦНС
Ориентация	Нарушена	Обычно в норме
Память	Потеря памяти на недавнее событие	То же
Соматический статус	Изменен (тахикардия, лихорадка)	»
Вид галлюцинаций	Зрительные и слуховые	Слуховые
Реакция на проводимую терапию	Быстрое улучшение состояния	Улучшение состояния

Таблица 200

**Основные критерии дифференциации невротического  
и патохарактерологического развития личности**  
(по В.М. Блейхеру, Г.Л. Воронкову, Вл. Иванову, 1989)

Диагностические критерии	Патохарактерологическое развитие	Невротическое развитие
Анамнестические сведения	Устойчивый комплекс негативных эмоций и представлений	Пролонгированный невротический синдром
Тип реакции на психогению	Недифференцированное стереотипно-неадекватное реагирование	Полиморфное реагирование с относительно дифференцированными реакциями
Сфера преимущественного реагирования	Аффективная возбудимость	Соматовегетативная возбудимость
Расстройства сферы влечений	Выражены	Не выражены
Настроение	Нестабильное	Стойкий депрессивный фон
Соответствие переживания сущности вредности	Имеется	Отрыв переживания от сущности вредности
Реакция личности на характерологический сдвиг	Слабо выражена	Переживание неполноценности, ущербности
Особенности течения	Постепенное выявление психопатического цикла с тенденцией к моносиндромности	Фиксация не свойственных личности астенических, истерических, обсессивных черт; полисиндромность
Особенности межличностных отношений	Усиливающееся ухудшение	Сохранность
Осознание личностных изменений	Отсутствует	Имеется
Степень стабильности симптомов	Нарастающее усложнение клинической картины	Устойчивость, малая изменчивость клиники

Таблица 201

**Дифференциально-диагностические критерии бессудорожных пароксизмальных проявлений при эпилепсии и истерическом неврозе**  
(по В.М. Блейхеру, Г.Л. Воронкову, Вл. Иванову, 1989)

Дифференциально-диагностические признаки	Эпилепсия	Истерический невроз
Психические расстройства	Возникают вне связи с внешними факторами	Развиваются при наличии психогенно-травмирующей ситуации
Вегетососудистые, сенсорные и моторные симптомы	Строго ограничены во времени	Поддерживаются психогенно-травмирующей ситуацией — ее длительностью, содержанием и дополнительными астенизирующими факторами
Изменение сознания	Частичное изменение или полное выключение	Не нарушено или аффективно сужено

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 201

Дифференциально-диагностические признаки	Эпилепсия	Истерический невроз
Постпароксизмальное оглушение и явления олигофазии	Возможно	Элементы демонстративности в поведении, истерический мутизм
Частота пароксизмов в течение заболевания	Типичное учащение	Колеблется в зависимости от ситуационных факторов
Судорожные припадки	Развиваются постоянно	Наблюдаются крайне редко
Изменение личности	Проявление эпилептических черт	Невротические черты
Характер истерических симптомов	Проявляются в качестве патопластических признаков и не имеют характера целевой установки	Занимают по отношению к пароксизмальным проявлениями ведущее положение
Особенности ЭЭГ	Пароксизмальные разряды или явления десинхронизации биоэлектрических процессов	Биоэлектрическая картина мозга в пределах физиологической нормы либо с явлениями депривации психических процессов
Медикаментозные средства, с помощью которых купируется приступ	Противосудорожные	Транквилизаторы

Таблица 202

**Дифференциальный диагноз эпилептических и психогенных припадков**  
(по Д.Р. Штульману, О.С. Левину, 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Эпилептические припадки	Психогенные припадки
Возраст начала	Любой, в том числе ранний детский	Чаще старший детский или взрослый
Начало	Обычно внезапное, иногда предшествует кратковременная аура	Часто постепенное, предшествуют переменные неспецифические симптомы, нередко связанные с гипервентиляцией
Наличие наблюдателя	Необязательно	Почти обязательное условие
Возможность индукции припадка внушением	Нет	Часто
Продолжительность припадка	Часто менее 2 мин	Обычно более 2 мин
Тип припадка	Обычно поддается классификации	Необычные, причудливые проявления, которые трудно классифицировать
Стереотипность	Характерна	Вариабельные припадки
Двигательные проявления	Двусторонние синхронные судороги (при генерализованных припадках)	Ригидность, квазиклонические поочередные асинхронные движения конечностей, мотание головы и туловища из стороны в сторону, истерическая дуга

Дифференциально-диагностические признаки	Эпилептические припадки	Психогенные припадки
Вокализация	Возможны резкий крик в начале припадка или мычащие звуки во время клонической фазы	Рыдания, стоны, вопли, иногда отдельные слова, произносимые с драматической или мистической интонацией
Травма во время припадка	Часто	Отсутствует или незначительная (если нет тенденции к самоповреждению)
Ночные припадки	Нередко	Редко (предварительно больной просыпается)

Таблица 203

### Дифференциальная диагностика невротического и неврозоподобного заикания (по А.С. Петрухину, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Заикание	
	невротическое	неврозоподобное
Состояние речевой функции до болезни	Нормальная или ускоренная речь	Возможны задержка речевого развития, легкая дизартрия, косноязычие
Начало болезни	Острое, подострое, реже постепенное	Постепенное
Связь с психотравмирующей ситуацией	Отмечается	Не отмечается
Судороги дыхательно-речевой мускулатуры	Чаше носят тонический характер	Преимущественно клонические (повторение звуков и слогов)
Неврологическая симптоматика	Возможна рассеянная неврологическая симптоматика	Рассеянная церебральная симптоматика резидуального характера затруднения при выполнении тонких движений
Особенности течения	Характерны ремиссии и рецидивы	Стойкое и стабильное течение
Эффективность лечения	Относительно легко поддается лечению	Трудно поддается лечебным воздействиям

Таблица 204

### Дифференциальная диагностика неврогенной анорексии и неврогенной булимии (по Р.А. Полину, М.Ф. Дитмару, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Неврогенная анорексия	Неврогенная булимия
Использование слабительных диуретиков и рвотных средств	Не характерно	Характерно
Потеря в массе тела	Значительная	Меньшая, боязнь ожирения
Возраст	Молодой	Более старший
Наличие чувства голода	Отрицается	Признается

Продолжение таблицы ↙

Окончание табл. 204

Дифференциально-диагностические признаки	Неврогенная анорексия	Неврогенная булимия
Пищевое поведение	Признается имеющим право на существование	Извращено
Сексуальная активность	Снижена	Сохранена
Психоэмоциональные реакции	Навязчивые страхи с паранормальными признаками	Истерические проявления
Характер <i>mensis</i>	Аменорея	Нерегулярные или отсутствуют
Причина возможного летального исхода	Истощение или самоубийство	Гипокалиемиия или самоубийство

### 3.11. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Таблица 205

Дифференциально-диагностические признаки острого аппендицита  
(по Ю.Е. Вельтишеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

Дифференциально-диагностические признаки	Острый аппендицит	Инвагинация	Острые кишечные заболевания (инфекции)	Острая пневмония
Температура тела	До 38 °С	Вначале нормальная, при шоке даже сниженная	Иногда высокая	До 39–40 °С
Дыхание	Не изменено	Не изменено	Не изменено	Кашель, одышка, участвуют вспомогательные мышцы
Рвота	Часто	Сильная	Часто	Иногда
Стул	Запоры, иногда понос	Вначале не изменен, затем со слизью и кровью	Частый, жидкий	Задержка стула, запор
Местные изменения	Напряжение мышц брюшной стенки, боль при пальпации	Пальпируется инвагинат, позднее — напряжение мышц	Разлитая гиперчувствительность, но боли при пальпации нет	Разлитая гиперчувствительность
Ректальное исследование	Болезненное, инфильтрат справа	Слизь и кровь на пальце, иногда инвагинат	Нет местной болезненности	Без особенностей
Число лейкоцитов в крови	$(10-16) \times 10^9/\text{л}$	Вначале не увеличено	Может быть повышено	Лейкоцитоз
Рентгенологическое исследование	При подозрении введение контрастного вещества противопоказано	Чаши Клойбера, растяжение складок слизистой оболочки, расширение выше места препятствия	Метеоризм, иногда (при парезе) уровни жидкости (чаши Клойбера)	Затемнение в легких

Таблица 206

**Дифференциальный диагноз механической и динамической (паралитической) непроходимости кишечника**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Непроходимость кишечника	
	механическая	динамическая (паралитическая)
Предшествующее заболевание	Наличие грыжи, перенесенная брюшная операция или воспалительный процесс: может отсутствовать	Острый перитонит, тяжелая дегидратация с гипокалиемией; токсические общие инфекции
Температура	Обычно нет, повышение появляется позднее	Повышение обнаруживается обычно в начале заболевания
Боль в животе	Начальная, острая, коликообразная до нетерпимой	При перитоните диффузная, непрерывная; при токсическом параличе может отсутствовать
Общее состояние	Постепенное ухудшение	Вообще тяжелое
Явления коллапса	Начальные	Поздние
Рвота	Начальная, рефлекторная алиментарная с примесью при низкой непроходимости кишечника до фекулентной	Усиливается параллельно вздутию живота, с примесью желчи до фекулентной
Задержка газов и испражнений	Постоянный признак после опорожнения подлежащего отдела кишки	Важный признак; необязательный у новорожденных и грудных детей
Вздутие живота	Только при низко расположенном препятствии	Основной и обязательный признак
Видимая перистальтика	Возможна, вплоть до частой выше препятствия	Отсутствует; можно увидеть паралитически вздутые кишечные складки
Мышечная защита	В начальном периоде отсутствует, появляется вторично	Имеется при перитоните, отсутствует при токсическом и гипокалиемическом параличе
Аускультация	Бурные перистальтические волны металлического оттенка	Слабая вплоть до отсутствия перистальтики — «гробовая тишина»
Индиканурия	Отсутствует или положительна в зависимости от уровня непроходимости кишечника	Сильно положительная
Лейкоцитоз	В начальном периоде отсутствует, появляется впоследствии	Обычно обнаруживается в зависимости от основного заболевания
Рентгеновское исследование	Выраженные водно-воздушные тени с большим количеством жидкости	Преобладает вздутие от газов, водно-воздушных теней меньше



Таблица 207

**Дифференциальный диагноз между паралитической, обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимостью**

Дифференциально-диагностические признаки	Паралитическая непроходимость	Обтурационная непроходимость	Странгуляционная непроходимость
Анамнез	Часто язва или желчная колика или другие поражения органов живота. Аппендицит, внематочная беременность	Раковый анамнез, камни желчного пузыря, запоры, ранее перенесенная лапаротомия	Запоры, ранее перенесенная лапаротомия, часто отсутствие каких-либо симптомов, указывающих на поражение брюшной полости
Начало	В зависимости от основного заболевания: внезапное (перфорация) или постепенное (лапаротомия)	Всегда постепенное	Среди полного здоровья
Боли	Сильные, постоянные	Менее интенсивные	Жесткие, часто коликообразные
Метеоризм	Диффузный, очень выраженный (живот как барабан)	Менее выражен	Локальное вздутие
Перистальтика	Полностью отсутствует («мертвая тишина»)	Усилена, спастические сокращения	Вначале имеется, позже отсутствует
Общее состояние	Крайне резко нарушено, часто шок	Мало нарушено, без шокового состояния	Резко нарушено, большей частью шоковым состоянием

Таблица 208

**Дифференциальная диагностика инвагинации и кишечных заболеваний у детей**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1979)

Дифференциально-диагностические признаки	Инвагинация	Энтероколит, дизентерия
Сезон	Без значения	Летне-осенний
Старт болезни	4–10 мес. жизни	До 2 лет
Начало	Внезапное	Острое
Первый признак	Боль в животе	Понос
Температура	Нет, повышается поздно	Вначале уже повышена
Рвотные массы	С примесью желчи	Пища
Стул	1–2 или отсутствует	8–10–15 с тенезмами
Испражнения	Скудные, только слизь и кровь	Фекальные, слизисто-кровявые и гнойные
Лейкоцитоз	Редко, поздний	Часто, ранний
Ирригоскопия	Дефект в заполнении ободочной кишки	Свободное заполнение ободочной кишки

Таблица 209

**Дифференциальный диагноз инвагинаций и острой дизентерии  
у детей раннего возраста**

(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

Дифференциально-диагностические признаки	Инвагинация	Дизентерия
Начало заболевания	Внезапное. Резкое беспокойство, нормальная или субфебрильная температура	Начало острое, вялость, иногда беспокойство. Лихорадка. Токсический
Характер болей	Резкие приступы (вплоть до шокового состояния), двигательное беспокойство во время болей. В межприступный период дети дремлют	Приступы нерезких болей перед дефекацией
Рвота	Однократная, повторная	Не всегда
Живот	Умеренно вздут, иногда видны перистальтические волны. В межприступный период живот мягкий. Инвагинат пульсирует в виде валика	Мягкий, втянутый, спастически сокращенная сигма
Стул	Задержка стула и отхождения газов. В первые часы может быть стул из нижних отделов кишечника, позже выделение крови и слизи	Нарастание кишечных явлений. Стул жидкий с примесью слизи и зелени, в кале прожилки крови, слизь с прожилками крови
Состояние ануса	Сомкнут	Податлив или зияет
Тенезмы	—	Наблюдаются
Ректальное исследование	Ампула прямой кишки пуста, на пальце кровь или кровянистая слизь	Ампула прямой кишки содержит слизистые выделения с примесью крови

Таблица 210

**Разграничение причин объемных образований в области мошонки  
в зависимости от пораженных анатомических структур (по Р.Б. Тейлору, 1995)**

Структуры	Причины
Яичко	Орхит. Ушиб. Первичная или вторичная опухоль
Белочная оболочка	Киста. Опухоль
Влагалищная оболочка	Гидроцеле
Придаток яичка	Эпидидимит. Сперматоцеле. Опухоль
Привесок придатка или яичка	Заворот
Семенной канатик	Перекрут. Варикоцеле. Грыжа
Семявыносящий проток	Сперматоцеле. Гранулема после вазэктомии
Мошонка	Отек

Таблица 211

**Материалы к дифференциальной диагностике объемных образований в мошонке в различных возрастных группах (по Р.Б. Тейлору, 1995)**

Возрастные группы	Заболевания
Новорожденные	Перекрут семенного канатика. Ущемленная паховая грыжа. Гидроцеле. Разрешившийся мекониевый перитонит
Дети и подростки	Перекрут семенного канатика. Перекрут аппендиксов яичка или придатка. Ушиб яичка. Орхит при свинке. Эпидидимит. Гидроцеле. Сперматоцеле. Опухоль. Варикоцеле. Отек
Взрослые	Эпидидимит. Гидроцеле. Паховая грыжа. Опухоль. Варикоцеле

Таблица 212

**Дифференциальная диагностика перекрута яичек и эпидидимита**  
(по W.P. Adelman, A. Joffe, 2000; цит. по А.Г. Румянцеву, М.В. Тимаковой, С.М. Чечельницкой, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Перекрут	Эпидидимит
Кремастерный рефлекс	Обычно положительный	Обычно отрицательный
Изменения эпидидимиса	Нечеткие или кпереди	Пальпируются и напряжены
Начало болезни	Острое	Несколько часов/дней
Наличие в анамнезе этих болезней	50% случаев	Обычно отсутствует
Симптом Прена	Отсутствует: нет облегчения, или усиление боли при поднятии мошонки	Присутствует: боль ослабевает при поднятии мошонки
Дизурические явления	Отсутствуют	Может быть дизурия
Окраска по Граму	Негативна	Может быть позитивна на грам-отрицательные внутриклеточные диплококки или лейкоциты
Анализ мочи	Обычно не изменен	Первая порция мочи позитивна на лейкоциты и/или эстеразную активность лейкоцитов

**Дифференциально-диагностические признаки некоторых воспалительных заболеваний костей**  
(по М.В. Волкову, Л.И. Самойловой, Т.П. Виноградовой, 1991)

Дифференциально-диагностические признаки	Гематогенный остеомиелит	Травматический остеомиелит	Туберкулез кости	Сифилис кости	Бруцеллез кости
Начало и течение болезни	Острое начало, бурное развитие	Острое начало в первые дни (недели после травм)	Незаметное начало, постепенное развитие	Незаметное начало, постепенное, медленное течение	Постепенное начало, медленное развитие
Общее состояние больного	Тяжелое	Тяжелое, реже средней тяжести	Обычно нетяжелое	Удовлетворительное	Зависит от поражения других органов, чаще нетяжелое
Температура тела	Высокая, иногда интермиттирующая	Высокая	Субфебрильная	Нормальная или временно умеренно повышенная	Умеренная, перемежающаяся
Число пораженных костей	Обычно одна	Обычно одна	Обычно одна, реже две смежных или несколько мелких	Чаще несколько (большеберцовая, локтевая кости, ключица), реже одна	Часто несколько
Локализация в длинной трубчатой кости	Метафиз с переходом на диафиз (у детей раннего возраста — эпифиз)	В области повреждения кости	Эпифиз и метафиз, реже диафиз	Диафиз с переходом на метафиз	Эпифиз
Распространенность в кости	Чаще поражается большая область	Различная, чаще ограниченная	Обычно небольшая	Значительная, реже ограниченная	Небольшая
Характер деструктивных очагов	Несколько или много деструктивных очагов, реже одна полость	Многочисленные мелкие очаги	Немногочисленные крупные очаги	Один или несколько очагов, чаще поверхностно расположенных	Множественные мелкие деструктивные очаги
Секвестрация	Крупные, плотные, солитарные секвестры, часто кортикальные и тотальные	Крупные и мелкие продолговатые секвестры, часто кортикальные	Небольшие губчатые секвестры, при диафизарном поражении — мелкие, тонкие	Секвестры мелкие и плотные, возникают редко	Обычно не наблюдается

Продолжение таблицы ↪

Дифференциально-диагностические признаки	Гематогенный остеомиелит	Травматический остеомиелит	Туберкулез кости	Сифилис кости	Бруцеллез кости
Репаративные изменения	Возникают рано в виде очагов остеосклероза	Возникают рано, сочетаются с развитием костной мозоли между отломками	Возникают поздно, выражены слабо (за исключением диафизарных поражений)	Рано развивается выраженный склероз (без остеопороза)	Выражены не резко, развиваются медленно
Состояние надкостницы	Быстро развивается отслоенный периостит с прорывами в местах свищей, в нее бахромчатый периостит	Отслоенный и позднее бахромчатый периостит	Мало изменена (но при диафизарных поражениях имеются мощные наслоения)	Обширные плотные периостальные наслоения	Мало изменена
Состояние ближайшего сустава	Обычно не изменен	Может быть сопутствующее воспаление, а при длительном течении — контрактуры	Процесс часто переходит на сустав	Обычно не изменен	Часто поражаются связки, синовиальные сумки, суставная капсула, возникают краевые костные разрастания, отложения солей кальция

Таблица 214

### Дифференциальная диагностика сосудистых невусов и капиллярных гемангиом (по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциальная диагностические признаки	Сосудистые невусы	Капиллярные гемангиомы
Частота встречаемости патологии	Часто (у 10% детей младше 1 года)	Редко (0,1–0,3%)
Возраст выявления	Часто неразличимы при рождении (становятся более заметными в возрасте 2–52 нед.)	Выявляются сразу после рождения
Цвет образований	Ярко-красный	От бледно-розового до синекоричневого (с годами темнеет)
Наличие границы	Четкая	Нечеткая
Преимущественная локализация	Кожа головы и шеи (в 40–60% случаев)	Чаще на коже волосистой части головы и на лице, но могут появляться на любом участке тела
Характер роста образований	Ускоренный	Пропорциональный, темпы которого совпадают с темпами общего роста ребенка
Патоморфологическая картина	Пролиферация ангиобластических эндотелиальных клеток в сочетании с дилатацией капилляров различной стенки выраженности	Дилатация капилляров дермы
Исход процесса	В 90–96% случаев до 9-летнего возраста отмечается его спонтанная инволюция	Инволюция не характерна; возможны потемнения и гипертензия

Таблица 215

### Дифференциальная диагностика флегмон челюстно-лицевой области (цит по С.А. Симбирцеву, Н.Н. Гурину, 1996)

Виды флегмон	Причинный зуб	Воспалительная инфильтрация	Мышечная контрактура	Боли при глотании
Флегмона поднижнечелюстного пространства	6   6*	+	–	–
Флегмона подподбородочного пространства	3 2 1   1 2 3	+	–	–
Флегмона щеки	Жевательные зубы верхней и нижней челюстей	+	–	–
Флегмона поджевательного пространства	7   7*	–	+	–
Флегмона крыловидно-челюстного пространства	8   8	–	+	4–

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 215

Виды флегмон	Причинный зуб	Воспалительная инфильтрация	Мышечная контрактура	Боли при глотании
Флегмона подвисочного пространства	8 7   7 8*	—	+**	+
Флегмона височного пространства	—	±	+	—
Флегмона дна рта	Любой зуб на нижней челюсти	+	—	±
Флегмона окологлоточного пространства	—	—	—	+

\* Редко причиной флегмоны может быть и другой больной зуб.

\*\* Больные свободно открывают рот, но невозможны боковые движения нижней челюсти в здоровую сторону.

Таблица 216

### Дифференциальная диагностика пульпита и периодонтита (цит. по С.А. Симбирцеву, Н.Н. Гурину, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Пульпит	Периодонтит
Характер боли	Приступообразные, не локализованные, усиливаются в ночное время и от термических раздражителей	Постоянные. Локализованные
Симптом «выросшего зуба»	Отсутствует	Характерен
Реакция на зондирование дна кариозной полости	Болезненная	Отсутствует
Реакция на перкуссию	Отсутствует	Болезненная
Реакция на термические раздражители	Болезненная	Отсутствует
Реакция переходной складки	Отсутствует	Болезненная

Таблица 217

### Разграничительные психические нарушения при черепно-мозговой травме (по А.Г. Гофману, 2006)

Психические нарушения	Виды черепно-мозговой травмы				
	Сотрясение головного мозга	Отек головного мозга	Внутричерепное кровоизлияние	Внутричерепная гематома	Повреждение головного мозга при открытой травме
Амнезия острая	+++	+++	+++	+++	+++
Нарушение сознания	+	++	+++	+++	+++
Делирий острый	+	+++	++	++	++
Хронический амнестический синдром	—	+	+++	++	++
Вегетативные сдвиги	—	—	+	+	++

Психические нарушения	Виды черепно-мозговой травмы				
	Сотрясение головного мозга	Отек головного мозга	Внутричерепное кровоизлияние	Внутричерепная гематома	Повреждение головного мозга при открытой травме
Делирий затяжной	—	—	—	+	—
Деменция	—	—	+++	++	+++
Депрессия	—	—	++	++	—
Изменение личности	—	—	+++	++	+++

Примечание. (+) — легкое, (++) — средней тяжести, (+++) — тяжелое.

Таблица 218

### Клиническое разграничение повреждений и заболеваний органов зрения (по Э.К. Цыбулькину, 1987)

Повреждения и заболевания органов зрения	Основные дифференциально-диагностические признаки	Вспомогательные признаки	Предварительный диагноз
<i>Повреждение области глаза</i>			
Ранение	Нарушена целостность мягких тканей	Глаз цел, зрение полное	Легкое ранение века
	Разрыв края века или отрыв века	То же	Тяжелое ранение века
	Колотая рана в области века, экзофтальм, мозговые симптомы	Зрение обычно снижено	Подозрение на ранение орбиты (мозга)
	Помутнение в роговице, хрусталике, деформированный в виде «капли» зрачок, дефект в радужке, кровоизлияние на склере, глаз мягкий на ощупь	Зрение значительно снижено или отсутствует	Подозрение на прободное ранение глазного яблока
	Зияющая рана роговицы или склеры, выпадение радужки, сосудистой оболочки; инородное тело в передней камере	—	Прободное ранение глазного яблока
Ушиб	Подкожное кровоизлияние, отек века	Глаз цел, зрение полное	Контузия века
	Боль при мигании, плоские кровоизлияния на склере; расширение зрачка	То же	Контузия глазного яблока средней тяжести
	Кровь в передней камере, деформация радужки, серый отблеск в зрачке	Зрение значительно снижено	Тяжелая контузия глазного яблока
	Сильные боли в глазу и голове, тошнота, глаз покраснел и тверд на ощупь, зрачок неравномерно расширен	То же	Вывих хрусталика с ущемлением его в зрачке
	Выступающая гематома под конъюнктивой, кровь в передней камере, глаз очень мягок	»	Подконъюнктивальный разрыв склеры

Продолжение таблицы 4



Продолжение табл. 218

Повреждения и заболевания органов зрения	Основные дифференциально-диагностические признаки	Вспомогательные признаки	Предварительный диагноз
Термический ожог	Гиперемия и отек век, пузыри на коже	Глаз интактен	Ожог век
	Гиперемия и отек конъюнктивы; прозрачность роговицы нарушена, но сквозь нее еще виден рисунок радужки	Зрение снижено	Ожог глазного яблока
	Резкая гиперемия и отек век, конъюнктивы с очагами некроза; роговица мутная (зрачок почти не виден)	Зрение значительно снижено	Тяжелый ожог глаза
Лучевой ожог	Резкая светобоязнь, блефароспазм, слезотечение, покраснение глаз	Зрение обычно полное	Ультрафиолетовый ожог глаз
	Снижение зрения, особенно сумеречного; темное пятно в поле зрения	Наблюдал за солнечным затмением	Временное «ослепление» (ожог сетчатки) видимым светом
Попадание за веки чужеродных частиц или едкой жидкости	Царапающая боль в глазу при мигании; соринка под верхним веком или на роговице	Зрение полное	Иностранное тело на конъюнктиве или роговице
	Боль в глазу, слеза окрашена в фиолетовый цвет, помутнение в конъюнктиве	Зрение может снижаться	Повреждение глаза «химическим» карандашом
	Гиперемия век, пятнистая (красно-белая) конъюнктивита, сквозь мутную роговицу зрачок плохо различим	Зрение значительно снижено	Тяжелое химическое поражение глаза
<i>Острое глазное заболевание</i>			
Боль и гиперемия в области век	На небольшом участке у края века	Глаз интактен, зрение полное	Ячмень
	В наружной части верхнего века с отеком и отвисанием его края, слезотечение	Возможно двоение	Острый дакриоденит
	У внутреннего угла глазной щели с отеком, слезотечение	Зрение полное	Острый дакриоцистит
	По всей поверхности века со значительным отеком; птоз, флюктуация	То же	Абсцесс века
	Захвачены оба века, сильный отек, экзофтальм, неподвижность глаза, признаки общей интоксикации	Зрение снижено	Флегмона глазницы
Боль, гиперемия глазного яблока, отделяемое из глазной щели	Отделяемое появилось: — в первые дни жизни; — через неделю после рождения или позже	Отделяемое обильное, сукровичное, затем гнойное Отделяемое гнойное	Гонобленнорея Бактериальный конъюнктивит

Повреждения и заболевания органов зрения	Основные дифференциально-диагностические признаки	Вспомогательные признаки	Предварительный диагноз
Изменение зрачка	Зрачок не изменен	Искажен отблеск с роговицы, в ней очаг помутнения, чувствительность может быть снижена	Кератит
	Зрачок сужен	Изменение цвета и смывость рисунка радужки, экссудат в передней камере, боли при пальпации и при попытке читать	Иридоциклит
Выраженное ухудшение зрительной способности	Зрение снижено только вдаль Зрение снижено только вблизи	Веки и глаз интактны То же	Спазм аккомодации. Паралич (парез) аккомодации
	Общее снижение зрения (до слепоты)	Заболевание возникло внезапно; часто в анамнезе эндокардит, перелом трубчатой кости	Острое нарушение кровообращения в глазу
		Заболевание развилось не сразу, в анамнезе рассеянный склероз, тубинфицированность, синусит	Острое заболевание зрительного нерва или сетчатки

# Глава 4

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ СИНДРОМОВ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

### 4.1. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Таблица 219

Материалы к дифференциальной диагностике болевого синдрома

Дифференциально-диагностические признаки	Состояния, обуславливающие болевом синдром
Ограничение движений одной из конечностей	Остеомиелит, артрит, неоплазма, перелом, вывих, повреждение мягких тканей, состояние после растяжения
В положении стоя наклон преимущественно в сторону, в положении лежа — на спине, чаще на спине с подтянутым к животу коленями	Воспалительные процессы в области живота, боль в грудной клетке, колики мочеточниковые, кишечная инвагинация, «острый живот», ущемленная грыжа
Необычная подвижность, ограничение всяких движений, в том числе дыхательных экскурсий	Множественные переломы, симуляция несчастного случая или неправильных действий, плевральная боль, «острый живот», особенно перитонит, цинга, тяжелый врожденный сифилис
Неправильное положение рук и ног	Переломы, вывихи, подвывихи

Таблица 220

Дифференциальная характеристика соматической и нейропатической боли  
(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1993)

Соматическая боль	Нейропатическая боль
Болевой раздражитель обычно очевиден	Болевой раздражитель не определяется
Боль обычно хорошо локализована; может отражаться в другие органы	Боль часто плохо локализована
Боль напоминает больному эпизоды боли, перенесенные им раньше	Боль носит необычный характер, отличный от соматической боли
Боль уменьшается под действием противовоспалительных средств и наркотических анальгетиков	Боль лишь частично поддается действию наркотических анальгетиков

Таблица 221

**Дифференциальная диагностика висцеральных болей**

(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1993)

Локализация боли	Вероятное поражение органа	Возможное заболевание
Загрудинная эпигастральная область	Пищевод	Пептический эзофагит, сужение пищевода, спазм пищевода, рак
Эпигастральная область	Желудок	Гастрит, язва желудка, рак
	Двенадцатиперстная кишка (первая и вторая ее части)	Язва двенадцатиперстной кишки
Вокруг пупка	Тонкий кишечник (исключая первую и вторую части двенадцатиперстной кишки)	Гастроинтерит, лимфома, непроходимость кишечника
Эпигастральная область, правый верхний квадрант живота, правая верхняя часть спины	Желчный пузырь	Желчнокаменная болезнь, холецистит
Эпигастральная область, левый верхний квадрант живота, левая половина спины	Поджелудочная железа	Панкреатит, рак поджелудочной железы
Правый верхний квадрант живота	Печень	Гепатит, цирроз
Ниже пупка	Толстый кишечник	Колит, рак, частичная непроходимость кишечника

Таблица 222

**Дифференциально-диагностические признаки головной боли**

(по Д.Р. Штульману, О.С. Левину, 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Возможные причины
Внезапное начало	Субарахноидальное кровоизлияние. Кровоизлияние в опухоль. Алоплексия гипофиза. Объемное образование задней черепной ямки
Лихорадка, менингеальный синдром, сыпь, системные проявления	Менингит. Энцефалит. Общая инфекция. Васкулиты
Прогрессирующая головная боль	Объемное образование. Лекарственная зависимость
Очаговые неврологические симптомы	Объемное образование. Инсульт. Артериовенозная мальформация. Васкулиты. Антифосфолипидный синдром
Отек дисков зрительных нервов	Объемное образование. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия

## Дифференциальная диагностика основных типов головной боли

(по J. Patten; цит. по Е. Браунвальду, К. Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1993)

Тип головной боли	Локализация	Возраст и пол	Клинические черты	Временные особенности	Изменчивость характера боли в течение жизни	Провоцирующие факторы	Сопутствующие проявления
Обычная мигрень	Лобно-височная. Одно- или двусторонняя	Дети, взрослые среднего возраста, женщины > мужчины	Пульсирующая и/или ноющая, продолжительная, тупая, но не интенсивная; сильнее выражена на одной стороне (в глазу или за ухом), тошнота или рвота. Становится генерализованной	При пробуждении или в течение дня. Длительность: от нескольких часов до 1–2 дней	Нерегулярный интервал от недели до месяцев. Имеет склонность исчезать в среднем возрасте и во время беременности	Яркий свет, шум, напряжение, алкоголь. Темная комната и недосыпание. Чувствительность волосистой части кожи головы. Гипотензивные средства	Тошнота в некоторых случаях
Классическая мигрень	То же	То же	То же; обычно наблюдаются зрительные продромальные нарушения зрения	То же	То же	То же	Слепота и мерцание. Одностороннее онемение тела. Нарушение речи. Головокружение. Спутанность сознания
Кластерная «гистаминовая» головная боль или мигренная невралгия	Орбитальная. Височная. Односторонняя	Подростки и взрослые мужчины (80–90%)	Интенсивная, неппульсирующая боль	Обычно в ночное время возникает через 1 ч или более после засыпания. Редко в дневное время	Возникает каждую ночь в течение нескольких недель или месяцев (кластерная боль). Рецидив: спустя годы	Алкоголь в многих случаях	Слезотечение, застойный глаз

Тип головной боли	Локализация	Возраст и пол	Клинические черты	Временные особенности	Изменчивость характера боли в течение жизни	Провоцирующие факторы	Сопутствующие проявления
Головные боли при напряжении	Генерализованная	Дети и взрослые обоих полов	Сдавливающая (непульсирующая); напряженность. Продолжительная, тупая, но не интенсивная	Длительные, с меняющейся интенсивностью; продолжающиеся в течение недели или месяца	Один и более периодов в течение нескольких месяцев или лет	Утомление и нервное напряжение	Депрессия, повышенная возбудимость, состояние страха, бессонница
Раздражение мозговых оболочек (менингит, субарахноидальное кровоизлияние)	—	Любой возраст; оба пола	Интенсивная, (глубоко локализованная боль, может быть сильнее в области шеи)	Длительность от нескольких дней до нескольких недель и более	Единичные случаи	—	Ригидность затылочных мышц при наклоне шеи вперед. Симптомы Кернига и Брудзинского
Опухоли мозга	—	То же	Изменчивой по интенсивности. Может разбудить больного. Стойкая боль	Длится от нескольких минут до нескольких часов; тяжесть боли возрастает	Однажды в жизни; в течение нескольких недель или месяцев	Иногда положение тела	Отек соска зрительного нерва. Рвота. Замедление процесса мышления
Артериит височной артерии	Односторонняя височная или затылочная	Старше 50 лет, оба пола	Стойкая жгучая, продолжительная, тупая, но не интенсивная боль	Непрерывная или периодическая	Сохраняется от нескольких недель до месяцев	Чувствительность волосистой части кожи головы. Болезненные при дотрагивании до области расположения артерий	Периодическая или постоянная слепота. Ревматическая миалгия. Лихорадка

**Дифференциальная диагностика важнейших заболеваний, сопровождающихся головной болью**  
(по Г.П. Матвейкову, С.И. Тену, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Энцефалитический синдром	Менингиты					Опухоли мозга	Кровоизлияние в мозг
		энцефалит	эпидемический	другие гнойные	туберкулезный	серозный вирусный		
Эпидемиологический анамнез	Контакт с больным	Вирусный	Менингококковая инфекция	—	Больные туберкулезом	Вирусная инфекция	—	Отсутствует, вирусная инфекция (грипп)
Начало	Острое	Острое	Внезапное	Острое	Постепенное	Острое, внезапное	Медленное, постепенное	Острое, постепенное
Характер головной боли	Выраженная	Неопределенная	Очень сильная в области лба	Выраженная	Прогрессивно нарастающая, приступообразная	Умеренная, непродолжительная	Прогрессирующая постоянная	Постоянная
Рвота	Возможна	Частая	Регулярная, начальная	Частая	Регулярная, не зависит от еды	Только в первые дни	Регулярная, не зависит от еды	Может не быть
Характер пульса	Учащенный	Учащенный	Умеренно учащенный	Учащенный	Замедленный	Учащенный	Замедленный	Неопределенный
Состояние сознания	Зависит от основного заболевания	Помрачено уже в начале вплоть до комы	Сохранено, в тяжелых случаях забытие	Редко нарушено	Постепенно наступающее забытие вплоть до комы	Сохранено	Помрачено в поздних стадиях	Неопределенное
Менингеальные симптомы	Слабо выражены	Выражены	Сильно выражены	Выражены	Сильно выражены, усиливающиеся	Умеренно выражены, быстро регрессируют	Слабо выражены	Чаще выражены
Судороги	Возможны	Всегда в начале болезни	Возможны в начале болезни	Преимущественно в раннем возрасте	На 3-й нед.	В виде исключения	В конечных стадиях	Часто

Дифференциально-диагностические признаки	Энцефалитический синдром	Менингиты					Опухоли мозга	Кровоизлияние в мозг
		энцефалит	эпидемический	другие гнойные	туберкулезный	серозный вирусный		
Очаговые изменения, проявления	—	Часто, изменяются в ходе болезни	—	—	На 3-й нед.	—	Часто, постепенно нарастают	Часто, нарастают
Количество лейкоцитов	Зависит от основного заболевания	Норма или лейкопения	Высокий лейкоцитоз	Высокий лейкоцитоз	Норма, редко повышено	Норма или лейкопения	Норма	Норма
Спинномозговая жидкость	Прозрачная, нормальное содержание клеток	Прозрачная, цитоз небольшой лимфоцитарный	Мутная до гнойной, цитоз высокий, нейтрофильный	Мутная до гнойной, нейтрофильный цитоз	Прозрачная, цитоз высокий, лимфоцитарный	Прозрачная, цитоз умеренный, может быть высокий, лимфоцитарный	Прозрачная, под давлением	Геморрагическая

Таблица 225

**Дифференциальный диагноз важнейших заболеваний, сопровождающихся головной болью**  
(по И. Андрееву, И Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1997)

Дифференциально-диагностические признаки	Эпидемический менингит	Другие гнойные менингиты	Туберкулезный менингит	Серозные менингиты	Менингизм	Абактериальные энцефалиты	Опухоли
Эпидемиологическое окружение	Эпидемический менингит	—	Туберкулезные больные	Паротит, кокаси, ЕСНО и другие вирусные инфекции	—	Респираторные катары, вирусные инфекции, прививка оспы	—
Начало	Внезапное	Острое	Постепенное, неясное	Острое	Острое	Острое внезапное	Медленное, неясно

Продолжение таблицы ↵



Дифференциально-диагностические признаки	Эпидемический менингит	Другие гнойные менингиты	Туберкулезный менингит	Серозные менингиты	Менингизм	Абактериальные энцефалиты	Опухоли
Головная боль	Очень сильная, с взвизгиванием, в области лба	Хорошо выраженная	Прогрессивно нарастающая, приступообразная	Не очень сильная, продолжительная	Выраженная	По-разному выраженная	Начальная, прогрессирующая, постоянная, лечение не оказывает влияния
Рвота	Начальная	Частая	Не зависит от еды, регулярный симптом	Только в первые дни	Возможна	Частая	Частая без причины, лечение не дает эффекта
Пульс	Относительно учащенный	Относительно учащенный	Относительно замедленный	Учащенный	Учащенный, редко замедленный	Учащенный	Относительно замедленный
Сыпи	Часто, септичско-эмболические	Только при пневмококковом сепсисе	—	Возможны переходные эритемы, кореподобные	—	При вторичных энцефалитах, характерных для основного заболевания	—
Сознание	Сохранено, только в тяжелых случаях забытие	Редко нарушено	Постепенно наступающее забытие вплоть до комы	Сохраненное	Зависит от основного заболевания	Помрачение уже вначале вплоть до полной комы	Помрачение в поздних стадиях заболевания
Симптомы менинго-радикулярного раздражения	Сильно выраженные, у грудных детей возможно и слабее	Выраженные	Подчеркнутые и постепенно усиливающиеся	Умеренно выраженные, быстро регрессируют	Слабо выраженные	При менинго-энцефалите	Отсутствуют или слабо выражены
Параличи	Отсутствуют	Отсутствуют	На 3-й нед. — VI и VII черепно-мозговых нервов; возможны спастические гемипарезы	—	—	Спаستические моно- и гемипарезы	Вялые — черепно-мозговых нервов и спастические — конечностей

Дифференциально-диагностические признаки	Эпидемический менингит	Другие гнойные менингиты	Туберкулезный менингит	Серозые менингиты	Менингизм	Абактериальные энцефалиты	Опухоли
Судороги	Возможно начальные	Преимущественно в раннем возрасте	На 3-й нед.	В виде исключения	Возможны	Почти всегда, нередко начальные	В конечных стадиях
Очаговые проявления	—	—	Только на 3-й нед.	—	—	Частые, изменяются в ходе болезни	Частые, постепенно расширяются
Другое основное заболевание	—	Пневмония, пиодермия, отит или другой гнойный очаг	Первичный туберкулез легких, туберкулезный бронхоаденит	Паротит, кокаки, ЕСНО, лептоспирозы и др.	Пневмония, тиф, интоксикации, уремия и др.	Острые с высыпаниями вирусные инфекции	—
Число лейкоцитов, лейкоцитоз	Высокий	Высокий	Нормальное, редко лейкоцитоз	Нормальное или лейкопения	Зависит от основного заболевания	Нормальное или лейкопения	Нормальное
Спинномозговая жидкость	Непрозрачная, мутная до гнойной	Непрозрачная, мутная по гнойной	Прозрачная	Прозрачная	Прозрачная	Прозрачная	Прозрачная
Глобулиновые реакции ( <i>Pandy</i> )	Сильно положительные	Сильно положительные	Вначале слабо, затем все сильнее положительные	Слабые до умеренно положительных	Отрицательные, слабо положительные	Слабо положительные, возможно, и отрицательные	От отрицательных до сильно положительных (застой спинномозговой жидкости)
Альбуминовые реакции ( <i>Rivalta</i> )	Положительные	Положительные	Отрицательные	Отрицательные	Отрицательные	Отрицательные	Отрицательные
Белок	100—1000 мг% и выше	100—1000 мг% и выше	50—100—300 мг%	50—100 мг%	В норме или слабое увеличение количества	30—50—75 мг%	От нормы до 100 мг% и выше
Сахар крови	Понижение количества	Понижение количества	Понижение количества	В норме	В норме	В норме, иногда увеличение количества	В норме

Продолжение таблицы 4

Дифференциально-диагностические признаки	Эпидемический менингит	Другие гнойные менингиты	Туберкулезный менингит	Серозые менингиты	Менингизм	Абактериальные энцефалиты	Опухоли
Клетки	Выше 400–800 в 1 мм <sup>3</sup> , сегментоядерные	Выше 400–800 в 1 мм <sup>3</sup> , сегментоядерные	50–300 в 1 мм <sup>3</sup> преимущественно лимфоциты; при неблагоприятном течении и у грудных детей — сегментоядерные	50–100 в см <sup>3</sup> в виде исключения более 1000 в 1 мм <sup>3</sup> , лимфоциты	—	Отсутствуют; возможно до 53–101 в 1 мм <sup>3</sup> , лимфоциты	Нет, редко количество их увеличено
Глазное дно	—	—	Возможен застойный сосок	—	—	—	Застойный сосок
Течение болезни	Острое	Острое	Постепенное ухудшение	Быстрое улучшение	Проходит с основным заболеванием	По-разному	Прогрессирующее ухудшение

Таблица 226

**Дифференциальная диагностика основных форм первичной головной боли**  
(по матер. Д.Р. Штульмана, О.С. Левина, 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Основные формы первичной головной боли			
	головная боль напряжения	мигрень	кластерная головная боль	пароксизмальная гемикрания
Возраст начала заболевания	Любой, чаще после 20 лет	Чаще в подростковом возрасте	30–50 лет	Любой
Продолжительность боли	От нескольких часов до нескольких дней или недель	12–24 ч	45–90 мин	15–20 мин
Периодичность боли	Эпизодическая — менее 15 дней в месяц, хроническая — боли 15 дней в месяц	1–3 приступа в месяц	1–3 приступа в сутки на протяжении 6–8 нед.	4–30 приступов в сутки
Локализация боли	Двусторонняя (лобная, затылочная), редко односторонняя	Односторонняя или двусторонняя, лобно-височная или глазничная	Строго односторонняя, перiorбитальная (глазнично-височная)	Односторонняя перiorбитальная
Характер боли	Умеренно распирающая, давящая или сжимающая («каска»)	Интенсивная пульсирующая	Интенсивная («суицидальная») сверлящая, раскалывающая	Сверлящая
Сопутствующие симптомы	Анорексия, иногда свето- или звукобоязнь	Тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь, стремление к изоляции	Инъекция склер, заложенность носа, ринорея, слезотечение, синдром Горнера, моторное возбуждение	Те же, что и при кластерной головной боли

Таблица 227

**Дифференциальная диагностика головной боли в дебюте эпилепсии и при мигрени** (по В.М. Блейхеру, Г.Л. Воронкову, Вл. Иванову, 1989)

Диагностические критерии	Головная боль	
	в дебюте эпилепсии	при мигрени
Характер головной боли	«Тупая», диффузного характера	Резкая, обычно локализованная (чаще на одной стороне головы)
Тошнота и рвота	Отсутствуют	Возникают часто
Цвет лица	Без изменений	Побледнение
Усиление головной боли под влиянием внешних раздражителей (световых, звуковых, вибрационных)	Не наблюдается	Отмечается постоянно во время приступа
Сочетание с раздражительностью и снижением работоспособности	Носит перманентный характер	В промежутках между приступами отсутствует

Таблица 228

**Особенности клинических проявлений мигрени сна и мигрени бодрствования**  
(по Я.И. Левину, 1998)

Дифференциально-диагностические признаки	Мигрень сна		Мигрень бодрствования	
	в приступе	вне приступа	в приступе	вне приступа
Длительность заболевания	Больше	—	Меньше	—
Интенсивность боли	Больше	—	Меньше	—
Наличие ауры	Чаще формы с аурой	—	Чаще без ауры	—
Локализация	Преимущественно левосторонняя	—	Преимущественно правосторонняя	—
Предшествующие симптомы	Эмоциональная лабильность	—	Чаще отсутствует	—
Наличие нарушений сна	Выраженные	Имеются в незначительной степени	Отсутствие нарушений сна, связанных с головными болями	Отсутствие нарушений сна, связанных с головными болями
Эмоционально-личностные особенности пациентов	—	Депрессивные, демонстративные, остео-ипохондрические черты личности	—	Стремление к межличностным контактам, общительность

Таблица 229

**Дифференциальная диагностика основных типов боли в области лица**  
(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1993)

Тип боли	Локализация	Клинические особенности	Усиливающие и ослабляющие факторы	Заболевания
Невралгия тройничного нерва	От второй до третьей ветви тройничного нерва, односторонняя	Соотношение заболевания у мужчин и женщин 1:3. Возраст больных — 50 лет. Внезапные приступы (10–30 с) острой жгучей боли. Триггерные зоны, перемежающаяся болезненность. Паралич чувствительных или двигательных нервов отсутствует	Поглаживание лица, жевание, улыбка, разговор, сморкание	Идиопатическое происхождение. Если у молодых взрослых людей боль односторонняя или двусторонняя, возможен рассеянный склероз. Сосудистые нарушения. Опухоль V черепного нерва
Атипичная невралгия лица	Односторонняя или двусторонняя	Чаще встречается у женщин в возрасте 30–50 лет. Постоянная невыносимая боль. В основном боль возникает в верхнечелюстной области	—	Состояния депрессии и страха. Истерический невроз. Идиопатическое происхождение

Тип боли	Локализация	Клинические особенности	Усиливающие и ослабляющие факторы	Заболевания
Надглазничная реснитчатая подглазничная, основно-нёбная невралгии	Односторонняя в области глаза, щеки, уха, шеи	Постоянная, тупая, но не интенсивная боль	Редко заложенность носа (при насморке)	Идиопатическое происхождение. Заболевание околоносовых пазух
Невралгия после опоясывающего лишая	Односторонняя. Любая из ветвей тройничного нерва	Анамнез опоясывающего лишая. Тупая или жгучая боль, пульсирующая боль. Парестезия, частичная потеря чувствительности. Рубцы на коже	Соприкосновение, подвижность	Опоясывающий лишай (опоясывающий герпес)
Синдром Костена	Односторонняя, в области височно-нижнечелюстного сочленения	Часто встречается у женщин пожилого возраста. Тяжелая, продолжительная, тупая боль, усиливающаяся при жевании. Болезненность при надавливании на область сочленения. Нарушение прикуса	Жевание, надавливание на область височно-нижнечелюстного сочленения	Утрата зубов, ревматоидный артрит
Синдром Толосы—Ханта	Односторонняя, в основном в орбите	Интенсивная острая или ноющая, тупая боль, сочетающаяся с офтальмоплегиями различной степени. Неравномерность диаметра зрачка, утрата чувствительности	—	Артериит и гранулематозные патологические изменения
Паратригемиальный синдром Редера	Односторонняя лобно-височная и верхнечелюстная	Интенсивная острая или тупая, ноющая боль. Неравномерность диаметра зрачка, утрата чувствительности	—	Опухоли, гранулематозные патологические изменения, травмы

Займствовано из: *Patten J. Neurological Differential Diagnosis*. — London, Harold Starke, Springer-Verlag, 1977.

Таблица 230

### Дифференциальная диагностика острой интенсивной боли в грудной клетке (по Д.В. Преображенскому, Б.А. Сидоренко, М.К. Пересыпко, 2003)

Заболевания или синдромы	Характеристика
Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST или патологическим зубцом Q	Интенсивная боль в области сердца длительностью более 20–30 мин. На ЭКГ — локальный подъем сегмента ST или недавнее формирование патологического зубца Q. Повышение биохимических маркеров некроза миокарда, таких как креатинфосфокиназа и ее МВ-фракции, а также миоглобина, тропонина T и тропонина I

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 230

Заболевания или синдромы	Характеристика
Острый коронарный синдром без подъема сегмента <i>ST</i>	Интенсивная боль в области сердца длительностью более 20–30 мин. Отсутствие повышения биохимических маркеров некроза миокарда
Тромбоэмболия легочной артерии	Типичная триада — боль, одышка и тахикардия. Характерные изменения на ЭКГ — $Q_3$ - $S_1$ - $T_3$ , а также инверсия зубцов <i>T</i> в отведениях $V_1$ – $V_3$ или появление блокады правой ножки пучка Гиса. Отсутствие повышения биохимических маркеров некроза миокарда. Отсутствие застоя в легких при рентгенографии. Снижение $P_aO_2$ и $P_aCO_2$ . Наличие факторов риска тромбоэмболии — флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей, длительный постельный режим, мерцание предсердий и др. Для подтверждения диагноза требуются эхокардиография, сцинтиграфия легких, спиральная компьютерная томография или катетеризация правых отделов сердца с определением давления и контрастированием легочных артерий
Расслаивающая аневризма аорты	Острая раздирающая интенсивная боль в грудной клетке, обычно иррадирующая в спину. На ЭКГ — отсутствие изменений или неспецифические изменения. Отсутствие повышения биохимических маркеров некроза миокарда. Иногда расширение средостения при рентгенографии органов грудной клетки. Артериальное давление обычно высокое. Часто неврологические расстройства, асимметрия пульса, иногда, если расслоение захватывает области аортальных клапанов, появление недостаточности аортальных клапанов или развитие инфаркта миокарда. Для подтверждения диагноза требуются чреспищеводная эхокардиография, магнитно-резонансная томография или аортография
Спонтанный пневмоторакс	Основным симптомов является одышка. На ЭКГ — отсутствие изменений или неспецифические изменения. Диагноз подтверждается при аускультации и рентгенографии органов грудной клетки
Плеврит (плевропневмония)	Острая боль, усиливающаяся на вдохе. На ЭКГ — отсутствие изменений или неспецифические изменения. Может выслушиваться шум трения плевры. При перкуссии часто выявляется притупление. Другие проявления поражения легких, включая пневмонию, при рентгенографии органов грудной клетки
Острый перикардит	Острая боль, зависящая от изменений положения тела и дыхания (боль уменьшается в положении стоя при наклоне туловища вперед). Может выслушиваться шум трения перикарда. На ЭКГ — диффузный подъем сегмента <i>ST</i> без последующего формирования патологического зубца <i>Q</i>

Таблица 231

**Материалы для дифференциальной диагностики «переднегрудных»  
(загрудинных) болей у детей (по В.К. Таточенко, 1997)**

Сердечные	Легочные	Грудная клетка	Пищеварительный тракт	Прочие
Перикардит. Аритмия. Аортальный стеноз. Эндокардит. Синдром ранней реполяризации. Болезнь Kawasaki. Гиперлипидемия	Пневмония. Плеврит. Пневмоторакс. Астма	Травма ребер. Травма мышц. Плевродиния. Синдром Титне. Опоясывающий лишай. Радикулит	Рефлюкс-эзофагит. Язвенная болезнь. Холестистит. Поддиафрагмальный абсцесс	Подражание взрослым в семье со стенокардией

Таблица 232

**Дифференциальная диагностика боли в груди  
(по Д.В. Преображенскому, Б.А. Сидоренко, М.К. Пересыпко, 2003)**

Дифференциально-диагностические признаки	Сердечная боль ишемического происхождения		Сердечные боли неишемического происхождения	Боли внесердечного происхождения. Некардиогенные боли
	Стабильная стенокардия	Вазоспастическая стенокардия		
Характер боли	Давящая сжимающая, иногда жгучая	—	Разнообразная, острая, колющая, давящая, тупая	Разнообразная, острая, колющая, жгучая, кинжальная, тупая, коликообразная
Локализация	За грудиной или слева от нее, с иррадиацией в левую руку, иногда также в спину, шею, нижнюю челюсть, правую руку или область эпигастрия	—	Разнообразная, часто область верхушки сердца или левая половина грудной клетки	Разнообразная, часто левая половина или нижняя часть грудной клетки
Связь боли с физической нагрузкой	Да	Редко	Редко	Иногда
Связь боли с эмоциями	Да	Редко	Редко	Иногда
Связь боли с движениями грудной клетки, дыханием, пальпацией	Нет	Нет	Нет	Часто
Спонтанное начало	Редко. Если имеется также стенокардия напряжения, указывает на тяжелую ИБС	Да	Часто	Часто

Продолжение таблицы ↗



Окончание табл. 232

Дифференциально-диагностические признаки	Сердечная боль ишемического происхождения		Сердечные боли неишемического происхождения	Боли внесердечного происхождения. Некардиогенные боли
	Стабильная стенокардия	Вазоспастическая стенокардия		
Появление в ночное время	Редко. Если имеется также стенокардия напряжения, указывает на тяжелую ИБС	Да	Редко (обычно при пептической язве или рефлюкс-эзофагите)	Редко
Длительность болей	От 2 до 15 мин	—	Разнообразная — от мгновенной до длительной в зависимости от этиологии	Разнообразная — от мгновенной до длительной в зависимости от этиологии
Сопутствующие симптомы	Одышка, сердцебиение, потливость, тошнота	—	Разнообразные и зависят от этиологии, возможны одышка, сердцебиение, головокружение, обморок	Разнообразные и зависят от этиологии, возможны лихорадка, одышка, кашель, сердцебиение, изжога, тошнота, рвота
ЭКГ во время боли	Депрессия сегмента ST	Подъем сегмента ST	Не изменена	Не изменена
Ослабление боли в покое	Да	Нет	Иногда в зависимости от этиологии (нехарактерно при болях костно-мышечного происхождения)	Иногда в зависимости от этиологии
Эффект нитроглицерина	Да	Да	Нет	Редко (например, при спазме пищевода)

Таблица 233

**Дифференциальный диагноз при синдроме острого живота в зависимости от локализации патологических симптомов, определяемых при пальпации**

Локализация боли	Возможный диагноз
Правый верхний квадрант	Острый холецистит. Гепатит. Увеличение печени вследствие застойной сердечной недостаточности. Пептическая язва. Ретроцекальный аппендицит. Правосторонняя нижнедолевая пневмония. Рак печеночного угла свободной кишки. Правосторонний пиелонефрит. Абсцесс печени

Локализация боли	Возможный диагноз
Левый верхний квадрант	Гастрит. Разрыв селезенки. Левосторонний пиелонефрит. Болезни, сопровождающиеся ишемией миокарда. Левосторонняя нижнедолевая пневмония. Инфаркт селезенки
Правый нижний квадрант	Аппендицит. Болезнь Крона. Внематочная беременность. Перекрут или разрыв кисты правого яичника. Меккеля дивертикул. Абсцесс большой поясничной мышцы. Эндометриоз. Рак слепой кишки
Левый нижний квадрант	Дивертикулит. Рак селезеночного угла ободочной кишки. Внематочная беременность. Перекрут или изгиб кисты яичника. Абсцесс большой поясничной мышцы. Эндометриоз

Схема 1

### Диагностический алгоритм при болевом абдоминальном синдроме

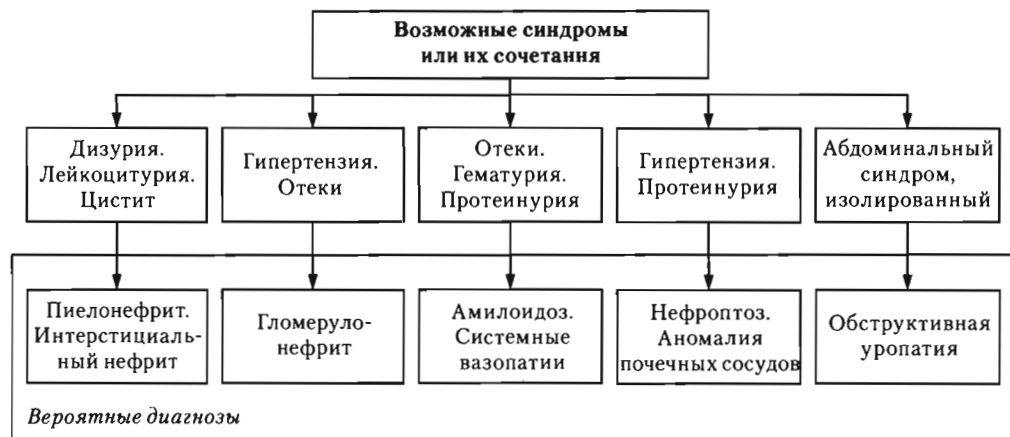


Таблица 234

### Разграничение органной патологии с иррадирующими болями в животе (по Р.Б. Тейлору; цит. по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)

Локализация органной патологии	Заболевания
Органы грудной клетки и сердца	Пневмония. Перикардит. Плеврит. Острый инфаркт миокарда

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 234

Локализация органной патологии	Заболевания
Брюшная стенка	Параректальная гематома. Растяжение мышц
Забрюшинное пространство	Почечная колика. Инфаркт почки. Разрыв аневризмы брюшной аорты
Органы таза	Боли в середине менструального цикла. Эндометриоз

Таблица 235

**Дифференциальная диагностика болей в животе различного происхождения в зависимости от клинической характеристики**  
(по А.В. Струтынскому и соавт., 1997)

Характер болей	Характеристика болей	Заболевания, синдромы
Спастические (в результате спазма гладкой мускулатуры)	Острые, приступообразные (внезапно начинаются и нередко также внезапно заканчиваются), очень интенсивные, обычно четко локализованные, с типичной иррадиацией, ослабевают после приема спазмолитиков. Могут сопровождаться рвотой, часто не приносящей облегчения, лихорадкой (рефлекторного генеза) и локальным напряжением мышц брюшной стенки	Желчная колика, почечная колика, кишечная колика (при синдроме раздраженной кишки), желудочная колика (при язвенной болезни) и др.
Дистензионные (боли от растяжения стенок полых органов и натяжения их связочного аппарата)	Тупые тянущие малоинтенсивные, обычно разлитые, без четкой локализации и иррадиации; часто не стихают после приема спазмолитиков	Метеоризм, гипосекреторный синдром (гастриты со снижением секреторной и моторной функций желудка)
Перитонеальные (при переходе воспаления на париетальную брюшину)	Возникают постепенно (при воспалениях органов) или остро (при их прободении), постоянные, непрерывно усиливающиеся вплоть до нестерпимых болей. Боли сопровождаются общими признаками воспаления и интоксикации (лихорадкой, лейкоцитозом и др.), рвотой, ограничением дыхательных движений живота, напряжением мышц брюшной стенки, положительным симптомом Щеткина—Блумберга и ослаблением (исчезновением) перистальтики. Возможна острая сосудистая недостаточность	Перитониты, развившиеся в результате воспаления органов (холецистита, аппендицита), прободения полых органов (язвенной болезни)
Сосудистые (при спазме или тромбозе артерий, ведущих к ишемии органа или некрозу)	Внезапно начинаются, разлитые, могут быть очень интенсивными, постоянно усиливающимися (вплоть до нестерпимых). При некрозах органов развивается перитонит, возникают перитонеальные боли	Мезентериальный тромбоз, эмболии артерий, брюшная жаба (спазм)

## Дифференциально-диагностический анализ причин болей в животе у детей (по Э.К. Цыбулькину, 1987)

Заболевание	Характер болей	Иррадиация	Симптомы раздражения брюшины	Интоксикация	Предшествующие или сопутствующие симптомы
Острый гастрит	Постоянные с периодическими коликами в эпигастрии	Без иррадиации	Отрицательные	Не обязательна	Изнурительные рвоты желчью
Острый холецистит. Холецистопатия	Ноющая боль в правом подреберье	Может быть иррадиация в правую подключичную область, в правую лопатку	Сомнительные	Отсутствует	Изжога, изредка рвота, приступы болей, периодически повторяющиеся
Вирусный гепатит (продромальный период)	Постоянные, ноющие, чувство распираний в правом подреберье	Без иррадиации	Отрицательные. Пальпируется увеличенная болезненная печень	»	Катаральные явления в зеве или жидкий обесцвеченный стул, темная моча, эпиданамнез
Пневмония, плеврит	В области грудной клетки на стороне поражения, связаны с дыханием	В подреберье с пораженной стороны	Могут быть в подреберье на стороне поражения	Может быть выражена	Признаки ОРВИ, острая дыхательная недостаточность
Энтероколит, колит	Поющие, постоянные, приступообразные вокруг пупка	Без иррадиации	Отсутствуют	То же	Эпиданамнез кишечных инфекций, погрешности в диете, частый жидкий стул, признаки обезвоженности
Острая кишечная инвагинация	Приступообразные, быстро возникающие и быстро проходящие	»	Появляются через 12 ч и позже. В ранние сроки можно пальпировать инвагинат	В начале заболевания нет, присоединяется через 24–28 ч	Заболевание начинается внезапно, чаще у детей 6–8 мес. после начала введения прикорма. Кровь в стуле («малиновое желе»)

Продолжение таблицы ↪

Заболевание	Характер болей	Иррадиация	Симптомы раздражения брюшины	Интоксикация	Предшествующие или сопутствующие симптомы
Острый аппендицит	Постоянные, постепенно нарастающие. Вначале в эпигастральной области, затем в правой подвздошной	»	Выражены в правой подвздошной области	Постепенно нарастает	Типичных изменений нет
Почечная колика	Острые, приступообразные в мезогастральной и поясничной областях	Иррадируют в паховую область по ходу мочеточника	Не выражены, могут быть болезненность и напряжение поясничной области на стороне поражения	Отсутствует	В анамнезе повторные приступы болей, кровавая моча
Пиелонефрит	Постоянные ноющие в мезогастральной и поясничной областях	Без иррадиации	Болезненность поясничной области на стороне поражения	Выражена	Могут быть дизурические расстройства
Ущемленная паховая грыжа	Внезапные, постепенно нарастающие в области направляющегося выпячивания	»	Появляются через 12–24 ч от начала ущемления	В первые часы отсутствует	Наличие грыжевого выпячивания и ущемлений в анамнезе
Сахарный диабет	Постоянные, разлитые по всему животу или локализующиеся в правой подвздошной области	»	Может быть выражено напряжение мышц	Может быть кома	Полидипсия, полиурия, запах ацетона изо рта, глюкозурия, ожирение
Предменструальные боли	Ноющие боли в нижней половине живота	»	Отсутствуют	Отсутствует	Головные боли, головокружения

Таблица 237

**Дифференциально-диагностические признаки заболеваний, сопровождающихся болями в животе**

(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

Заболевания или состояния	Клинические диагностические признаки
<i>Острая боль</i>	
Аппендицит острый	В начале заболевания у детей раннего возраста не имеет четкой локализации. Постепенно усиливаясь, концентрируется в правой подвздошной области. При пальпации локальная болезненность и напряжение мышц. Положительный симптом Ровсинга (усиление боли в области слепой кишки при толчкообразном давлении левой подвздошной области). Симптом Ситковского — усиление болей в положении больного на левом боку, симптом Щеткина — Блюмберга. При аускультации живота перистальтические звуки ослаблены или отсутствуют
Дивертикулит (Меккеля дивертикул)	Частые боли типа колик внизу живота, усиливаются перед дефекацией. Возможна пальпация опухолевидного образования в нижних отделах живота
Дизентерия острая	Сильные боли, чаще в левой половине живота. Пальпация утолщенной сигмовидной кишки. Тенезмы. Слизь и кровь в кале
Инвагинация, непроходимость кишечника	Схваткообразные разлитые боли. Кишечные шумы не прослушиваются или имеют металлический оттенок тембра. Возможна пальпация инвагината. Стул отсутствует или кровь в кале
Мезаденит	Умеренные, иногда острые, схваткообразные боли в области пупка или в нижней части живота, в дальнейшем локализуются в правом нижнем квадранте. Болезненность по краю прямой мышцы живота справа
Панкреатит острый	Внезапно возникающие постоянные боли в верхней части живота после грубых нарушений диеты, нередко имеют опоясывающий характер или иррадируют в спину. Болезненность в реберно-позвоночном углу (симптом Мейо — Рабсона). Живот вздут, резко ослаблена перистальтика кишечника. Иногда определяется ригидность мышц в эпигастральной области. Задержка стула. Высокая активность амилазы в моче
Перекрут кисты яичника	Боль возникает внезапно — острая, приступообразного характера, иррадирует в промежность, бедро, поясничную область. Наблюдается симптом Щеткина — Блюмберга. Иногда прощупывается резко болезненная подвижная опухоль, ее можно найти при ректальном обследовании
Перекрут яичка или ущемленная паховая грыжа	Острые боли в нижней части живота и паховой области после травмы, резкого физического усилия. Возможно напряжение мышц брюшной стенки. Боли в мошонке, отечное плотное болезненное яичко. При ущемлении паховой грыжи — пальпация грыжевого образования
Пиелонефрит острый или нефролитиаз	Постоянные острые боли иррадируют в область поясницы, паховую область, сочетаются с дизурией, гематурией, лейкоцитурией
Пневмония острая	Боли в животе на стороне воспалительного процесса, возможно напряжение мышц брюшной стенки. Кашель, одышка, хрипы в легких

Продолжение таблицы ☞

Окончание табл. 237

Заболевания или состояния	Клинические диагностические признаки
Холестит острый (печеночная колика)	Внезапные схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, под лопатку, иногда в левую половину грудной клетки. Положительный френкус-симптом. Иктеричность склер
Шенлейна—Геноха болезнь с абдоминальным синдромом	Сильные схваткообразные боли в животе, чаще в области пупка или ниже. Могут предшествовать появлению геморрагических высыпаний или появляются вместе с ними. Возможно напряжение мышц брюшной стенки. Кровь в кале, рвотные массы с кровью
Энтерит острый	Боли в верхних отделах живота, перистальтика кишечника усилена. Водянистый частый стул. Признаки эксикоза и токсикоза
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	Поздние (через 1–2 ч после еды) голодные или ночные боли. Боль при поколачивании брюшной стенки в области пупка. Иррадиация болей в правое или левое подреберье. При прободении — острая кинжальная боль, доскообразный живот, отсутствие стула
<i>Боль рецидивирующая</i>	
Колит язвенный неспецифический	Схваткообразные боли по всему животу, примесь крови в кале. Тенезмы. Нередки артралгии, артриты
Крона болезнь	Чаще боли локализуются внизу живота. Острый терминальный илеит по клиническим проявлениям может быть принят за острый аппендицит. Кровь в кале. Сопутствуют боли в крупных суставах
Муковисцидоз	Рецидивирующие боли без определенной локализации. Пальпация плотных фекальных масс. Признаки синдрома мальабсорбции
Эквивалент эпилепсии — боли в животе	Кишечные колики. В анамнезе — транзиторные нарушения сознания или типичные судороги
Эмоциональный стресс (напряжение) — боли в животе	Имеют диффузный характер. Очевидные конфликтные ситуации у ребенка. Необходимо исключить органические причины боли

Таблица 238

### Дифференциальный диагноз важнейших заболеваний с хронически рецидивирующей болью в животе

(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Дифференциально-диагностические признаки	Гастрит	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки	Холестит и холецистит	Нефролитиаз	Аскаридоз
Характер боли	Тупая, преимущественно после еды	От слабой, тупой до режущей или колющей		Необязательная; коликообразная, ощущение тяжести	Коликообразная, от слабой до очень сильной	Слабая, тупая до коликообразной
Локализация	Эпигастрий	Срединная линия и влево от нее	Правое подреберье	Правое подреберье	В боку, редко в животе	Около пупка
Зависимость от пищи	После еды и перегрузки желудка	Вскоре после еды	1–3 ч после еды или натощак	После потребления обильной и жирной пищи	Не зависит от пищи	Чаще натощак

Дифференциально-диагностические признаки	Гастрит	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки	Холецистит и холелитиаз	Нефролитиаз	Аскаридоз
Иррадиации	—	Левая половина живота и спина	Правая половина живота	Правое плечо и спина	Паховая складка и гениталии	—
Периодичность	—	Периоды от 3 до 5 нед., весной и осенью		Приступы от 1 до 3 дней	Приступы, длящиеся часами или днями	—
Аппетит	Понижен	Сохранен или изменен	Сохранен, возможно уменьшен, капризный	Сохранен или уменьшен	Сохранен	Капризный, возможно увеличение
Рвота	Частая	Не обязательна, редкая		Тошнота до рвоты	Во время приступа	Нехарактерна
Оккультные кровоизлияния	Возможны	Часто	Часто	—	—	Возможны
РОЭ	В норме	В норме; слегка ускоренная	В норме	В норме; среднее ускорение	В норме	В норме
Основное значение для диагноза	Рентген — изменение рельефа слизистой	Рентген — ниша	Рентген — ниша, деформация луковицы	Холецистография, дуоденальное зондирование	Микро- или макрогематурия; урография	Яйца паразита в испражнениях

Таблица 239

## Дифференциальная диагностика болей в области таза (по Р.Б. Тейлору, 1995)

Боли в области таза	Заболевания
<i>Боли, связанные с половыми органами</i>	
Патологические	<p>Осложнения беременности или выкидыша.  Внематочная беременность.  Эндометрит.  Разрыв матки.  Отслойка плаценты.  Септический выкидыш.  Самопроизвольный выкидыш.  Инфекции:  — воспалительные заболевания тазовых органов;  — тазовый абсцесс.  Опухоли.  Доброкачественные:  — киста яичника (заворот, разрыв, кровотечение);  — лейомиома матки (перекрут, некроз).  Злокачественные:  — прорастание опухоли;  — обсеменение брюшины опухолью</p>

Продолжение таблицы ⇨



Окончание табл. 239

Боли в области таза	Заболевания
	Неопухолевые заболевания: — эндометриоз; — аденомиоз; — застой крови в органах таза; — перекрут нормального придатка; — спайки в полости таза. Прочие: — опущение половых органов; — диспареуния
Физиологические	<i>Mittelschmerz</i> . Дисменорея
<i>Боли, не связанные с половыми органами</i>	
Урологического происхождения	Инфекция мочевыводящих путей. Камни мочевыводящих путей. Дивертикулез. Аппендицит.
Кишечного происхождения	Тромбоз брыжеечной артерии. Региональный энтерит. Заворот кишки. Кишечная непроходимость. Злокачественная опухоль кишечника
Мышечного происхождения. Психогенная этиология	Гематома прямых мышц живота

Таблица 240

**Дифференциальная характеристика болевого синдрома в зависимости от уровня поражения мочевой системы**  
(по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)

Локализация боли	Характер	Причина возникновения боли
В мочеиспускательном канале	Появляется в начале или в конце мочеиспускания, либо отмечается во время всего акта. Боль острая при остром уретрите, в виде ощущения жжения при хроническом процессе	Воспалительный процесс в уретре, либо раздражение при прохождении камня в уретре
В области промежности	Постоянные	Воспаление семенного бугорка в заднем отделе мочеиспускательного канала
В области промежности и заднем проходе	Постоянная ноющая. Могут иррадиировать в яичко, а при пальпации железы — в головку полового члена и надлобковую область. Усиливаются при дефекации	Простатит
В наружных мужских половых органах — мошонке	Боль усиливается при движениях, иррадирует в паховую и поясничную области	Орхит
	Резкая боль в мошонке	Перекрут яичка и семенного канатика

Локализация боли	Характер	Причина возникновения боли
	Ощущение чувства тяжести в мошонке	Хронический орхит
В мочевом пузыре (при заболеваниях мочевого пузыря боли возникают только при поражении мышечного слоя. В слизистой оболочке нет болевых рецепторов)	Постоянная боль, мучительная, промежутки между мочеиспусканием несколько минут. Боль нередко перед мочеиспусканием или в конце его (за счет растяжения стенок мочевого пузыря)	1. Первичная патология мочевого пузыря — цистит. 2. Отраженные боли при заболеваниях почки, мочеточника, простаты, мочеиспускательного канала женских половых органов
В области мочевого пузыря	При движении боль в головке полового члена (перед мочеиспусканием дети сдавливают ее пальцами для уменьшения болевых ощущений)	Камни мочевого пузыря (следствие изменения положения камней)
	При острой задержке мочеиспускания — острая, резкая, носит нестерпимый характер	Рефлекторная задержка мочи, обструктивная уропатия
	При хронической задержке мочи — тяжесть внизу живота. В сочетании с нарушениями акта мочеиспускания	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, гипорефлекторный тип Аднексит, параметрит, периметрит
	При мочеиспускании	Вследствие нейроэндокринных расстройств и функциональных нарушений нервного аппарата мочевого пузыря
В области почки	Почечная колика — возникает в поясничной области, иррадирует по ходу мочеточника в надлобковую и паховую область, в область наружных половых органов, на внутреннюю поверхность бедер. Сопровождается учащенным мочеиспусканием или болями по ходу мочеиспускательного канала. Почечной колике сопутствует тошнота, рвота, парез кишечника, позывы на дефекацию вследствие раздражения солнечного сплетения и брюшины. Поведение больного беспокойное. Симптом Пастернацкого на стороне почечной колики положительн. Болезненно и надавливание в костовертебральном углу и в подреберье. Однако изменения температуры тела, пульса, крови, артериального давления непостоянны. Патология в анализах мочи появляется по ослаблении спазма мочеточника в виде повышенного количества эритроцита, белка, солей. Возможны сгустки крови, гной.	Острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей вследствие их закупорки или сдавливания (резкое повышение внутрилоханочного давления — раздражение барорецепторов — сигнал в сегмент спинного мозга — кору — боль). Усиливает ситуацию спазм мускулатуры лоханки, чашечек, мочеточника. Далее следует рефлекторный спазм сосудов почки (артерий), что усиливает боль. Развивается отек паренхимы почки, растяжение фиброзной капсулы, что способствует нарастанию боли. Причина острого нарушения оттока мочи — камни, конгломераты солей

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 240

Локализация боли	Характер	Причина возникновения боли
	Нормальный анализ мочи на высоте колики не исключает поражения почки	
Тупая боль в области почки	Дети старшего возраста показывают боль следующим образом: захватывают бок пальцами рук большим сзади, остальными спереди	Пиелонефрит, почечнокаменная болезнь, гидронефроз, папиллярный некроз, туберкулез почки и другие заболевания
	Боли, возникающие при мочеиспускании	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
В области мочеточника	Характерна иррадиация сверху вниз: от поясничной области по правой или левой половине живота в сторону мочевого пузыря и половых органов	Мочекаменная болезнь
Абдоминальный нефротический криз	Характерны анорексия, рвота, абдоминальные боли на фоне анасарки и тяжелой гипопротемии у больных с нефритической формой гломерулонефрита	Главное патофизиологическое звено — гиповолемия и вторичный гиперальдостеронизм, ведущие к развитию циркуляторной недостаточности (объем циркулирующей плазмы резко падает, а объем внеклеточной жидкости чрезмерно высокий)

Таблица 241

### Материалы к анализу выраженного болевого синдрома у девочек 10–15 лет (по М.С. Игнатовой, Г.А. Маковецкой, 1993)

Причина болевого синдрома	Дополнительные диагностические признаки, данные лапароскопии
<p>Острая хирургическая патология внутренних органов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– острый криптогенный перитонит (первичный пневмококковый перитонит);</li> <li>– острый сальпингит с явлениями пельвиоперитонита или без перитонита (чаще правосторонний, реже двусторонний);</li> <li>– овуляторный синдром;</li> <li>– перекрут и некроз гидатид;</li> <li>– пороки развития гидатид;</li> <li>– новообразования (рабдомиосаркома, незрелая тератобластома)</li> </ul>	<p>Варианты начала: острое на фоне полного здоровья — повышение температуры тела, сильные боли в нижних отделах пищевода, интоксикация, положительные симптомы, раздражение брюшины. Постепенное начало, умеренная интоксикация, боли в правой половине живота. Для диагностики, если есть возможность, следует провести лапароскопию, если нет, то традиционная тактика</p> <p>Боль в животе, интоксикация. В отсутствие пельвиоперитонита — состояние удовлетворительное, субфебрильная температура, лейкоцитоз. Необходима лапароскопия</p> <p>При лапароскопии — крупные овулирующие фолликулы, геморрагический выпот в малом тазу</p> <p>При лапароскопии — однорогая матка, односторонняя аплазия яичника и маточной трубы и др.</p>

Причина болевого синдрома	Дополнительные диагностические признаки, данные лапароскопии
Рефлюкс менструальной крови из полости матки в малый таз в момент менструации. Боль может быть обусловлена физиологическими процессами, а также пограничными состояниями, сопровождающими становление репродуктивной системы	При лапароскопии кровь или геморрагический выпот в маточно-прямокишечном углублении, отек, серозное умеренное изменение висцеральной и париетальной брюшины

Таблица 242

### Дифференциальная диагностика острых болей в голених (по Р.Б. Тейлору, 1995)

Дифференциальные клинические признаки	Предполагаемый диагноз
Боль и болезненность при пальпации, локализующиеся в голени	Венозный тромбоз
Болезненность при пальпации в области подколенной ямки, на протяжении переднемедиальной поверхности бедра и в паху	То же
Боль и болезненность при пальпации, локализующиеся над большой берцовой костью и передней поверхностью голени	Вероятность венозного тромбоза очень мала
Признаки перенесенного хирургического вмешательства в области колена, признаки артрита коленного сустава или обнаружение мягкого образования в области подколенной ямки	Разрыв подколенной кисты
Воспаление или тромбоз варикозно расширенных вен	Тромбоз поверхностных вен
Ограниченное болезненное образование в области голени	Разрыв мышцы голени
Экхимозы в области голени или ниже медиального мыщелка	То же
Внезапное сгибание конечности в голеностопном суставе перед появлением боли	»
Наличие в анамнезе сведений о выполняемых накануне непривычных физических упражнений или работе	Растяжение мышцы

Таблица 243

### Дифференциально-диагностические признаки заболеваний, сопровождающихся артритом и артралгией (по А.А. Баранову, 1997)

Заболевание	Дифференциально-диагностические признаки
Ревматизм. Инфекционно-аллергические артриты (при ангине, вирусном гепатите, гриппе, кори и др.)	Полиартрит мелких и крупных суставов, артралгии и артриты (летучего характера, с полной обратимостью процесса), связь с инфекцией
Ювенильный ревматоидный артрит	Продолжительность более 3 нед., симметричность поражения суставов, поражение шейного отдела позвоночника, утренняя скованность, ревматоидное поражение глаз, эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели (на рентгенограмме)
Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит	Моноолигоартрит суставов ног, энтезопатии (боли в области прикрепления сухожилий), ранний двусторонний сакроилеит, анкилозирующий тарсит (поражение суставного и сухожильно-связочного аппарата стоп), наличие HLA-B27

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 243

Заболевание	Дифференциально-диагностические признаки
Болезнь Рейтера	Связь с урогенитальной инфекцией (чаще с хламидийной), асимметричный олигоартрит по «лестничному» типу, периоститы в пяточной области, односторонний сакроилеит, конъюнктивит, уретрит, наличие HLA-B27
Паранеопластический артрит	Асимметричный моноолигоартрит, отсутствие деформаций и патологических изменений суставов на рентгенограмме, устойчивость к противовоспалительной терапии, высокая лихорадка, резкое увеличение СОЭ
Неспецифический язвенный колит	Асимметричный моноолигоартрит, летучий характер поражения суставов, узловая эритема, отсутствие изменений суставов на рентгенограмме, параллельное течение артрита и колита, наличие HLA-B27
Реактивные артриты (связанные с кишечной инфекцией)	Асимметричные артралгии или артрит, возникающие на фоне или после диареи; полное обратное развитие процесса, частое обострение конъюнктивита, узловая эритема, наличие HLA-B27
Туберкулезный артрит	Лимфоаденопатия, положительные туберкулиновые пробы, утомляемость пораженной конечности при ходьбе, нарушение походки, рентгенологически — наличие мелких очагов разрежения костной структуры эпифиза или метафиза
Лейкозный артрит	Упорные артралгии без выпота в суставах, приступы болей в ночное время, высокая упорная лихорадка, выраженное увеличение лимфатических узлов, специфические показатели при исследовании биоптата костного мозга; рентгенологически — деструкция в компактном костном веществе в виде узур («съеденность молью»)

Таблица 244

### Клинические дифференциальные признаки фибромиалгии и миофасциальной боли (по А.М. Вейну, 2002)

Признак	Фибромиалгия	Миофасциальная боль
Соотношение мужчин и женщин	1:10	1:1
Распространенность боли	Диффузная	Локальная
«Болевой паттерн»	Не характерен	Характерен
Течение	Хроническое	Острое
Характер боли	Хронический	Острый
«Симптом прыжка»	Отсутствует	Характерен
Наличие болезненных мышечных уплотнений	Не характерно	Характерно
Гиперчувствительность кожи	Присутствует	Отсутствует
Лечебное воздействие	Неэффективно	Эффективно
Симметричность	Всегда	Резко
Болевой порог	Снижен в болевой и вне болевой зоны	Снижен только в болевой зоне
Вегетативные проявления	Полисистемные	Локальные
Нарушение сна	В 98%	Не характерно
Депрессия	В 96%	Не характерна
Интенсивность боли	Умеренная	Выраженная

Таблица 245

**Дифференциальная диагностика ревматической полимиалгии**  
(по И. Терещенко, 2005)

Заболевание	Сходство признаков	Основные отличия от ревматической полимиалгии
Двусторонний плече-лопаточный периартрит	Боли в области плечевого пояса и болевые ограничения движений	Нет увеличения СОЭ, нет эффекта от преднизолона
Ревматоидный артрит	Часто у пожилых поражаются плечевые суставы, возникают распространенные миалгии и лихорадка	Полиартикулярность, раннее вовлечение мелких суставов кистей и стоп, стойкость воспаления; наличие РФ, рентгенологические изменения суставов кистей и стоп; преднизолон в суточной дозе 10–15 мг не приводит к ремиссии
Полимиозит	Миалгии и слабость преимущественно в мышцах плечевого и тазового пояса	Преобладает мышечная слабость, а не боли; всегда выявляются характерные электромиографические изменения; КФК, АСТ повышены; типичная патология мышц при биопсии; преднизолон в небольших дозах без эффекта
Узелковый полиартериит	Поражение крупных артерий, мышечно-болевой синдром	Гипертензия, часто злокачественная; почечный синдром по типу гломерулонефрита; асимметричный периферический неврит; абдоминальный болевой синдром
Онкологические заболевания	Паранеопластический процесс в виде ревматической полимиалгии	Лечение преднизолоном в течение 2–3 нед. без эффекта
Миеломная болезнь	Увеличенная СОЭ	Отсутствие эффекта от 10–15 мг преднизолона в сутки
Неспецифический язвенный колит	Лихорадка, артриты, увеличение СОЭ, астения, похудение	Понос с кровью

## 4.2. ЛИХОРАДОЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Таблица 246

**Иельская (США) шкала оценки состояния ребенка с лихорадкой (в баллах)**  
(цит. по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

Признак	1 (норма)	3 (умеренная тяжесть)	5 (тяжелое состояние)
Голос, крик	Сильный, звучный	Ослабленный голос, хныканье, всхлипывание	Слабый, стонущий, сиплый
Реакция на стимуляцию со стороны родителей	Короткий плач	Продолжительный плач с паузами	Постоянный плач или агрессивный ответ
Сон — бодрствование	Спящий быстро пробуждается, при пробуждении спокоен	При пробуждении глаза не открывает или просыпается с трудом	Не спит совсем или спит, не просыпаясь

*Продолжение таблицы* ↗

Окончание табл. 246

Признак	1 (норма)	3 (умеренная тяжесть)	5 (тяжелое состояние)
Цвет кожи	Розовый	Бледность, акроцианоз	Бледность, общий цианоз, мраморность, пепельный цвет кожи
Гидратация	Кожа, глазные яблоки имеют нормальный тургор, слизистые оболочки влажные	Сухость слизистых оболочек полости рта	Кожа пастозная или складчатая, запавшие глаза, сухие слизистые оболочки
Общие реакции ребенка	Улыбается или демонстрирует внимание	Редкие улыбки, внимание ослаблено	Не улыбается, безразличен, вял, отсутствие реакций

### Этиология болезней, вызывающих длительно протекающую лихорадку

(по Е. Браунвальду, К. Дж. Иссельбахеру,  
Р.Г. Петерсдорфу и др. (ред.), 1993)

#### 1. Инфекционные болезни

##### А. Гранулематозные инфекции:

1. Туберкулез.
2. Глубокие микозы.
3. Атипичные микобактериозы.

##### Б. Гнойные инфекции:

1. Инфекционные процессы в верхнем отделе брюшной полости:
  - а) холецистит (калькулезный), эмпиема желчного пузыря;
  - б) холангит;
  - в) абсцесс печени;
  - г) абсцесс сальниковой сумки;
  - д) поддиафрагмальный абсцесс;
  - е) абсцесс селезенки.
2. Инфекционные процессы в нижнем отделе брюшной полости:
  - а) дивертикулит ( $\pm$  абсцесс);
  - б) аппендицит.
3. Воспалительные заболевания органов тазовой полости.
4. Инфекционные болезни мочевых путей:
  - а) пиелонефрит (редко);
  - б) внутривнепочечный абсцесс;
  - в) околопочечный абсцесс;
  - г) обструкция мочеточника;
  - д) абсцесс простаты.
5. Синусит.
6. Остеомиелит.

##### В. Внутрисосудистые инфекции:

1. Бактериальный эндокардит (острый и подострый).

2. Инфекционные осложнения, вызванные катетерами, расположенными внутри сосудов.

*Г. Бактериемии без явного первичного очага:*

1. Менингококкемия.
2. Гонококкемия.
3. Вибриоз.
4. Листерия.
5. Бруцеллез.
6. Колиподобная бактериемия у больных с циррозами.

*Д. Инфекции, вызванные вирусами, риккетсиями и хламидиями:*

1. Инфекционный мононуклеоз.
2. Цитомегалия.
3. Гепатит.
4. Заболевания, вызванные вирусом Коксаки группы В.
5. Ку-лихорадка (включая эндокардит).
6. Орнитоз.

*Е. Паразитарные болезни:*

1. Амебиаз.
2. Малярия.
3. Трихиноз.

*Ж. Болезни, вызываемые спирохетами:*

1. Лептоспироз.
2. Эпидемический возвратный тиф.

## **II. Новообразования**

*А. Опухоли однородной плотности (локализованные):*

1. В почках.
2. В легких.
3. В поджелудочной железе.
4. В печени.
5. В толстом кишечнике.
6. Миксома предсердия.

*Б. Метастазирующие:*

1. Из желудочно-кишечного тракта.
2. Из легкого, почек, кости, шейки матки, яичника.
3. Меланома.
4. Саркома.

*В. Опухоли ретикулоэндотелиальной системы:*

1. Болезнь Ходжкина.
2. Неходжкинская лимфома.
3. Злокачественный гастроцитоз.
4. Иммунобластная лимфаденопатия.
5. Лимфоматозный гранулематоз.
6. Синдром кожно-слизистого лимфоузла (у детей).



### **III. Болезни, характеризующиеся системным воспалением соединительной ткани**

- А. Ревматизм.*
- Б. Системная красная волчанка.*
- В. Ревматоидный артрит (особенно болезнь Стилла).*
- Г. Гигантоклеточный артериит (ревматическая полимиалгия).*
- Д. Аллергический васкулит.*
- Е. Узелковый периартериит.*
- Ж. Гранулематоз Вегенера.*
- З. Панаортит.*

### **IV. Гранулематозы**

- А. Болезнь Крона (регионарный энтерит).*
- Б. Гранулематозный гепатит.*
- В. Саркоидоз.*
- Г. Узловатая эритема.*

### **V. Прочие заболевания**

- А. Лекарственная лихорадка.*
- Б. Эмболия легочной артерии.*
- В. Тиреоидит.*
- Г. Гемолитические анемии.*
- Д. Скрытые травмы с кровотечением в замкнутые пространства (гематомы).*
- Е. Расслаивающие аневризмы (с инфицированием или без него).*
- Ж. Болезнь Уиппла.*

### **VI. Наследственные болезни и заболевания обмена веществ**

- А. Семейная средиземноморская лихорадка.*
- Б. Гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия.*
- В. Болезнь Фабри.*

### **VII. Психогенные лихорадки**

- А. Привычная гипертермия.*
- Б. Искусственная лихорадка.*

### **VIII. Периодические лихорадки (например, циклическая нейтропения)**

### **IX. Нарушения терморегуляции**

### **X. Недиагностированные болезни, сопровождающиеся лихорадкой**

- А. Разрешившиеся:*
  - 1. Без лечения.
  - 2. После лечения антибиотиками.
  - 3. После лечения противовоспалительными препаратами.
- Б. Повторные: подавляемые стероидами.*

Таблица 247

**Дифференциальная диагностика лихорадок у детей**  
(по Н.А. Коровиной, И.Н. Захаровой, А.Л. Заплатникову, 2005)

<b>Диагностический симптомокомплекс</b>	<b>Возможные заболевания</b>
Лихорадка + катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей	Острая пневмония, острый отит, острый гайморит, острый этмоидит
Лихорадка + ангина	Острый тонзиллит бактериальной, вирусной этиологии; паратонзиллярный абсцесс, дифтерия, индексционный мононуклеоз, агранулоцитоз
Лихорадка + инфильтративные тени в легких	Пневмония, туберкулез, новообразования, глистные инвазии, карцинома, саркоидоз
Лихорадка + увеличение периферических лимфатических узлов	Инфекционный мононуклеоз, туберкулез, онкологические заболевания (лимфосаркома, злокачественные лимфомы, лимфогранулематоз)
Лихорадка + увеличение мезентериальных лимфатических узлов	Иерсиниоз, вирусные кишечные инфекции, инфекционный мононуклеоз, туберкулез, онкологические заболевания (лимфосаркома, злокачественные лимфомы, лимфогранулематоз)
Лихорадка + увеличение внутригрудных лимфатических узлов	Гематоонкологические заболевания, лимфогранулематоз, туберкулез
Лихорадка + головная боль	Грипп, менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, сыпной тиф, брюшной тиф
Лихорадка + сыпь	Лекарственная аллергия, болезнь Кавасаки, рожистое воспаление, ревматоидный артрит, узелковый артериит, системная красная волчанка, паранеопластический синдром
Лихорадка + узловатая эритема	Узелковая эритема ревматического происхождения; узловатая эритема как самостоятельное заболевание; туберкулез легких; саркоидоз; болезнь Крона
Лихорадка + лейкоцитурия	Инфекция мочевой системы, острый пиелонефрит, острый цистит, туберкулез почки, апостематозный нефрит, системная красная волчанка
Лихорадка + боли в животе	Иерсиниоз, сальмонеллез, дизентерия, острый аппендицит, пищевая токсикоинфекция, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, опухоли желудочно-кишечного тракта, периодическая болезнь, лимфогранулематоз, острый панкреатит, мочекаменная болезнь, туберкулез, узелковый периартериит
Лихорадка + гепатомегалия	Гематоонкологические заболевания, сальмонеллез, гепатит, абсцесс печени
Лихорадка + спленомегалия	Инфекционный мононуклеоз, брюшной тиф, бактериальный эндокардит, сепсис, туберкулез, бруцеллез, абсцесс селезенки, гематоонкологические заболевания (острый и хронический лейкоз, лимфогранулематоз, лимфосаркома), системная красная волчанка
Лихорадка + артралгии/артрит	Ревматоидный артрит, ревматизм, туберкулез, хламидиоз, иерсиниоз, геморрагический васкулит, гематоонкологические заболевания
Лихорадка + жидкий стул	Сальмонеллез, эшерихиоз, дизентерия, вирусные и кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными возбудителями, острый панкреатит

Таблица 248

**Дифференциальная диагностика лихорадочных состояний у детей**  
(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

<b>Причины лихорадочных состояний</b>	<b>Клинические признаки заболевания</b>
Острые инфекционные заболевания	Повышение температуры в вечерние часы. Признаки инфекций — поражение верхних дыхательных путей, кожные высыпания, пятна Филатова—Коплика на слизистой оболочке рта при кори, расстройства пищеварения при кишечных инфекциях, признаки интоксикации (сальмонеллез, острая дизентерия, ботулизм и др.)
Инфекционно-воспалительные заболевания	Отиты, синуситы, тонзиллит, начальная стадия пневмонии (повышение частоты дыхания, физикальные явления в легких), инфекции мочевой системы (изменения осадка мочи)
Центральная гипертермия	Уменьшение различий кожной и ректальной температуры. Начальные стадии менингита, энцефалита, синдром Рейе (неврологическая симптоматика), гипертермия при наркозе (сочетается с мышечной гипертонией), опухоли мозга, злокачественный гипертермический синдром. Особенно склонны недоношенные
Гиперосмолярная лихорадка	Дефицит жидкости при нарушениях вскармливания (избыток сахара, белка, соли). Гипертоническая дегидратация при кишечных инфекциях, редкая причина — почечный сахарный диабет у детей раннего возраста. Конституциональная гипертермия. При всех вариантах — повышенная температура в утренние часы
Двигательная гипертермия	Повышение температуры тела при значительных физических нагрузках, снижение в условиях постельного режима
Перегревание	Тепловой удар

Таблица 249

**Дифференциальная диагностика причин рецидивирующей лихорадки и стойкого субфебрилитета**  
(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

<b>Классы заболевания</b>	<b>Заболевания</b>
Болезни уха, горла, носа	Хронический фарингит, тонзиллит, синусит, аденоидит, паратонзиллярный абсцесс, хронический отит
Заболевания дыхательных путей и легких	Затяжные бронхиты, пневмонии, респираторные аллергозы
Очаговые гнойные процессы	Гнойные заболевания кожи, абсцессы, лимфаденит, мезаденит, скрытые дентальные абсцессы, постинъекционные абсцессы, абсцессы внутренних органов, мозга
Общие инфекционные заболевания	Туберкулез — первичный комплекс, бронхоаденит и др., бруцеллез, инфекционный мононуклеоз
Аутоаллергические заболевания	Ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, периодическая болезнь
Болезни крови и онкопатология	Лейкозы, лимфогранулематоз, злокачественные опухоли
Болезни желудочно-кишечного тракта	Сальмонеллезы, дизентерия, вирусные затяжные энтериты, язвенный колит, холецистит, гепатиты

Классы заболевания	Заболевания
Болезни мочевой системы	Пиелонефрит, инфекции мочевыводящих путей
Нейровегетативная дистония, конституциональная лихорадка	Дизэнцефальный синдром (фебрильные припадки), постинфекционный субфебрилитет (после перенесенной пневмонии), поствакцинальные реакции, семейное предрасположение к лихорадке
Патология щитовидной железы	Тиреотоксикоз новорожденных от матерей с тиреотоксикозом

Таблица 250

### Дифференциально-диагностические критерии субфебрильных состояний у детей (по Н.П. Шабалову, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Субфебрильные состояния	
	субфебрилитет неинфекционный	субфебрилитет инфекционный
Возраст	«Критические» периоды — грудной, 8–14 лет	В любом возрасте
Субъективные жалобы	Нарушение сна, потливость, утомляемость	Те же жалобы встречаются реже, доминируют головная боль, головокружение
Связь с перенесенными заболеваниями (ОРЗ, тонзиллит)	Отсутствует	Отмечается
Эффект от лечения антибиотиками	»	Отмечается в момент лечения
Температурная кривая	Монотонность, разница между утренней и вечерней температурой невелика, нормализация во время сна	Изменения менее характерны; к вечеру с повышением
Симптомы и признаки вегетодистонии	Как правило, положительны	Чаще отрицательны
Параклинические данные	Как правило, без изменений	Чаще не изменены

Таблица 251

### Дифференциальная диагностика длительных лихорадочных состояний, сопровождающихся увеличением селезенки (по Р. Хэгглину, 1965)

Дифференциально-диагностические признаки	Брюшной тиф	<i>Endocarditis lenta</i>	Милиарный туберкулез	Лимфогранулематоз	Бруцеллез
Тип лихорадки	В зависимости от стадии интермиттирующая до <i>continua</i>	Ремиттирующая — интермиттирующая	Ремиттирующая	Пеля — Эбштейна	Интермиттирующая
Увеличенная селезенка	Плотная, болезненная, величина изменчива	Мягкая — плотная	Плотная, величина постоянная	Плотная	Плотная

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 251

Дифференциально-диагностические признаки	Брюшной тиф	<i>Endocarditis lenta</i>	Милиарный туберкулез	Лимфогранулематоз	Бруцеллез
РОЭ	Сначала в норме, только с 3-й нед. более ускорена	Сильно ускорена	Умеренно ускорена	Ускорена	Вначале низкая, только позднее повышена
Начало	Довольно внезапно	Довольно внезапно	Постепенно	Постепенно	Постепенно
Потрясающие ознобы	Редко	Часто	Редко	—	—
Число лейкоцитов	Снижено	Увеличено или нормально	Нормально	Нормально	Нормально или повышено
Число лимфоцитов	В зависимости от стадии в норме или повышено	Уменьшено	Сильно уменьшено	Уменьшено	Увеличено
Токсические изменения нейтрофилов	Вначале небольшие, позднее сильные	Сильно выражены	—	—	—
Эозинофилия	Всегда отсутствует	Снижена	Снижена	Повышена	Скорее снижена

#### 4.3. ЖЕЛТУХИ И НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Таблица 252

##### Дифференциальная диагностика желтух (по А.В. Никитину, В.А. Гусманову, 1995)

Вид желтухи	Билирубин крови		Моча		Стеркобилин в кале
	связанный	свободный	уробилин	билирубин	
Надпочечная (гематодитическая)	—	Большое количество	Увеличение	—	Большое количество (плекрохромия)
Печеночная (паренхиматозная)	Появление	Увеличение	—	Появление	Норма, в некоторых случаях отсутствует
Подпочечная (механическая)	Большое количество	—	—	Большое количество	Отсутствует (ахолия)

*Примечание.* В норме в крови присутствует только свободный билирубин (до 20 мкмоль/л); в моче — следы уробилина, билирубина нет; в кале — стеркобилин.

## Дифференциально-диагностическая характеристика некоторых видов желтухи (по С.Д. Подымовой, 1991)

Дифференциально-диагностические признаки	Надпеченочная		Печеночная	
	гемолитическая	шунтовая гипербилирубинемия	печеночно-клеточная	холестатическая
Боли в области печени	Как правило, отсутствуют	Отсутствуют	Незначительные, иногда (в остром периоде) интенсивные	Незначительные иногда (в остром периоде) интенсивные
Лихорадка	Появляется при гемолитических кризах	Отсутствует	Возможна в острой стадии вирусного, алкогольного, лекарственного гепатита	Возможна в острой стадии вирусного, алкогольного, лекарственного гепатита
Продромальный период	Как правило, отсутствует	Как правило, отсутствует	При острых формах заболевания могут быть боли, слабость	При острых формах заболевания могут быть боли, слабость
Кожный зуд	—	—	Отсутствует	Выраженный
Размер печени	Не увеличена или увеличена незначительно	Не увеличена или увеличена незначительно	Всегда увеличена, различной плотности	Всегда увеличена, различной плотности
Размер селезенки	Чаше увеличена	Как правило, не увеличена	Чаше увеличена	Иногда увеличена
Билирубинурия	Отсутствует	Отсутствует	Имеется, иногда отсутствует	Имеется
Уробилиногенурия	Отсутствует или незначительная	—	Имеется	Может отсутствовать
Содержание пигмента в кале	Резко повышено	Резко повышено	В норме	Понижено или отсутствует
Содержание билирубина в крови	Незначительно (в 3—5 раз) повышено, реакция не-прямая	Незначительно повышено, реакция не-прямая	Повышено, реакция преимущественно прямая	Повышено, реакция прямая и не-прямая
Содержание холестерина в крови	В норме	В норме	В норме или понижено	В норме или повышено
Активность щелочной фосфатазы	»	»	В норме или нерезко повышено	Резко повышено
Активность аминотрансфераз	»	»	Повышена	Чаше повышена, иногда соответствует норме
Тимоловая проба	»	»	»	Чаше в норме

## Дифференциальный диагноз желтухи (синоптическое изображение) (по Р. Хэгглину, 1965)

Дифференциально-диагностические признаки		Предпеченочная форма (гемолитическая желтуха)	Печеночная форма (паренхиматозная желтуха)				Послепеченочная форма (механическая желтуха, застойная желтуха)		
Причины		Повышенный гемолиз (конституциональный или приобретенный)	Гепатит, вирусная инфекция	Холангиогепатит, вирусная инфекция	Цирроз, алкоголизм, белковая недостаточность, после гепатита, холангитическая	Холостатический гепатоз медикаментозный	Камень, причины неизвестны, чаще у женщин	Изменения фатерова сосочка, камень, воспалительный процесс	Опухоль, причины неизвестны, холестицистопатия
Общие данные	Возраст	Любой	Любой	Любой	Средний	Любой	Средний	Средний	Средний и пожилой
	Боли	Отсутствуют	Чувство давления, редко интенсивные боли	Чувство давления, редко интенсивные боли	В общем отсутствуют	Отсутствуют	Часто, но не всегда, коликообразные	Неопределенные	Отсутствуют или незначительные
	Лихорадка, продромы	»	Часто имеется (во время продромальной стадии)	Часто имеется (во время продромальной стадии)	Отсутствуют (за исключением осложнений)	Отсутствует, начало постепенное	Часто кратковременная (1–3 дня)	Рецидивирующая	Отсутствует, начало постепенное, часто зуд
Данные пальпации	Печень	Нормальная или слегка увеличена, часто не прощупывается	Слегка увеличена, часто болезненна, часто не прощупывается	Слегка увеличена, болезненна, плотнее, чем при гепатите, иногда не прощупывается	Большая или маленькая, не болезненна, плотная, бугристая	Слегка увеличена, умеренно плотна, не болезненна, не всегда прощупывается	Иногда чувствительна, большей частью болезненна, часто не характерна	Не характерна, часто чувствительна	В большинстве случаев не увеличена, неболезненна, обычно имеется симптом Курвуазье (50%)
	Селезенка	Часто пальпируется	Часто пальпируется	Часто пальпируется	Пальпируется	Большой частью не пальпируется	Не пальпируется	Большой частью не пальпируется	Не пальпируется

Дифференциально-диагностические признаки		Предпеченочная форма (гемолитическая желтуха)	Печеночная форма (паренхиматозная желтуха)				Послепеченочная форма (механическая желтуха, застойная желтуха)		
	Лимфатические узлы	В норме	Часто увеличены шейно-затылочные	Часто увеличены	В норме	В норме	В норме	В норме	В норме
Лабораторные данные	Уробилиногенурия	Имеется	В начале заболевания и при затихании +, на высоте болезни часто переходящий отрицательный результат	Имеется	Имеется	Часто отсутствует	Имеется	Переменяющаяся	При полной закупорке отсутствует, иногда имеется
	Билирубинурия	Отсутствует	Имеется (в начале часто отсутствует)	Переменяющаяся	Переменяющаяся	Имеется	Имеется (часто лишь кратковременная)	Переменяющаяся	Имеется
	Испражнения	Темные (повышенное выделение уробилина)	Светлые, жировые на высоте болезни	Нехарактерные	Нормальные	Ахолические	Окрашены или ахолические	Нормальные или временами ахолические	Ахолические
	Картина крови	Анемия с ретикулоцитозом (иногда вспышками)	Нормальное число лейкоцитов или лейкопения	Не характерна	Макроглобулия, лейкопения, тромбопения (в поздних стадиях — синдром гиперспленизма)	В норме	В норме	В норме	Не характерна
	Реакция оседания эритроцитов	Умеренно ускорена (оседание как бы вуали)	В норме или умеренно ускорена	Ускорена	В норме или умеренно ускорена	»	В норме или умеренно ускорена	Часто ускорена	В норме или ускорена
	Билирубинемия	Незначительно повышена не-прямая +	Повышена, прямая и непрямая +	Временами повышена, прямая +	Слегка повышена	Повышена, прямая и не-прямая +	Кратковременно повышена	В норме или слегка повышена	Нарастающая, редко чрезмерная



**Дифференциально-диагностические лабораторные данные при различных формах желтухи**  
(цит. по М. Херглу, 1990)

Дифференциально-диагностические признаки	Виды желтух				
	гемолитическая	острая гепатоцеллюлярная (печеночная)	хроническая гепатоцеллюлярная (печеночная)	механическая	конъюгационная
Непрямой билирубин	Резко повышен	Слегка повышен	Слегка повышен	Слегка повышен	Резко повышен
Прямой билирубин	Нормальный или слегка повышен	Резко повышен	Умеренно или резко повышен	Резко повышен	Отсутствует или нормальный
Активность аминотрансфераз	Нормальная	Резко повышена	Нормальная или слегка повышена	Нормальная или слегка повышена	Нормальная
Активность щелочной фосфатазы	»	Нормальная или слегка повышена	Нормальная	Резко повышена	»
Уробилиноген в моче	Повышен	Имеется	Имеется	Отсутствует	Имеется или отсутствует
Билирубин в моче	Отсутствует	»	»	Имеется	Отсутствует
Окраска стула	Нормальный	Нормальный или слегка обесцвечен	Нормальный	Ахоличный или слегка окрашен	Окрашен. Ахоличный при синдроме Клигlera—Найяра

**Дифференциальные клинические симптомы и синдромы при диагностике заболеваний желчевыводящих путей у детей**  
(по Н.П. Шабалову; цит. по А.М. Запруднову и соавт., 1995)

Критерий	Форма дискинезии		Хронический холецистохолангит	Желчнокаменная болезнь
	гипертоническая	гипотоническая		
Анамнез	Невротические реакции, эмоциональные нагрузки, лабильность вегетативной нервной системы	Отрицательные эмоции, физические нагрузки	Слабость, вялость, признаки интоксикации, полигиповитаминоз	Предшествующие заболевания билиарной системы
Семейная предрасположенность	Характерна	Характерна	Характерна	Характерна
Сезонность обострения	Осенне-весенний период	Не характерна	Осенне-весенний период	Не характерна
Длительность заболевания	До 1 года	1–1,5 года	1,5–2 года	Длительно
<i>Характер болевого синдрома</i>				
Постоянные боли	Не характерны	Характерны	Характерны	Характерны
Связь с погрешностями в диете	Через 30–40 мин после приема холодной пищи	Через 1–1,5 ч после приема пищи, особенно жирной	Через 1,5–2 ч после приема пищи, особенно жирной и жареной	Сразу после приема пищи
Приступообразная боль	Характерна	Не характерна	Характерна	Характерна в период обострения
Локализация болей в правом подреберье	»	Характерна	»	Характерна
Ноющие тупые боли	Не характерны	»	Не характерны	Характерны

Таблица 257

**Дифференциальная диагностика нарушений моторики пищевода**  
(по Р.Б. Тейлору, 1995)

Заболевание	Перистальтика	Нижний сфинктер пищевода	Реакция на фармакологические пробы	Рентгенологические симптомы
Ахалазия	Отсутствует на всем протяжении	Давление более 30 мм рт. ст., часто в 3–5 раз выше нормы, не полностью расслаблен во время глотания	Классическая «реакция денервации» на холинергические препараты	На рентгенограмме грудной клетки: расширение тени средостения, уровень жидкости в пищеводе, газовый пузырь желудка отсутствует. Барий: расширение, перистальтики нет, дистальное сужение, рефлюкса нет
Склеродермия	Отсутствует или резко ослаблена в дистальных $\frac{2}{3}$ пищевода	Давление очень низкое, часто не определяется	Дистальные сокращения и давление почти не увеличиваются в ответ на введение холинергических препаратов	Барий: нормальная моторика проксимального отдела, нижние $\frac{2}{3}$ — нет сокращений, свободный рефлюкс, дистальная стриктура
Диффузный спазм пищевода	Вариабельная, синхронная, тетаническая или спонтанная, высокоамплитудная (более 200 мм рт. ст.), сокращения длительные (более 7 с)	Давление различное, при «активной ахалазии» давление повышено	Реакция на холинергические препараты, как при ахалазии. На нитраты: снижение амплитуды и длительности сокращений	Барий: сегментарные третичные сокращения или генерализованная картина «штопора» с псевдивертикулами, нет расширения и терминального сужения

#### 4.4. ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Таблица 258

**Дифференциальная диагностика первичных и вторичных нарушений гемостаза**  
(по Е. Браунвальду, К. Иссельбахеру, Р. Петерсдорфу (ред.), 1993)

Основные диагностические критерии	Первичный гемостаз (дефект тромбоцитов)	Вторичный гемостаз (белки плазмы)
Начало кровотечения после травмы	Сразу после травмы	Замедленное кровотечение (через несколько часов или дней)
Место кровотечения	Преимущественно поверхностное (кожа, слизистые оболочки, полость носа, желудочно-кишечный тракт и мочеполовые пути)	Глубокое (суставы, мышцы, забрюшинное пространство)

Основные диагностические критерии	Первичный гемостаз (дефект тромбоцитов)	Вторичный гемостаз (белки плазмы)
Данные клинического осмотра	Петехии, экхимозы	Гематомы, гемартрозы
Семейный анамнез	Аутосомно-доминантный тип наследования	Аутосомный или связанный с X-хромосомой рецессивный тип наследования
Реакция лечения	Немедленная, эффективно местное воздействие	Необходима поддерживающая системная терапия

Таблица 259

### Дифференциальная диагностика нарушений первичного и вторичного гемостаза (цит. по С.А. Симбирцеву, Н.Н. Гурину, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Нарушения гемостаза	
	первичного	вторичного
Тип кровоточивости (по З.С. Баркагану)	Микроциркуляторный (при тромбоцитопении, тромбоцитопатии)	Гематомный (при гемофилии)
	Васкулитно-пурпурный (при геморрагическом васкулите)	Смешанный (при болезни Виллебранда, ДВС-синдромах, дефиците II, VII, IX, X факторов)
	Ангиоматозный (при болезни Рандю—Вебера—Ослера)	
Наиболее характерные проявления геморрагического диатеза	Безболезненные поверхностные петехии и синяки различных размеров, чаще множественные, кровотечения из слизистых, петехии в местах трения одеждой, при мытье мочалкой или губкой, синяки в местах инъекций	Болезненные, напряженные гематомы мягких тканей, гемартрозы со значительным болевым синдромом, профузные носовые, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, гематомы в местах инъекций
Продолжительность кровотечения при царапинах, поверхностных резаных ранах	Продолжительное	Обычное
Значительное кровотечение после удаления зуба, операций и травм	Начинается непосредственно после повреждения тканей	Начинается через 2 ч позже
Продолжительность кровотечения после удаления зуба, операций, травм	Менее суток	Более суток
Появление или усиление геморрагического диатеза после приема лекарств, нарушающих функцию тромбоцитов	Как правило	Возможно лишь при значительном дефиците плазменных прокоагулянтов

## Дифференциальная диагностика тромбоцитопений у детей (по А. Мазурину, 1970)

Наименование заболеваний и симптомов	Сроки начала заболевания	Кровоизлияния в слизистые оболочки	Кровотечения из слизистых оболочек	Кожа*	Печень	Селезенка	Другие характерные симптомы
1	2	3	4	5	6	7	8
Болезнь Верльгофа	Чаще с 3 лет, иногда с рождения	Часто	Часто	Бледная после кровопотери	Может слегка увеличиваться	В 1/3 случаев прощупывается у реберного края	Отсутствуют
Амегакариоцитоз	С рождения	»	Постепенно увеличиваются	То же	Не увеличена	Обычно не увеличена	Часто имеются пороки развития
Синдромы: — Олдрича;  — Казабаха—Мерритта; — Фишера—Эванса;  — Мошковиц	В первые месяцы жизни  На первом году жизни После первого года жизни  После 5 лет	Часто  Наблюдаются не постоянно Могут наблюдаться	Часто, особенно из ЖКТ  Постепенно усиливаются Могут наблюдаться	Бледная после кровопотери  Бледная после кровопотери Желтушная окраска  Бледная после кровопотери	Может слегка увеличиваться  Не увеличена  Увеличена незначительно  В норме или слегка увеличена	Обычно не увеличена  Не увеличена  Увеличена незначительно  В норме или незначительно увеличена	Экзема, часто гнойные инфекции  Обязательно гемангиомы кожи Обязательно признаки гемолитической анемии  Часто кровоизлияния в ЦНС, тромбозы сосудов различных органов
Вторичные тромбоцитопении при: — лейкозе;	Чаще после первого года жизни, реже с рождения	Часто, особенно в терминальном периоде	Могут наблюдаться	Нарастающая бледность	Увеличена, иногда значительно	Увеличена, иногда значительно	Увеличение лимфатических узлов, боли в костях, некротически-язвенные изменения

1	2	3	4	5	6	7	8
— гипо- и апластической анемиях;	При врожденных — с рождения, при приобретенных — после первого года жизни	Часто	То же	Очень бледная	Не увеличена	Не увеличена	Часто пороки развития скелета при врожденных формах
— иммунной панцитопении;	После первого года жизни	Могут наблюдаться	То же	Бледная	»	Не увеличена	—
— коллагенозах;	С дошкольного или школьного возраста	Наблюдаются непостоянно	Появляются в терминальном периоде	Бледная после кровопотери	Может быть увеличена	Может быть увеличена	Кожные сыпи, изменения суставов, лимфаденит, миозит, дерматит, поражение сердца, почек и др.
— спленомегалии	В любом возрасте	То же	Могут наблюдаться	Изменена в зависимости от характера основного заболевания, сопровождающегося спленомегалией (например, ксантома при липондозах)	Увеличена	Значительно увеличена	Симптомы основного заболевания, вызвавшего спленомегалию

\* При всех указанных заболеваниях у детей отмечаются кровоизлияния в кожу: экхимозы и петехии, несимметрично расположенные, реже — гематомы (после травмы).

*Продолжение таблицы ↵*

Наименование заболеваний и симптомов	Число тромбоцитов	Ретракция сгустка	Время кровотечения (проба Дюка)	Факторы свертывания крови	Миелограмма	Количество мегакариоцитов	Антитела в крови
1	9	10	11	12	13	14	15
Болезнь Верльгофа	В период криза снижено, в период клинико-гематологической ремиссии в норме	При кризе замедлена или отсутствует, а при клинико-гематологической ремиссии в норме	Удлинено в период криза	Нарушение тромбопластинообразования за счет дефицита III тромбоцитарного фактора. Повышение антитромбoplastической и фибринолитической активности	В норме	В норме или повышено	Часто антитромбоцитарные аутоантитела
Амегакариоцитоз	Постепенно снижается	Замедлена	Удлинено	Нарушение тромбопластинообразования за счет дефицита III тромбоцитарного фактора. Изменение других факторов мало	»	Уменьшено или мегакариоциты отсутствуют	Отсутствуют
Синдромы: — Олдрича;	Прогрессивно уменьшается	Замедлена	Удлинено	Нарушение тромбопластинообразования за счет дефицита III тромбоцитарного фактора. Изменение других факторов мало изучено	В норме	В норме	Отсутствуют
— Казабаха— Мерритта;	Прогрессивно уменьшается	Замедлена или в норме	Постоянно удлинено	То же	»	»	»

1	9	10	11	12	13	14	15
– Фишера— Эванса;	Снижено	Замедлена	Удлинено	То же	»	»	Антитромбоци- тарные, антиэри- троцитарные
– Мошковиц	»	Чаще замедлена	»	То же	»	»	Отсутствуют
Вторичные тром- боцитопении при:							
– лейкозе;	Прогрессивно снижается	Замедляется по мере прогресси- рования болезни	Увеличивается по мере про- грессирования болезни	Нарушение тром- бопластинообразо- вания за счет дефи- цита III тромбоци- тарного фактора, часто повышена фибринолитиче- ская активность	Нарушение дифференциров- ки клеток	Уменьшено или мегакариоциты отсутствуют	Отсутствуют, редко изоанти- тела
– гипо- и апла- стической ане- миях;	Снижено	Замедлена	Удлинено	Нарушение тром- бопластинообра- зования за счет дефицита III тром- боцитарного фак- тора. Изменение других факторов мало изучено	Снижение эри- тро- и миело- поэза	То же	Отсутствуют
– иммунной панцитопении;	Снижено, но колеблется	Замедлена	Удлинено	То же	Может быть в норме или изменена	Обычно в норме	Антитромбоци- тарные, анти- эритроцитарные, антилейкоцитар- ные изоантитела
– коллагенозах;	Снижается по мере течения болезни	Замедляется по мере прогресси- рования болезни	Обычно в норме	То же	Обычно в норме	Уменьшено	Могут обнару- живаться раз- личные антитела
– спленомега- лии	Умеренно снижено	Слегка замедлена	То же	То же	Характер миело- граммы зависит от причины спленомегалии	Обычно в норме	Отсутствуют



Таблица 261

**Дифференциальная диагностика кровохарканья и рвоты кровью**  
(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Кровохарканье</b>	<b>Рвота кровью</b>
Цвет крови	Ярко-красная	Темно-красный или коричневый
Наличие пенистости	Есть	Нет
РН	Щелочная	Кислая
Наличие в крови дополнительных примесей	Может быть мокрота	Могут быть частицы пищи
Другие клинические признаки	Сопровождается кашлем. Кровотечению предшествует булькающий звук, тошнота	Кровотечение сопровождается позывами на рвоту

Таблица 262

**Материалы к дифференциальной диагностике кровохарканья**  
(по Р.Б. Тейлору, 1995)

<b>Классы заболеваний</b>	<b>Нозологические формы и травмы</b>
Инфекционные заболевания	Бронхит: – острый; – хронический. Бронхоэктатическая болезнь. Туберкулез. Пневмония: – вирусная; – бактериальная (пневмококковая, стафилококковая). Абсцесс легкого. Грибковые инфекции, включая микетому
Новообразования	Бронхогенный рак. Доброкачественные опухоли легких (аденомы бронхов). Метастазы опухолей (в частности, хориокарцинома, остеогенная саркома). Опухоли трахеи
Сердечно-сосудистые заболевания	Митральный стеноз. Инфаркт легкого. Артериовенозный свищ легочной артерии. Аневризма аорты. Стеноз легочной артерии. Синдром Эйзенменгера при сбросе слева направо
Травматические поражения	Ранение легкого при переломе ребра, огнестрельных или проникающих ранах грудной клетки. Ушиб легкого. Вдыхание дыма или токсических паров. Аспирация желудочного содержимого. Надрыв слизистой при длительном кашле. Разрыв бронха

Классы заболеваний	Нозологические формы и травмы
Паразитарные заболевания	Стронгилоидоз. Анкилостомоз. Трихинеллез. Шистосомоз. Эхинококкоз. Аскаридоз
Врожденные аномалии	Муковисцидоз. Секвестрация легких. Атрезия легочной артерии. Бронхогенные кисты. Врожденная геморрагическая телеангиэктазия
Иммунологические заболевания	Синдром Гудпасчера. Гранулематоз Вегенера. Острый волчаночный пневмонит. Узелковый периартериит. Саркоидоз. Синдром Бехчета
Ятрогенная патология	Бронхоскопия. Транстрахеальная аспирация. Чрескожная пункция легкого. Катетеризация катетером Сван—Ганца. Несостоятельность культи бронха после пневмонэктомии

## 4.5. ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ

Таблица 263

Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом диспепсии  
(по А.А. Баранову, Р.Р. Шиляеву, Б.С. Каганову, 2005)

Дифференциально-диагностические признаки	Простая диспепсия	Парентеральная диспепсия	Дизентерия	Кишечная Coli-инфекция	Сальмонеллез	Стафилококковая диарея	Вирусная диарея
Эпиданамнез	Контакта с инфекционными больными нет	Может быть контакт с больными вирусными и другими заболеваниями (реже желудочно-кишечными)	Может быть контакт с больными желудочно-кишечными заболеваниями	Может быть контакт с больными желудочно-кишечными заболеваниями	Может быть контакт с больными желудочно-кишечными заболеваниями	Может быть контакт с больными желудочно-кишечными заболеваниями, а также гнойные инфекции у ребенка или окружающих	Контакт с больными вирусными заболеваниями
Погрешности в диете	Имеются	—	—	—	—	—	—
Возраст	В основном дети до 6 мес., реже до 1–1,5 лет	В основном дети до 6 мес., реже до 1–1,5 лет	Реже до 6 мес., с возрастом частота заболеваний увеличивается	Дети с первых месяцев жизни до 2,5–3 лет	Любой, но чаще более старшие дети	Любой, но чаще дети до 1 года	Любой, но чаще дети до 1 года
Характер и кратность стула	5 раз (иа 2–3 раза чаще, чем по возрасту). Жидкий, зеленый с белыми комочками, с зеленоватой, прозрачной, стекловидной, слизью. Чаще с кислым, реже с гнилостным запахом	Такой же, как при простой диспепсии	Частый, скудный, жидкий или кашицеобразный с изолированной мутной слизью, с гноем и прожилками крови. Дефекация болезненна. Могут быть тенезмы или их эквиваленты	Жидкий, впитывается в пеленку, водянистый с малым количеством каловых масс, равномерно перемешанных со слизью, ярко-желтый, от 5 до 20 раз в сутки и более. Дефекация болезненна	Обильный, пенистый, брызжущий, зловонный, зеленый, напоминает болотную тину или лягушачью икру (симптомы гастроэнтерита преобладают). Дефекация болезненна	Чаще энтеритический, жидкий, равномерно перемешан со слизью, некоторые порции ярко-оранжевого цвета. Запах сырости. Если процесс распространен на толстый кишечник — колитический стул	Жидкий, кашицеобразный, 5–6 р/сут с небольшой примесью слизи на высоте вирусного заболевания (аденовирус, Коксаки и ЕСНО)

Дифференциально-диагностические признаки	Простая диспепсия	Парентеральная диспепсия	Дизентерия	Кишечная <i>Coli</i> -инфекция	Сальмонеллез	Стафилококковая диарея	Вирусная диарея
Рвота	В первые дни заболевания 1–3 раза после еды	В первые дни заболевания 1–3 раза после еды	В первые 2 дня 2–3 раза. При токсических формах частая	Может быть частой и упорной в течение 7–14 дней	Может быть частой и упорной в течение 7–14 дней	Может быть разной выраженности	Не характерна. Может быть на высоте инфекции
Температура тела	Нормальная, редко повышается до 37,2–37,5 °С	Как правило, высокая	Нормальная, субфебрильная, может быть высокой в течение 1–3 дней	Различная, может быть повышенной в течение 7–10 дней	Может быть с размахами в 1–2 °С, субфебрильной, нормальной. Могут быть повторные волны	Высокая или субфебрильная, реже нормальная	Повышена в течение 2–5 дней
Симптомы токсикоза	—	Есть	Могут быть (чаще нейротоксикоз)	Могут быть (чаще токсикоз с эксикозом)	Могут быть (чаще токсикоз с эксикозом)	Могут быть (чаще токсикоз с эксикозом)	Могут быть в первые 1–3 дня
Симптомы эксикоза	Возможны небольшая жажда, сухость кожи	В тяжелых случаях	Могут быть	Может быть очень тяжелая дегидратация	Может быть очень тяжелая дегидратация	Может быть очень тяжелая дегидратация	Редко, слабо выраженные
Состояние органов брюшной полости	Вздутие живота, колики. Небольшая болезненность по всему животу	Вздутие живота, колики. Небольшая болезненность по всему животу	Живот втянут, при пальпации дефанс и болезненность в левой подвздошной области, где определяется урчащая спазмированная сигмовидная кишка. Могут быть зияние ануса, выпадение прямой кишки	Энтеритический синдром: вздутие (метеоризм), умеренная болезненность при пальпации без определенной локализации. Могут быть увеличены печень и селезенка. Боли в животе задолго до дефекации	Энтеритический синдром: вздутие (метеоризм), умеренная болезненность при пальпации без определенной локализации. Могут быть увеличены печень и селезенка. Боли в животе задолго до дефекации. Чаще увеличена селезенка	То же, что при энтерите	Чаще вздутие, метеоризм, небольшая болезненность без определенной локализации

Продолжение таблицы 5

Дифференциально-диагностические признаки	Простая диспепсия	Парентеральная диспепсия	Дизентерия	Кишечная <i>Coli</i> -инфекция	Сальмонеллез	Стафилококковая диарея	Вирусная диарея
Копрограмма	Слизь (+++) лейкоциты — 1–2 в поле зрения. Нейтральный жир (+, ++), жирные кислоты (+, ++); мыла (+++). Перевариваемая клетчатка (+++), крахмал вне- и внутриклеточно	Слизь (+++) лейкоциты — 1–2 в поле зрения. Нейтральный жир (+, ++), жирные кислоты (+, ++); мыла (+++). Перевариваемая клетчатка (+++), крахмал вне- и внутриклеточно	Слизь (+, ++++), содержащая лейкоциты до ++++. Эритроциты от единичных; лейкоциты: до покрывающих все поле зрения. Реакция Грегерсена (колитический синдром)	Энтеритический синдром. Слизь до ++++. Мышечные волокна измененные (+), (нейтральный жир до ++++). Жирные кислоты и мыла до +++. Перевариваемая клетчатка, крахмал до ++++	Энтеритический синдром. Слизь до ++++. Мышечные волокна измененные (+), нейтральный жир до ++++. Жирные кислоты и мыла до +++. Перевариваемая клетчатка, крахмал до ++++	Чаще энтеритический синдром. При колите — слизь, лейкоциты, единичные эритроциты	Чаще энтеритический синдром. При колите — слизь, лейкоциты, единичные эритроциты, но менее выражено
Бактериологическое исследование кала	Отрицательное	Отрицательное	Высев возбудителей дизентерии	Высев энтеропатогенных кишечных палочек 0–111, 0–55 и др.	Высев сальмонелл	Высев патогенного стафилококка	Отрицательное
Серологические и другие исследования	—	—	Реакция Видаля с дизентерийной группой, положительная в динамике болезни	Реакция гемагглютинации кишечной палочкой положительная в динамике болезни	Высев возбудителя из крови и мочи. Реакция Видаля с возбудителями тифопаратифозной группы, положительная в динамике болезни	Высев возбудителя из крови и при септикопиемии. Реакции Видаля со стафилококковым диагностикумом или с аутоштамом, положительная в динамике болезни	Изучение в парных сыворотках крови реакции связывания комплемента с вирусным антигеном

Примечание. (+); (++) ; (+++) ; (++++) — степень выраженности.

Таблица 264

**Дифференциально-диагностические критерии заболеваний,  
протекающих с синдромом секреторной диареи  
(по Л.Н. Мазанковой, 1997)**

Дифференциально-диагностические признаки	Эшерихиозы	Ротавирусная инфекция
Возраст	ЭПКП — преимущественно 1-е полугодие жизни. ЭТКП — все возрасты	Разный, чаще 1–3 года
Сезонность	ЭПКП — зимне-весенняя. ЭТКП — летняя	Осенне-зимняя
Пути инфицирования	Пищевой, реже контактно-бытовой (нозокомиальный) и эндогенный	Контактно-бытовой, пищевой, водный
Начало болезни	Чаще постепенное	Острое
Локализация инфекционного процесса в желудочно-кишечном тракте	Гастроэнтерит; при ЭТКП возможен энтероколит, при ЭПКП — колит	Гастроэнтерит, энтерит
Тяжесть болезни	Разная; при ЭПКП у детей 1-го года жизни — тяжелая	Чаще легкая и среднетяжелая
Ведущий симптом, определяющий тяжесть болезни	Эксикоз II–III степени	Эксикоз I–II степени
Высота температуры	Нормальная или субфебрильная	Фебрильная или субфебрильная
День появления температуры	С 1-го дня болезни с нарастанием ко 2–5-му дню	С 1-го дня болезни с нарастанием к 3–5-му дню
Длительность температуры	1–5 дней	2–3 дня
Характер стула	Обильный, водянистый, ярко-желтого цвета, без примесей, редко — прозрачная слизь	Обильный, слабо окрашенный, без примесей
Частота стула	3–7 р/сут	2–7 р/сут
Длительность диарей	3–14 дней	2–7 дней
Длительность рвоты	3–7 дней. У детей 1-го года сохраняется более длительно	2–7 дней
Интенсивность рвоты	Множественная у большинства детей	Повторяется и множественная у большинства детей
Боли в животе	Редко, умеренные	Редко, умеренные
Гемограмма	Лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ, при ЭТКП — сдвиг формулы влево	Без изменений

*Примечание.* ЭПКП — энтеропатогенные эшерихии; ЭТКП — энтеротоксические эшерихии.

## Дифференциальная диагностика острой диареи различной этиологии у детей (по Ф.Ф. Расули, Д. Бакшичу, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Кишечная <i>Coli</i> -инфекция	Дизентерия	Сальмонеллез	Стафилококкоз (пищевая токсикоинфекция)	Стафилококкоз (энтероколит, энтерит)	Лямблиоз	Ротавирусная инфекция
Начало болезни, температурная реакция	Острое или постепенное, температура 38–39 °С, длительная, неправильного типа	Острое, температура 38–39 °С	Острое, температура с размахами, длительная	Острое, бурное, температура 38–39 °С	Начало острое или постепенное	Температура отсутствует	Острое температура 38–39 °С
Рвота	Срыгивания, упорная рвота до 7–10 дней	Рвота не всегда и не частая, 1–2 раза в течение 1–2 дней	Рвота частая и длительная, не связанная с приемом пищи	Множественная в течение 2–3 дней	Не частая	Рвота отсутствует	Рвота повторная и множественная
Боли в животе	Умеренные, приступообразные	Схваткообразные тенезмы	Умеренные	Умеренные	Умеренные	Неприятные ощущения в животе	Боли разной интенсивности (необязательный синдром). Почти всегда боль сопровождается громким урчанием в животе
Характер стула	Частый, жидкий, водянистый, брызжущий, впитывающийся в пеленку, слизь в виде светлых нитей, опалесцирующая	Частый, жидкий, может терять каловый характер, много слизи в виде «плевков» с прожилками крови	Частый, жидкий, обильный, зловонный, цвета «болотной тины», слизь смешана с каловыми массами	Жидкий, до 5 раз, слизь в небольшом количестве	Частый, жидкий, со слизью в небольшом количестве, при колите может быть с примесью крови	Стул обильный, зловонный, отмечается стеаторея («масляный стул»). Кровь в кале отсутствует	Обильный, водянистый, пенистый, желтого или желто-зеленого цвета, до 5 р/сут и более
Объективные данные	Живот безболезненный, вздут, мягкий при пальпации, анус сомкнут	Живот болезненный, спазмированная сигма, анус податлив	Язык обложен, живот вздут, слегка болезненный, урчание, иногда печень и селезенка увеличены	Живот мягкий, болезненный	Живот мягкий, слегка вздут, умеренная болезненность при пальпации	Вздутие живота	С первого дня болезни отмечаются конъюнктивит, катаральные явления на слизистых оболочках дыхательных путей и ротоглотки. У детей 1-го года жизни — «мраморность» кожи

## Дифференциально-диагностические отличия хронических диарей у детей раннего возраста

Дифференциально-диагностические признаки	Хронический энтерит	Аллергия к молоку	Дисахаридазная недостаточность	Целикия	Муковисцидоз
Начало	С рождения после острого заболевания	С введения докорма коровьим молоком, смесями	С рождения, после острого заболевания — лактазная недостаточность, прикорма овощами, фруктами, сахаразная недостаточность	Конец первого года, на втором году	С рождения или при введении прикорма
Пищевая непереносимость	Молоко, фрукты, при III степени тяжести	Все молочные продукты	Цельное молоко, соки, фрукты	Злаки и, возможно, молоко	Жирная пища
Аппетит	Различный	Чаше повышен	Различный	Снижен, в период ремиссии повышен	Повышен
Физическое развитие	Гипотрофия	Чаше выше среднего	Среднее	Гипотрофия, отставание роста	Ниже среднего
Изменения кожи	Полигиповитаминоз, при II, III степени тяжести	Кожа бледная, возможен аллергодерматоз	Не характерны	Полигиповитаминоз при обострении	Полигиповитаминоз, изменения ногтей — «часовые стекла»
Стеаторея	Легкая — при III степени тяжести	Легкая	—	Есть	Примесь жира в виде капель, сгустков
Водянистая консистенция	Редко при обострении	Редко в сочетании с отеками, гипопротенемией	—	При целикийном кризе, могут быть отеки, гипопротенемия	Редко, при отечно-анемической форме
Примесь крови в кале	—	Редко, возможно кишечное кровотечение, чаще скрытая потеря крови с калом	—	—	—



## Дифференциальный диагноз хронических диарей у детей (по А.А. Баранову, 1997)

Заболевания/состояния, сопровождающиеся хроническими диареями	Дифференциально-диагностические признаки			
	Возраст	Тип диареи	Сопутствующие клинические признаки	Влияние на развитие, массу и рост
Инфекция (сальмонелла, иерсениа, кампилобактeрия), инвазия	Любой	Водянистая, возможно, с примесью слизи, гноя, крови	Боль в области живота, рвота, повышение температуры тела	Возможно уменьшение массы тела
Лямблиоз	Любой	Стул обильный, малоокрашенный, зловонный, часто в ночное время	Увеличение объема живота, метеоризм, анорексия	Задержка роста (особенно при иммунодефиците)
Средний отит, инфекция мочевых путей	До 2 лет	Обычно незначительная	Проявление основного заболевания могут быть незначительными	Отставание в развитии при тяжелой форме заболевания
Постинфекционная диарея	До 2 лет	Может быть значительно выраженной при употреблении большого количества углеводов или при недостаточном питании	Клиническая картина соответствует таковой при непереносимости углеводов или при общем истощении	Уменьшение массы тела (особенно при «разгрузочной диете»)
Диетические факторы: – переедание;  – непереносимость белков коровьего молока, сои; – непереносимость пищевых продуктов; – энтеропатический акродерматит	До 6 мес.	Водянистая	Кишечные колики	Часто бывает избыточная масса тела
	До 2 мес.	Водянистый, «жирный» стул, иногда с примесью слизи, крови	Рвота, анемия, периферические отеки (редко)	Умеренное или выраженное
	До 6 мес.	Водянистая	Аллергические проявления	Не влияет
	До 12 мес.	В большинстве случаев тяжелая форма	Алоpecia, дерматит, конъюнктивит, рвота	Снижение массы тела
Первичная мальабсорбция желчных кислот	До 1 мес.	Резистентная	Дегидратация, истощение	Задержка роста, истощение
Синдром «раздраженной» кишки	От 6 до 36 мес.	Стул водянистый, обильный, со слизью и комочками непереваренной пищи	Отсутствуют	Не влияет
Токсическая диарея (антибиотики, препараты железа, химиотерапия, радиация)	Любой	«Рыхлый» стул, кал может содержать умеренное количество жира	Рвота, анорексия	В случаях радиационного энтероколита может быть выражено истощение

Заболевания/состояния, сопровождающиеся хроническими диареями	Дифференциально-диагностические признаки			
	Возраст	Тип диарей	Сопутствующие клинические признаки	Влияние на развитие, массу и рост
Опухоли (нейробластома, синдром Золлингера—Эллисона, карциноид, панкреатическая «холера»)	Любой	Тяжелая секреторная	Большое разнообразие симптомов («маски» других заболеваний), часто гипокалиемия	Вариабельно
Мальабсорбция углеводов: — врожденная сахароза-изомальтоза; — глюкоза-галактоза;  — приобретенная (вторичная) непереносимость лактозы; — глюкозы-галактозы	До 6 мес.	При приеме сахарозы	Увеличение объема живота, боль, метеоризм	Отставание в развитии, особенно при ранней манифестации  Задержка роста и развития, гипотрофия
	До 1 мес.	Стул водянистый, резистентная диарея	Дегидратация, ацидоз	
	4—8 лет	Кал от «рыхлого» до водянистого	Боли в области живота, метеоризм	Не влияет
	До 2 лет	Тяжелая водянистая	Дегидратация, ацидоз	В зависимости от степени тяжести основного заболевания
Патология поджелудочной железы: — муковисцидоз;  — синдром Швахмана—Даймонда; — хронический панкреатит	До 6 мес.	«Жирная»	Рецидивирующие бронхолегочные инфекции	Задержка роста и развития, гипотрофия  Ухудшение развития
	До 2 лет	«Жирная»	Нейтропения, остеопатия	
	Любой	Обычно как позднее осложнение	Рецидивирующие боли в животе, рвота	Вариабельное влияние на рост и развитие
Целиакия	До 2 лет	От умеренной степени до тяжелой	Рвота, анорексия, увеличение объема живота	Гипотрофия, задержка роста и развития
Интестинальная лимфангиэктазия	До 3 мес.	От умеренной степени до тяжелой, с «жирным» стулом	Инфекция, рвота, лимфедема	Задержка роста и развития, гипотрофия

Продолжение таблицы ↵

Заболевания/состояния, сопровождающиеся хроническими диареями	Дифференциально-диагностические признаки			
	Возраст	Тип диарей	Сопутствующие клинические признаки	Влияние на развитие, массу и рост
Дефекты иммунной системы: – приобретенная дисгаммаглобулинемия и изолированный IgA-дефицит	Любой	Вариабельный по степени тяжести; часто бывает синдром целиакии	Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей и легких	Возможны нарушения роста
Дефекты клеточного звена иммунитета	До 2 лет	Тяжелая форма с мальабсорбцией жиров	Нарушение аппетита, кожные сыпи, стоматит, рецидивирующие инфекции	Выраженные нарушения роста и развития
Врожденная патология: – хлоридная диарея;	До 1 мес.	Профузная, водянистая	Увеличение объема живота, алкалоз	Рост обычно замедлен
– а beta- и гипобеталипопротеинемия;	До 3 мес.	«Жирная»	Патология ЦНС, увеличение объема живота	Гипотрофия
– болезнь Вольмана;	До 1 мес.	Тяжелая форма, «жирная»	Рвота, гепатомегалия	Истощение
– мальабсорбция фолиевой кислоты;	До 1 мес.	Водянистая	Выраженная анемия, стоматит, кровоизлияния	Гипотрофия, задержка умственного развития
– галактоземия, тирозиноз	До 3 мес.	Непостоянная	Рвота, гепатомегалия, кровоизлияния	То же
Анатомические аномалии: – врожденные (мальротация частичная); тонко или толстокишечная обструкция, короткая кишка;	До 3 мес.	Резистентная, может имитировать целиакию	Рвота, увеличение размеров живота	Гипотрофия
– приобретенные (синдром «слепой» или «застойной» петли)	Любой	Тяжелая форма с мальабсорбцией углеводов и жиров	Увеличение размеров живота	Значительная задержка роста и снижение массы тела

Заболевания/состояния, сопровождающиеся хроническими диареями	Дифференциально-диагностические признаки			
	Возраст	Тип диареи	Сопутствующие клинические признаки	Влияние на развитие, массу и рост
<ul style="list-style-type: none"> <li>– хроническая кишечная псевдообструкция;</li> <li>– лимфосаркома;</li> <li>– семейный полипоз</li> </ul>	<p>Обычно после 4 лет</p> <p>После 4 лет</p> <p>Подростковый</p>	<p>Чередование запоров с хронической диареей</p> <p>Стул «рыхлый», целиакоподобный</p> <p>Стул «рыхлый», с примесью крови</p>	<p>Повторяющиеся эпизоды кишечной обструкции</p> <p>Спазматические боли, инвагинация; анемия</p> <p>Боли в области живота, анемия</p>	<p>Прогрессирующая потеря массы тела, возможна задержка роста</p> <p>Дистрофия</p> <p>Не влияет до момента малигнизации</p>
<p>Воспалительные заболевания кишечника:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– болезнь Крона;</li> <li>– неспецифический язвенный колит;</li> <li>– неспецифический энтероколит;</li> <li>– болезнь Гиршпрунга (энтероколит);</li> <li>– эозинофильный гастроэнтерит</li> </ul>	<p>Обычно после 10 лет</p> <p>Обычно после 10 лет</p> <p>До 3 мес.</p> <p>До 1 года</p> <p>Любой</p>	<p>Стул «рыхлый», часто в ночное время</p> <p>Кровянистая в ночное время. Тенезмы при неспецифическом язвенном колите</p> <p>Бурая водянистая</p> <p>Стул типа «горохового супа», зловонный</p> <p>Водянистая, иногда выраженная</p>	<p>Боли, как и внекишечные проявления (анорексия, поражение кожи, суставов, изменение крови и др.), более выражены при болезни Крона</p> <p>В дебюте рвота и лихорадка</p> <p>Токсикоз, увеличение размеров живота, лихорадка, эпизоды обстипации</p> <p>Рвота, обычно экзема, астма</p>	<p>Задержка роста при болезни Крона более выражена, чем при язвенном колите; задержка полового развития</p> <p>Кахексия</p> <p>Гипотрофия</p> <p>Гипотрофия (как правило, у детей раннего возраста)</p>
Нарушение вскармливания и ухода	До 1 года	«Рыхлый» стул	Апатия, сонливость, вялость, необычные реакции; следы побоев и жестокого обращения	Задержка роста и психомоторного развития
<p>Эндокринопатии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– гипертиреозидизм;</li> <li>– врожденная гиперплазия коры надпочечников</li> </ul>	<p>Любой</p> <p>До 1 мес.</p>	<p>Водянистая</p> <p>Водянистая</p>	<p>Признаки гипертиреозидизма</p> <p>Чаще рвота</p>	<p>Опережающий костный возраст</p> <p>Гипотрофия</p>

## 4.6. РВОТА

Таблица 268

### Дифференциальная диагностика рвоты у детей различного возраста при некоторых заболеваниях (по Ю.Е. Вельтищеву, 1970)

Заболевание	Частота и интенсивность рвоты	Особенности рвоты и другие дополнительные данные	Характерные изменения при лабораторных исследованиях и другие данные
<i>Новорожденные</i>			
Рвота от перекармливания	Может наблюдаться после каждого кормления	При повышенной лактации или при передозировке молока	Общее состояние ребенка не страдает
Аэрофагия	Чаще в горизонтальном положении, при пеленании, частота различна	Развивается при затрудненном носовом дыхании ребенка, аномалиях соска у матери	При рентгенологическом исследовании — значительное скопление воздуха в желудке
Брахизофагус	Частая обильная, у детей грудного возраста	Усиливается в горизонтальном положении. Исчезает, когда ребенок начинает ходить	Рентгенологически: короткий пищевод, желудок вытянут над диафрагмой
Стеноз пищевода	Обильная, связанная с кормлением	Появляется после первого кормления, иногда на 7—10-й день жизни	Рентгенологически: резкое сужение пищевода, замедленно его опорожнение
Атрезия пищевода, пищеводно-трахеальный свищ	После первого кормления	Невозможность глотания. Сопровождается кашлем, цианозом, обильным слюноотечением	Рентгенологически: заполнение липидолом (не взвесью бария!) бронхиального дерева
Дивертикул пищевода	Наступает периодически	В рвотных массах примесь большого количества слизи	Рентгенологически: округлая тень на стенке пищевода
Атрезия и стеноз тонкой кишки	Частая и обильная	В рвотных массах содержится желчь	Рентгенологически: непроходимость (взвесь бария останавливается в тонкой кишке). Гипокалиемия
Мекониальный илеус (муковисцидоз)	Обильная, после кормления, возникает на 2—3-й день жизни	Клиническая картина обтурационной кишечной непроходимости	Высокое содержание хлора в слюне и поте, положительный тест на мекониальный илеус (муковисцидоз) — обильный осадок при добавлении трихлоруксусной кислоты к фильтрату кала

<b>Заболевание</b>	<b>Частота и интенсивность рвоты</b>	<b>Особенности рвоты и другие дополнительные данные</b>	<b>Характерные изменения при лабораторных исследованиях и другие данные</b>
Атрезия заднего прохода прямой кишки	Обильная, после кормления, возникает на 2–3-й день жизни	Тяжелое общее состояние, желчь в рвотных массах, отсутствие мекония	Данные осмотра заднего прохода, зондирования прямой кишки
Перитонит	Непрерывная, не связанная с приемом пищи	Тяжелое общее состояние, коллапс, живот вздут, напряжен	Сгущение крови
Пилоростеноз	Обильная, частая, «фонтаном», возникает на 2–4-й нед. жизни	Развитие дегидратации, потеря веса, видимая перистальтика желудка (в виде «песочных часов»)	Гипохлоремический алкалоз, гипокалиемия. Рентгенологически: длительная (12–24 ч), задержки бария в желудке. Иногда прощупывается утолщенный пилорический отдел желудка
Псевдопилоростеноз как проявление аденогенитального синдрома	«Фонтаном», с первых дней жизни, иногда позднее	Дегидратация, дистрофия, может наблюдаться усиленная перистальтика желудка	Метаболический ацидоз, гиперкалиемия, потеря натрия с мочой. Низкий уровень основных гормонов коры надпочечников в крови и моче
Пилороспазм	С рождения, небольшим количеством, частота рвоты варьирует по дням	Сопровождается беспокойством, но резкого падения веса не отмечается	Данные рентгенологического исследования (для дифференциальной диагностики с пилоростенозом): задержка бария в желудке, однако через 6–8 ч желудок пуст
<i>Грудные дети</i>			
Отит, пневмония и другие заболевания, не связанные с поражением органов пищеварения	Нечастая, неинтенсивная, наблюдается после кормления и натошак	Появляется в начале или разгаре заболевания, прекращается при выздоровлении	Симптомы основного заболевания
Диспепсия простая	После кормления, однократная, иногда повторная	Предшествует поносу или начинается вместе с ним	Общее состояние нетяжелое, частый жидкий стул

*Продолжение таблицы* ➤

Заболевание	Частота и интенсивность рвоты	Особенности рвоты и другие дополнительные данные	Характерные изменения при лабораторных исследованиях и другие данные
Диспепсия токсическая	После кормления или приема жидкости, иногда спонтанная	В рвотных массах слизь, кровь, иногда рвота «кофейной гущей»	Тяжелое общее состояние, быстрое развитие токсикоза, эксикоз, частый жидкий стул. Сгущение крови, гипокалиемия, ацидоз, чаще гипонатриемия
Дизентерия	Нечастая, усиливается при развитии вторичного токсикоза	Чаще предшествует поносу или начинается вместе с ним	Эпидемиологический анамнез, выраженный политический синдром, бактериологические исследования. Нейтрофильная лейкоцитоз в крови, изменения монограммы крови при вторичном токсикозе
Колиэнтерит	Множественная, в начале заболевания, при длительном течении частота и интенсивность ее различны	Упорная при нарастании токсикоза и умеренно выраженной дегидратации	Эпидемиологический анамнез, жидкий водянистый стул, бактериологические исследования кала. Нейтрофильный лейкоцитоз, сгущение крови, ацидоз, водodefицитное, изотоническое или гипертоническое обезвоживание
Дисахаридазная недостаточность (непереносимость лактозы, сахарозы, мальтозы)	Связана с приемом пищи, содержащей соответствующие дисахариды	Сочетается с упорными поносами и дистрофией	Уплотненная сахарная кривая крови после нагрузки соотв. сахаром. Исчезает после устранения из диеты непереносимого сахара. Положительные пробы на сахар в моче, высокое содержание молочной кислоты в кале. Аспирационная биопсия слизистой оболочки кишечника
Почечный канальцевый ацидоз (синдром Лайтвуда)	Периодически	Сочетается с полиурией, запорами, дистрофией	Метаболический ацидоз а крови, щелочная реакция мочи
Наследственные болезни аминокислотного обмена	Периодически, иногда с момента рождения	В большинстве случаев задержка нервно-психического развития	Изменения аминокислотного состава крови и мочи
Галактоземия	С момента рождения	Желтуха, гепатомегалия, в тяжелых случаях — нервно-психические нарушения, катаракта	Повышенное содержание галактозы в крови и моче, галактозо-1-фосфата в эритроцитах

Заболевание	Частота и интенсивность рвоты	Особенности рвоты и другие дополнительные данные	Характерные изменения при лабораторных исследованиях и другие данные
Инвагинация кишечника	Множественная в начале заболевания, повторяется приступами	В рвотных массах, помимо содержимого желудка, желчь, загнившее кишечное содержимое	Тяжелое общее состояние, данные рентгенологического исследования (непроходимость). Прощупывается инвагинат в брюшной полости. Кровавый стул. Гипохлоремия
<i>Дети старше 1 года</i>			
Острый гастрит	Наступает под влиянием погрешности в диете после приема пищи	Рвотные массы состоят из застоявшейся пищи с примесью слизи, желчи, иногда с прожилками крови	Боли в области желудка
Энтероколит, колит	Редкая, через определенный период после приема пищи	Понос	В испражнениях примесь слизи, иногда крови
Аппендицит	В начале заболевания нечастая, не связанная с приемом пищи	Признаки раздражения брюшины	Симптомы «острого живота». Нейтрофильный лейкоцитоз в крови
Эпидемический гепатит	Однократная или повторная в начале заболевания, сопровождается анорексией, тошнотой	Увеличение размеров печени, появление желтухи, изменение цвета мочи и кала	Связанный билирубин в крови, желчные пигменты и уробилин в моче, повышение активности трансаминаз, альдолаз, щелочной фосфатазы
Панкреатит	Частая, мучительная, неукротимая, с начала заболевания	Резкие боли в эпигастриальной области	Общее тяжелое состояние, коллапс, повышение активности диастазы в моче и амилазы в крови
Ацетонемическая рвота	Неукротимая, начинается внезапно	Появлению рвоты предшествуют предвестники (недомогание, раздражительность)	Запах ацетона от больных, сопор или кома. Сгущение крови, ацидоз, ацетон в крови и моче
Заболевания почек	В начале заболевания однократная или повторная	Рвота может быть при уремии и почечной колике. Отечный синдром, гипертензия	Изменения в моче, повышение остаточного азота крови, изменения протеинограммы
Острая азотемия (эклампися)	Частая, неукротимая	Появляется внезапно, сочетаясь с головной болью, расстройствами зрения, нарушениями сознания, судорогами	Повышение артериального давления. Гиперазотемия, анурия, олигурия, протеинурия, гематурия

*Продолжение таблицы* ↗



Заболевание	Частота и интенсивность рвоты	Особенности рвоты и другие дополнительные данные	Характерные изменения при лабораторных исследованиях и другие данные
Кома уремиическая	Постепенное усиление рвоты при нарастании азотемии	Появляется после предвестников (головная боль, анорексия, поносы)	Данные анамнеза. Протеинурия, гематурия. Признаки почечной недостаточности. Гиперазотемия, гиперкалиемия, ацидоз
Кома диабетическая	Не связана с приемами пищи, может быть частой	Появляется после предвестников — вялость, тошнота, жажда, в тяжелых случаях потеря сознания, судороги	Гипергликемия, положительные пробы на ацетон, в моче ацидоз, сахар
Синдром Уотерхауса—Фридериксена	Неукротимая, возникающая внезапно	Гипертермия. Резкая адинамия, коллапс, сыпи, участки цианоза на коже	Биохимические признаки недостаточности коры надпочечников
Лихорадочные заболевания (скарлатина, ангина, грипп и т.п.)	В начале заболевания, частота индивидуальна	Сопровождает повышение температуры, исчезает по мере ее снижения	Симптомы основного заболевания. Лабораторные данные, характерные для основного заболевания
Рвота при нервной анорексии	После пищи, данной по принуждению. Впоследствии пища становится условным раздражителем, вызывающим рвоту	Дети отличаются повышенной возбудимостью, развивающейся на почве неправильного воспитания	Общее состояние нарушается незначительно

## 4.7. ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ

Таблица 269

Основные дифференциально-диагностические критерии отечного синдрома различного генеза (по И.А. Золотухину, А.И. Кириенко, 2003)

Заболевание	Дифференциально-диагностические критерии		
	Время появления и характер отека	Локализация отека	Дополнительный критерий
Острый тромбоз глубоких вен	Возникает при развитии тромбоза, носит нарастающий характер в первые дни и затем становится постоянным	Голень или голень + + бедро (в зависимости от уровня тромбоза)	Отек развивается внезапно. Сопровождается болями. Поражение чаще одностороннее. Варикозное расширение вен редко
ХВН: — варикозная болезнь;  — посттромбофлебитическая болезнь	Во второй половине дня, преходящий  Постоянный	Околородыжечная зона, нижняя треть голени  Голень или голень + + бедро (в зависимости от уровня предшествовавшего тромбоза)	Характерно варикозное расширение вен. Часто — двустороннее поражение  Варикозное расширение вен появляется спустя несколько лет от начала заболевания. Поражение чаще одностороннее
Лимфедема	Во второй половине дня (начальные стадии), впоследствии становится постоянным	Стопа и голень (бедро отекает при 3–4-й стадии заболевания)	Обычно одностороннее поражение. Варикозное расширение вен — редко
Флеболимфедема	Во второй половине дня, преходящий (постоянный только при посттромбофлебитической болезни)	Стопа и нижняя треть голени (при посттромбофлебитической болезни может отекать вся конечность)	Характерно варикозное расширение вен. Трофические расстройства — часто. Двустороннее поражение — часто
Остеоартрикулярная патология	Появляется в остром периоде, впоследствии регрессирует	В области пораженного сустава	Выраженный болевой синдром с ограничением движений в суставах. Плоскостопие, <i>Hallux valgus</i>
Заболевания внутренних органов	Время появления отека зависит от выраженности основной патологии, отек постоянный	Дистальные отделы голени	Всегда двустороннее поражение. Выраженные признаки основной патологии
Хроническая артериальная недостаточность	При критической ишемии отек постоянный, субфасциальный	Голень (никогда не отекает бедро)	Большинство пациентов — мужчины. Всегда имеются признаки артериальной ишемии
Идиопатические ортостатические отеки	В вертикальном положении, преходящий	Дистальные отделы голени	Отмечаются у женщин 20–30 лет

## Дифференциальная диагностика отечного синдрома или некоторых заболеваний у детей (по В. Лебедеву, 1970)

Наименование синдромов и заболеваний	Возраст детей	Локализация и характер отека	Причина отека	Дополнительные клинические признаки	Лабораторные биохимические данные
Отечный синдром недоношенных детей	На 3–4-й день жизни	Запястья, стопы, половые органы, нижняя часть живота. Отеки выражены слабо, мягкие	Несовершенный водно-солевой обмен, слабая концентрационная способность почек, высокая проницаемость капилляров, гипопротейнемия	Признаки недоношенности	Гипопротейнемия
Общий врожденный отек	С 1-го дня жизни, чаще у недоношенных детей	Генерализованный отек, наличие жидкости в полостях тела. Отеки мягкие	1. Резус- и АВ0-несовместимость крови плода и матери. 2. Скрытая кровопотеря плода	1. Бледность, печень и селезенка увеличены. Сердечная недостаточность. Анемия. 2. Желтуха, дыхательная недостаточность, увеличение размеров печени. Брадикардия. Повышение венозного давления. Анемия	1. В крови большое количество эритробластов и нормобластов. Гипопротейнемия. 2. Эритробластоз. Гипопротейнемия
Склередема	В первые дни жизни. Чаще у недоношенных	Наружная сторона бедер, иногда ягодицы. Отеки плотные. Ямка после надавливания исчезает очень медленно	Охлаждение	Температура ниже нормы. Кожа напряжена, холодная	Гипопротейнемия у некоторых детей, особенно у недоношенных
Врожденный липоидный нефроз	В возрасте 1–2 лет	Отеки образуются постепенно, начинаются с век, затем генерализуются, по характеру дряблые, мягкие, быстро образуются ямки. Асцит	Наследственная нефропатия. Гипопротейнемия	Изменение мочевого осадка. Чрезвычайно важно обследование родителей и родственников ребенка для исключения семейных форм заболевания. Волнообразное течение	Отсутствие биохимических, и иммунологических признаков активности воспалительного процесса (например, отсутствие повышения титра антистрептолизина и антистрептогалактуронидазы или понижение титра компонента). Массивная протеинурия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия

Наименование синдромов и заболеваний	Возраст детей	Локализация и характер отека	Причина отека	Дополнительные клинические признаки	Лабораторные биохимические данные
Диффузный гломерулонефрит (гематурическая форма)	В возрасте старше 3 лет	Лицо, мошонка, нижние конечности. Отек возникает утром, к вечеру уменьшается. Плотный	Повышение гялу-ронндазной активности сыворотки крови и проницаемости капилляров	Бледность, гипертония, приглушение тонов сердца, систолический шум. Увеличение печени. Гематурия, протенурия, цилиндурия	Олигурия, никтурия. уменьшение клубочковой фильтрации. Лейкоцитоз, эозинофилия, ускоренная РОЭ. Гиперазотемия. Гиперглобулинемия (за счет альфа- и гамма-фракций)
Диффузный гломерулонефрит (нефротическая форма)	Чаще в дошкольном возрасте	Отеки распространенные периферические и полостные, мягкие, подвижные	Повышение проницаемости капилляров, гипопротейнемия. Повышение продукции антидиуретического гормона и альдостерона. Задержка натрия	Бледность, приглушение тонов сердца. Систолический шум. Увеличение печени. Протеинурия (больше 1,5 г белка в сутки)	Гиперлипемия. Гиперхолестеринемия, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гиперальфа- и гипогаммаглобулинемия. Резко ускоренная РОЭ
Отек Квинке (ангионевротический)	У детей старшего возраста	Отек кожи, подкожной жировой клетчатки и слизистых оболочек. Появляется внезапно на веках, губах, животе и других частях тела, а также слизистых оболочках внутренних органов	Аллергической природы. Нарушение вегетативной иннервации и проницаемости сосудов	Клиника определяется локализацией отека. Отек гортани может вызвать асфиксию, отек мозговых оболочек — головную боль, рвоту, сонливость и т.д.	Эозинофилия
Отечный синдром при недостаточности кровообращения	В грудном и более старшем возрасте (у новорожденных менее выражен)	Нижние конечности, поясница. Асцит. Отеки усиливаются к вечеру, уменьшаются к утру	Венозная гипертония. Повышение проницаемости капилляров. Задержка в организме натрия и воды. Вторичный гиперальдостеронизм. Сужение лимфатических сосудов и затруднение оттока лимфы из тканей	Цианоз слизистых оболочек и конечностей. Набухание шейных вен. Одышка, застойные явления в легких. Изменения сердца. Альтернирующий пульс. Систолический ритм галопа. Увеличение печени. Симптомы основного заболевания.	На ЭКГ укорочение интервала $T-P$ , увеличение систолического показателя, уменьшение вольтажа зубцов, появление изоэлектрического или отрицательного зубца $T$

Продолжение таблицы ↻

Наименование синдромов и заболеваний	Возраст детей	Локализация и характер отека	Причина отека	Дополнительные клинические признаки	Лабораторные биохимические данные
				У больных ревматизмом выраженность отечного синдрома определяется активностью ревматического процесса	
Цирроз печени	В любом возрасте	После развития асцита отеки появляются на лице, верхних конечностях и верхней половине туловища	Внутрипеченочная блокада. Позднее — проявления гипопроteinемии и вторичного гиперальдостеронизма	Бледность; на коже лица, верхних конечностей и верхней половине туловища «печеночные знаки» — сосудистые звездочки и расчесы. Петехии, синяки, кровотечения из носа и десен. Выражена венозная сеть в области живота — «голова медузы». Печень плотная, каменистая, край ее неровный. Часто увеличена селезенка. Олигурия. Гепаторенальный синдром	Анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия. Гипохолестеринемия. Гликемические кривые со значительным подъемом и медленным снижением. Положительная бромсульфофталеиновая проба. Повышение в сыворотке крови ферментов. Данные прижизненной пункционной биопсии печени
Склерема	У новорожденных, особенно у ослабленных, истощенных и тяжелобольных	Проксимальные отделы конечностей. При лихорадочных состояниях может распространяться по всему телу, ямки при надавливании не образуются	Обезвоживание	Кожа синюшная, твердая и холодная. Симптомы основного заболевания. Появление отеков — признак, неблагоприятный для жизнеспособности новорожденного. Прогноз улучшается при своевременном лечении	Сгущение крови, лейкоцитоз, гипопроteinемия, гипернатриемия
Хронические расстройства пищеварения и питания (хроническая дизентерия и др.)	В грудном возрасте	Кисти, стопы. Раньше выявляется по внутренней поверхности голени	Повышение проницаемости сосудов, изменение функций печени, гипопроteinемия	Симптомы основного заболевания	Гипопроteinемия

Наименование синдромов и заболеваний	Возраст детей	Локализация и характер отека	Причина отека	Дополнительные клинические признаки	Лабораторные биохимические данные
Квашиоркор	Чаще в возрасте 1 года — 3 лет	Ноги и лицо. При тяжелых формах — асцит	1. Неправильное и неполноценное питание. 2. Следствие хронических инфекций	Вялость, апатия. Маскообразное лицо. Задержка в росте, физическом развитии. Депигментация кожи, волос. Дерматоз. Явления полигиповитаминоза. Анорексия. Диспептические явления	Анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная РОЭ. Гипопротеинемия
Гиповитаминоз В	В грудном возрасте	Дистальные отделы конечностей. Отеки плотные	Нарушение водного обмена в результате недостатка витамина В (при неполноценном вскармливании)	Расширение кровеносных сосудов. Увеличение размеров сердца. Приглушение сердечных тонов, понижение артериального давления. Склонность к поносам	На ЭКГ понижение амплитуды зубцов комплекса QRS. Повышенное содержание в сыворотке крови пировиноградной кислоты. Гипопротеинемия нет
Микседема	С рождения	Одутловатость лица, век и щек. Язык увеличен, губы утолщены. Отек слизистого характера	Недостаточная выработка щитовидной железой тироксина	Отставание в физическом и умственном развитии. Кожа сухая, бледная, часто с желтоватым оттенком. «Жировые подушечки» в над- и подключичных, подкрыльцовых впадинах. Гипотония мышц. Пупочные грыжи. Закрытие родничков, прорезывание зубов, образование точек окостенения запаздывает. Голос низкий. Дыхание ритмичное. Брадикардия. Артериальная гипотония	На ЭКГ снижение зубцов P, R, T, Анемия. Нередко ускоренная РОЭ. Гиперхолестеринемия
Синдром Шерешевского—Тернера (хромосомная аберрация) у девочек	С периода новорожденности	Тыльная поверхность стоп. Отек в виде подушек	Нарушение нейрогуморальной регуляции водно-солевого обмена	Крыловидные кожные складки на шее, лишняя кожа на затылке. Низкая граница роста волос на лбу и затылке, большое расстояние между сосками. Деформация грудины и другие костные аномалии. Врожденный порок сердца. Врожденный птоз. Отставание в росте и психическом развитии. Нарушение полового развития	Повышенное содержание гонадотропина в моче. Половой хроматин отсутствует

Продолжение таблицы ☞

Наименование синдромов и заболеваний	Возраст детей	Локализация и характер отека	Причина отека	Дополнительные клинические признаки	Лабораторные биохимические данные
Целиакия	В конце 1-го года жизни, чаще в возрасте 2–3 лет	Стопы, веки. В далеко зашедших случаях — генерализованные отеки. Псевдоасцит	Нарушение всасывания в тонкой кишке жиров и углеводов вследствие непереносимости клейковины (глиадина). Гипопротеинемия	Пониженный аппетит. Вялость, бледность, истощение. Мышечная атония. Ногти в виде часовых стекол, зубы дистрофичны, остеопороз. Сосочки языка сглажены. Живот увеличен за счет метеоризма и псевдоасцита. Стул учащен, кал разжижен, пенистый, ахоличный, сероватый. Объем испражнений увеличен. Симптомы поливитаминной недостаточности	Гипохромная анемия. Гипопротеинемия. Кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, холестерин, липиды крови снижены. Сахарная кривая уплощена. Введение глиадина повышает содержание глютамина в крови. В кале жирные кислоты
Экссудативная энтеропатия	Чаще после 1-го года жизни	Стопы, веки, иногда асцит	Гипопротеинемия вследствие протеиндиареи (потеря белков крови через стенку желудочно-кишечного тракта)	Задержка физического развития. Дистрофия. Мышечная гипотония. Симптомы основного заболевания	Диагноз подтверждается иммуноэлектрофоретическими исследованиями белков сыворотки крови и кала
Муковисцидоз	Период новорожденности, грудной возраст	Стопы, веки. В далеко зашедших случаях — генерализованные отеки. Псевдоасцит	Выпадение функции панкреатических ферментов. Гипопротеинемия	Аппетит хороший. Бледность. Дистрофия. Недостаточная прибавка в массе тела. Иногда с первых дней кашель, хронический бронхолегочный процесс. Учащенный стул, зловонные испражнения	Гипопротеинемия. В кале нейтральный жир. При исследовании дуоденального содержимого обнаруживается повышенная вязкость, сниженне активности липазы, трипсина, диастазы. Повышенное содержание натрия в слюне и поте

## 4.8. КАШЕЛЬ. СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ. ОБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

Таблица 271

Дифференциальная диагностика заболеваний в зависимости от характера кашля  
(по Х. Михову, 1977)

Характер кашля	Заболевание
Сиплый	Ларингит, ложный круп, круп, ларингоспазм, корь, папиллома гортани, отек гортани
Спастический	Коклюш, инородное тело, муковисцидоз, вирусные пневмонии, пневмоцистоз, спастический бронхит, бронхоэктазии
Битональный	Туберкулезный бронхоаденит, лимфосаркома средостенки, лимфогранулема средостения, лейкемическая опухоль средостения, другие опухоли средостения, медиастинальный плеврит, кардиомегалия
Болезненный	Крупозная пневмония, бронхопневмония, плеврит, трахеит, перелом ребра
Вялый	Диффузный перитонит, операция живота, врожденная миотония, большая диафрагмальная грыжа, буллезные кисты
Паретический	Паралич при полиомиелите, полирадикулит, дифтерийный полиневрит, параличи гортани, опухоли средостения

Таблица 272

Дифференциальная диагностика причин кашля в зависимости от клинических признаков (по Т.В. Спичаку, 2008)

Клинические признаки	Возможные причины	Методы исследования
Поражение нервной системы	Аспирационная легочная болезнь	Рентгенография легких. Трахеобронхоскопия. Исследование ЖБАЛ
Деформация грудной клетки	Болезни легких или сердца	Рентгенография органов грудной клетки. Эхокардиография. Исследование ФВД
Утолщение концевых фаланг пальцев	Хронические болезни легких, сопровождающиеся гипоксемией	Рентгенография легких. Исследование ФВД. Трахеобронхоскопия. Определение хлоридов пота. Исследование уровня иммуноглобулинов
Дефицит массы тела, роста	Любые серьезные системные болезни, включая легочные (муковисцидоз)	Рентгенография легких. Исследование ФВД. Трахеобронхоскопия. Определение хлоридов пота. Исследование уровня иммуноглобулинов, ЦИК и ревмофакторов (по показаниям)
Акроцианоз	Болезни легких или сердца	Рентгенография органов грудной клетки. Эхокардиография. Исследование ФВД и газового состава крови
Одышка в покое	Болезни легких	Рентгенография органов грудной клетки (КТ легких — по показаниям). Исследование ФВД и газового состава крови

Продолжение таблицы ↗



Окончание табл. 272

Клинические признаки	Возможные причины	Методы исследования
Одышка при физической нагрузке	То же	Исследование ФВД. Проба с физической нагрузкой и бронходилататорами. Аллергообследование
Постоянный продуктивный кашель	Хронические бронхолегочные болезни, хронический синусит	Рентгенография легких (КТ легких — по показаниям). Исследование ФВД. Трахеобронхоскопия. Определение хлоридов пота. Исследование уровня иммуноглобулинов
Кровохарканье	Гнойные деструктивные болезни легких, гемосидероз, сосудистая патология	Рентгенография легких (КТ легких в сосудистом режиме или скантиневмография — по показаниям). Туберкулинодиагностика. Исследование ФВД. Трахеобронхоскопия с определением гемосидерофогов в ЖБАЛ. Исследование уровня иммуноглобулинов
Хрипы в легких	Патология дыхательных путей или легочной паренхимы	Рентгенография легких (КТ — по показаниям). Исследование ФВД. Трахеобронхоскопия. Определение хлоридов пота. Исследование уровня иммуноглобулинов
Шумы в сердце	Патология сердечной или легочно-сердечной систем	Эхокардиография. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки

*Примечание.* ЖБАЛ — жидкость бронхоальвеолярного лаважа; ФВД — функция внешнего дыхания (у детей старше 5 лет); ЦИК — циркулирующие иммунные комплексы; КТ — компьютерная томография.

Таблица 273

### Дифференциальная диагностика состояний, сопровождающихся синдромом шумного дыхания, у детей раннего возраста

(по Н.П. Шабалову; цит. по Р.Г. Артамонову и В.К. Таточенко, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Обструктивные формы бронхита	Стенозирующий бронхит	Обструкция верхних дыхательных путей, врожденный стридор	Синдром аспирации пищи	Внутригрудное образование
Начало	Острое	Острое	Постепенное	Постепенное	Постепенное
Характер одышки	Экспираторная	Инспираторная	Инспираторная	Экспираторная	Экспираторная
Дыхание при изменении положения тела	Не меняется	Не меняется	Улучшается в вертикальном положении	Не меняется	Может изменяться в разных положениях
Нарушение глотания	—	—	Может затрудняться	Вытекание ее через нос	Иногда затруднено
Решающий дифференциально-диагностический прием	Эффект от бронхолитиков	Осмотр ЛОР-врачом	Осмотр ЛОР-врачом	Пробы на рефлюкс, дисфагию	Рентгенография и другие исследования грудной клетки

**Дифференциальная клиника диагностики наиболее частых заболеваний, приводящих к обструкции гортани**  
(по Н.П. Шабалову, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Вирусный ларинготрахеит	Эпиглоттит	Отек гортани	Ларингомалация	Инородное тело	Ларингоспазм	Дифтерия
Этиология	Обычно парагрипп 1-го типа	Обычно гемофильная палочка	Анафилактические аллергические реакции	Порок развития	Мелкие предметы	Гипокальциемия	Коринобактерия дифтерии (палочка Леффлера)
Возраст	6 мес. — 6 лет	3–7 лет	Обычно до 3 лет	Обычно с первых дней жизни	Любой, но обычно 1–5 лет	От 3 мес. до 2 лет	Любой, но обычно 1–5 лет
Преморбидный фон	Разный, но чаще не осложнен	Разный, но чаще не осложнен	Атопический или экссудативный диатез	Могут быть другие пороки развития	Не осложнен	Рахит, врожденный стридор, спазмофилия	Не осложнен
Начало заболевания	Острое (одно-временно или на фоне нескольких часов ОРВИ*) или постепенное нарастание за 2–5 дней	Острое	Острое за несколько часов (чаще ночью)	С рождения или со второго месяца жизни	Внезапное, окружающие называют час или даже минуту, когда появились кашель, одышка	Внезапное	Постепенное, с небольшим повышением температуры тела, анорексией, вялостью, недомоганием, фарингитом, пленками в зеве
Лихорадка	Чаще менее 39 °С	Обычно выше 39,5 °С	—	—	—	—	Умеренная
Интоксикация	Выражена умеренно	Выражена резко	—	—	—	—	Выражена умеренно, но может быть резкой
Свистящий шум на вдохе	Шумный	Тихий	Тихий	Шумный	Не всегда отчетливый	Звонкий	Нарастает постепенно
Дисфагия	—	Да, резкая	—	—	Не типична, но может быть иногда	—	Не типична, но может быть
Голос	Осиплый, хриплый	Приглушенный, но не хриплый	Не изменен	Грубый, афония, но у многих норма	Не изменен, но может быть осиплый	«Петушинный крик» на вдохе	«Носовой оттенок» голоса, хриплый до афонии

*Продолжение таблицы* ♣

Дифференциально-диагностические признаки	Вирусный ларинготрахеит	Эпиглоттит	Отек гортани	Ларингомалация	Инородное тело	Ларингоспазм	Дифтерия
Кашель	«Лающий» влажный кашель	«Лающего» кашля нет, вообще кашель редко	Сухой кашель	—	Приступообразный, сухой, навязчивый, крупозный	—	Сухой кашель, постепенно усиливающийся, хриплый до афонии
Повторяемость признаков	Возможна, но всегда на фоне ОРВИ	Типична	Частые, обычно в весенне-летний период	Почти постоянный стридор	Несколько раз	Возможна без лечения	Чаше приступов нет, но затрудненное дыхание прогрессивно нарастает
Другие признаки	Риноррея и другие признаки ОРВИ	Слюнотечение, дисфагия, красно-вишневый корень языка, отек надгортанника, тризмы, больной стремится сидеть, наклонившись вперед, запрокинув голову	Кожные и другие признаки аллергии	На выдохе шумы, напоминающие «петушиный крик», усиливается стридор в положении лежа	Иногда хлопающий звук при дыхании, больной стремится лежать, смещение средостения и ателектаз, острая дыхательная недостаточность	Симптомы гипокальциемии (Хвостека, Труссо, Маслова и др.)	Плотные пленки серого цвета в зеве, спаянные со слизистой оболочкой, шейный лимфаденит, отек шеи, тахикардия, не соответствующая лихорадке, миокардит, паралич мягкого нёба

*Примечание.* ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция.

**Дифференциальная диагностика дифтерийного крупа и крупа при вирусных инфекциях («ложного крупа»)**  
(по К.Б. Блюменталю, 1970; Е. Вельтищеву и соавт., 1994)

Симптомы и другие показатели	Дифтерийный круп	Круп при вирусных инфекциях (гриппе, парагриппе, аденовирусных инфекциях и др.)
Возраст ребенка	Чаще 1–3 года	До 5–7 лет, нередко грудной
Начало заболевания	Постепенное	Острое, обычно ночью
Первые симптомы	Осиплость, «лающий» кашель, который остается сухим; умеренное затруднение дыхания	Кашель вначале сухой, затем увлажняется, иногда одновременно стенотическое дыхание
Температура тела	Невысокая (при токсической дифтерии зева высокая)	Высокая, особенно при гриппе
Состояние голоса	Нарастающая осиплость, переходящая в стойкую афонию, звучность голоса восстанавливается медленно и только по выздоровлении	Звонкий, иногда хриплый со звонкими нотками; при гриппе может быть нестойкая афония, но при крике всегда слышны звонкие нотки, после покашливания и отхождения мокроты голос более звучный
Стеноз	Неуклонно нарастает независимо от интенсивно проводимой десенсибилизирующей и отвлекающей терапии	Остро развивается и через несколько часов проходит, но может бурно нарастать, иногда периодически, волнообразно, приступами
Болезненность гортани	Не отмечается	Может быть, особенно при гриппе
Интоксикация	Мало выражена (при токсической дифтерии зева выраженная)	При гриппозном крупе нейротоксикоз
Катаральные явления	Не выражены, в гортани характерные налеты	Обычно выражены
Выделения из носа	Не отмечаются	Обильные при аденовирусных инфекциях, незначительные при гриппе и особенно при парагриппе
Состояние кожных покровов	«Токсическая» бледность	Кожные покровы яркие, влажные
Симптомы и другие показатели	Дифтерийный круп	Круп при вирусных инфекциях (гриппе, парагриппе, аденовирусных инфекциях и др.)
Состояние зева	Без особенностей; при одновременном поражении гортани и зева — типичный серовато-белый фибринозный налет на выпуклых поверхностях миндалин. При снятии налета поверхность миндалин кровоточит	Гиперемия и набухлость слизистых оболочек миндалин, дужек, мягкого нёба, задней стенки глотки. Нередко мелкая зернистость на мягком нёбе, особенно при гриппе. Гранулезный фарингит при аденовирусных инфекциях и парагриппе

*Продолжение таблицы* ↪

Симптомы и другие показатели	Дифтерийный круп	Круп при вирусных инфекциях (гриппе, парагриппе, аденовирусных инфекциях и др.)
Шейные лимфатические узлы	Без особенностей	Могут быть увеличены, особенно при аденовирусных инфекциях
Состояние глаз	При локализованном крупе без особенностей	Инъекция сосудов склер и конъюнктив при гриппе. При аденовирусных инфекциях часто катаральный, фолликулярный и псевдомембранозный конъюнктивит
Поражение периферической нервной системы	Возможны периферические параличи на второй неделе заболевания и позже	Не бывает
Периферическая кровь	Может быть умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез и ускоренная СОЭ	Чаще лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
Динамика симптомов крупа	Последовательное присоединение и усиление всех симптомов (осиплость, кашель, стеноз); параллелизм между выраженностью симптомов. Катаральная стадия через 2–3 дня переходит в стенотическую, а на 5–6-й день — в стадию асфиксии	Почти одновременное появление или быстрое присоединение всех симптомов; параллелизм между некоторыми симптомами отсутствует: может быть тяжелый стеноз при звонком голосе
Данные ларингоскопии	На герпаловидных хрящах и щиточерпаловидных связках плотные фибриновые наложения	Отек и сужение ниже голосовых связок
Данные ЭКГ	Поражение миокарда	Без патологических отклонений

**Дифференциально-диагностические признаки различных стадий стеноза гортани**  
(по матер. Л.С. Намазовой, Н.И. Вознесенской, А.Л. Верткина, 2003)

Дифференциально-диагностические признаки	Стадии стеноза гортани			
	I — компенсированный круп	II — субкомпенсированный круп	III — декомпенсированный круп	IV — терминальная стадия, асфиксия
<i>I. Клинические</i>				
1. Характер кашля	«Лающий»	«Лающий», может становиться болезненным	Грубый «лающий»	Грубый кашель исчезает
2. Изменение голоса	Осиплость	Осиплость	Дисфония	— « —
3. Особенности дыхания	При возбуждении, плаче — шумное, с втягиванием уступчивых мест грудной клетки. Отсутствие паузы между вдохом и выдохом	Шумное, с втягиванием уступчивых мест грудной клетки, ощущение нехватки воздуха	Стенотическое дыхание, слышимое на расстоянии, ощущение нехватки воздуха. Участие всей дыхательной мускулатуры в акте дыхания втяжения эпигастрия	Поверхностное, аритмичное
4. Дыхательная недостаточность	Отсутствует	Цианоз носогубного треугольника, переходящего в состоянии беспокойства в акроцианоз, одышка, тахикардия	Резко выраженная смешанная одышка, цианоз и акроцианоз, значительное приглушение тонов сердца, частый нитевидный пульс, выпадающий на вдохе, ослабление дыхания при аускультации	Тяжелая одышка. Нарастает брадикардия. Снижение АД
5. Состояние кожи	Не изменена	Потливость	«Мраморность», похолодание конечностей	— « —
6. Особенности поведения	Существенно не изменено	Беспокойство, возбуждение, нарушение сна, выражение испуга на лице	Выражение беспокойства, чувство страха. Детям часто запрокидывают голову из-за нехватки воздуха	Вялость, нарушение сознания
7. Общее состояние	Средней тяжести	Средней тяжести или тяжелое	Тяжелое или крайне тяжелое	Крайне тяжелое
<i>II. Морфологические (выявленные при ларингоскопии)</i>				
1. Состояние слизистой гортани	Гиперемия и небольшой отек слизистой оболочки голосовых связок	Отек и инфильтративные изменения слизистой оболочки гортани	Инфильтративные и фиброзно-шейные изменения слизистой оболочки гортани. Корки, слизь в просвете гортани	— « —
2. Наличие сужения диаметра просвета гортани	Отсутствует	Сужение диаметра просвета гортани наполовину от нормы	Сужение диаметра в просвете гортани на $\frac{2}{3}$ от нормы	Сужение диаметра просвета гортани более чем на $\frac{2}{3}$ от нормы

**Дифференциально-диагностические признаки важнейших причин острой обструкции верхних дыхательных путей у детей (по Э.К. Цыбулькину, 1987)**

Признак	Вирусный ларинготрахеит	Отек гортани	Эпиглоттит	Инородное тело	Ларингоспазм
Этиология	Вирусы гриппа, парагриппа, RS-инфекция	Аллергия	<i>Haemophilus influenzae</i> , стрептококк, стафилококк	—	Гипокальциемия, рефлексорные раздражения
Возраст	Чаще 3–7 лет	До 3 лет	Старше 5–7 лет	2–5 лет	6–24 мес.
Преморбидный фон	Не осложнен	Экссудативный диатез, нейродермит, аллергические реакции	Не осложнен	Не осложнен	Рахит, спазмофилия, гипотрофия, врожденный стридор
Повторяемость приступов	Редко, всегда на фоне ОРВИ	Часто, обычно в весенне-осенний сезон	Не типично	—	Часто, возможно несколько раз в день, особенно весной
Начало заболевания	Медленное нарастание клинических проявлений (2–5 сут)	Быстрое (несколько часов), чаще ночью	Острое, с лихорадкой (6–10 ч)	Внезапное (во время еды или сна)	Внезапное
Интоксикация	Выражена умеренно, лихорадка до 38–38,5 °С	—	Выражена, лихорадка до 40 °С	—	—
Голос, кашель	Осиплость, влажный кашель	Не изменен, сухой кашель	Не изменен	Не изменен, сухой, навязчивый кашель	«Петушинный крик», кашля нет
Дисфагия	—	—	Глотание любой пищи резко болезненно и затруднено	Нет, рвота на фоне кашля	—
Другие признаки	Симптомы ринита, назофарингита	Положительный эффект антигистаминных средств	При осмотре зева — вишнево-красный корень языка, отек надгортанника	Иногда «хлопающий» звук инородного тела при дыхании	Симптом Труссо, рука «акушера», признаки рахита

**Отличительные особенности обструктивного синдрома у детей раннего возраста с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ)**

Симптомы и признаки	Бронхиальная астма	Обструктивный бронхит	Бронхиолит	Обструктивный бронхит + острая пневмония
Наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями	У большинства больных	У $1/4$ части больных		
Острые аллергические реакции на пищевые продукты, медикаменты, профилактические прививки	Часто (у 60%)	У $1/4 - 1/3$ части больных		
Выраженные сопутствующие кожные аллергические проявления	У 6%	Не характерны		
Повторяемость обструктивного синдрома (по анамнезу)	2–3–5 раз	Впервые или 1–2 раза		
День возникновения обструктивного синдрома	1–2-й день ОРВИ	3–4–5-й день ОРВИ		
Длительность обструктивного синдрома (в днях)	До 3 раз	3–7–9-й и более		
Признаки инфекционного токсикоза	Кратковременные или не выражены			Выражены и нарастают в динамике
Продолжительность повышения температуры тела (выше 38 °С)	Обычно не превышает 2–3 дней			4–7 дней и более
Данные аускультации и перкуссии	Жесткое или ослабленное дыхание с усиленным выдохом			
	Рассеянные сухие свистящие и диффузные мелкие и средние влажные хрипы	Диффузные сухие различных оттенков и разнокалиберные влажные хрипы	Большое количество диффузных мелких влажных крепитирующих, рассеянные сухие, свистящие хрипы	Рассеянные сухие и локализованные влажные мелкие и крепитирующие хрипы

Продолжение таблицы ↵



Симптомы и признаки	Бронхиальная астма	Обструктивный бронхит	Бронхиолит	Обструктивный бронхит + + острая пневмония
Коробочный оттенок перкуторного звука	—	—	—	Участки притупления
Изменения в анализах крови	Лейкоцитоз и повышение СОЭ не определяются или умеренные и кратковременные			Высокий лейкоцитоз и ускоренная СОЭ
	Умеренный нейтрофилез, эозинофилия, относительная лимфопения	Нарастающий в динамике лимфоцитоз. Нейтропения		Нейтрофилез с выраженным палочкоядерным сдвигом в формуле
Увеличение концентрации С-реактивного белка	Кратковременное	Умеренное	Не характерно	Выраженное и относительно длительное
Уровень общего IgE	Умеренно повышенный или высокий	Умеренно повышенный или соответствует возрастной норме		
Рентгенологические данные	Признаки вздутия легочной ткани			
	Усиление сосудистого рисунка		Обеднение сосудистого рисунка	Усиление и деформация сосудистого рисунка + очаговые инфильтративные тени
Результаты фармакологических функциональных проб с бронхолитическими препаратами (беротек, адреналин)	Уменьшение показателей бронхиального сопротивления в 2–2,5 раза от исходного уровня	Показатели бронхиального сопротивления снижаются незначительно (в 1,5 раза) или остаются прежними		

## 4.9. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

Таблица 279

Дифференциальный диагноз судорожного синдрома у детей (цит. по А.А. Баранову, Р.Р. Шиляеву, Б.С. Каганову, 2005)

Заболевание	Анамнез заболевания	Катаральные изменения в носоглотке	Лихорадка	Сосудистые расстройства	Очаговая симптоматика	Менингеальные симптомы	Выход из припадка	Реакция на антиконвульсанты
Эпилепсия	Судороги в анамнезе, не связанные с повышением температуры тела	Обычно отсутствуют	Не отмечается, но возможна после приступа	Слабо выражены, после приступа проходят самостоятельно	Проходит после приступа, выражена нечетко	Непостоянны	Сон	Хорошая
Спазмифилия	Обязательные явления рахита. Провоцирует судороги облучение солнцем	—	—	То же	Повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, положительные симптомы Труссо, Хвостека	Сознание сохранено	—	Положительный эффект от приема препаратов кальция
Инфекционный токсикоз	ОРВИ или прививки за 10–20 дней до заболевания	Выражены	Рефрактерная к терапии лихорадка или гипергермический синдром. Гипотермия в терминальной фазе	Микроциркуляторные расстройства, нарушения гемодинамики	Чаше отсутствует	Непостоянны	Может быть кома вне приступа	Хорошая на фоне коррекции нарушения микроциркуляции, метаболизма и гипоксии

Продолжение таблицы ↵

Заболевание	Анамнез заболевания	Катаральные изменения в носоглотке	Лихорадка	Сосудистые расстройства	Очаговая симптоматика	Менингеальные симптомы	Выход из припадка	Реакция на антиконвульсанты
Фебрильные судороги	Повторные судороги на фоне повышения температуры	Не обязательны	Обычно выше 39 °С, однако судороги могут быть на фоне снижения температуры	Подкожные сосуды расширены, кожа гиперемирована	Отсутствуют	Отсутствуют	Сознание сохранено	Антиконвульсанты требуются редко, хороший эффект оказывают жаропонижающие
Гипоксические судороги	Четкое указание на причину гипоксии	Выражены, если причиной является ОРВИ	Может появляться после приступа	Чаше выражены артериальная гипотензия, брадиаритмия	»	»	Кома до ликвидации гипоксии. При развитии отека мозга	Хорошая, но при развившемся отеке мозга нестойкая
Серозные вирусные менингиты и менингоэнцефалиты	Типичный для ОРВИ. Постепенное развитие комы. В старшем возрасте — головные боли, рвота	Чаше выражены, но могут отсутствовать	Выражена. Пик судорожного припадка не связан с изменением температуры тела	Спазм подкожных сосудов выражен, но нередко может отсутствовать, нет параллелизма между сосудистыми расстройствами и судорогами	Выявляется в ранние сроки болезни или отсутствует (при менингитах)	Выражены четко	Кома вне приступа	Часто необходимы повторные введения антиконвульсантов
Гнойные менингиты и менингоэнцефалиты	Постепенное начало, рвота, отказ от еды, вялость. Бурное течение и геморрагическая сыпь при менингококковой инфекции	Выражены, но могут и отсутствовать	Выражена, поддается действию жаропонижающих средств	Раннее проявление инфекционно-токсического шока, особенно при менингококцемии	При менингитах может отсутствовать, при менингоэнцефалитах стойкая, рано выявляется	Выражены четко	Кома вне приступа	То же
Нарушение мозгового кровообращения	Острое начало	Отсутствуют	Может появляться после приступа	Не выражены	Отчетливо выражена	Выражены	Кома вне приступа	»

Таблица 280

### Дифференциальная диагностика основных причин судорожного припадка (по Р.Б. Тейлору, 1995)

Объект исследования	Признак	Возможные причины судорожного припадка
Температура тела	Лихорадка	Менингит, энцефалит, абсцесс мозга
Волосы	Ломкие волосы или гнездное поседение	Синдром Менкеса, аргининосукцинилацидурия, туберозный склероз
Кожа	Петехии	Подострый бактериальный эндокардит, нарушение свертываемости крови, лейкоз, тромбоцитопеническая пурпура, жировая эмболия
	Цианоз	«Синие» врожденные пороки сердца, легочные заболевания
	Аденома сальных желез	Туберозный склероз
	Красная сыпь на лице	Системная красная волчанка, гомоцистинурия
	Пигментация цвета винных пятен на лице	Болезнь Стерджа—Вебера
Голова	Изменение окружности головы	Гидроцефалия, микроцефалия
	Шум	Артериовенозные свищи, аневризмы
Глаза	Катаракта	Синдром Лоу (окулоцеребральный синдром), краснуха плода, псевдогипопаратиреоз
	Вишневое пятно в области соска зрительного нерва	Болезни накопления ганглиозидов
	Хориоретинит	Врожденная инфекция
	Пигментная ретинопатия	Хронический нейрональный цероидный липофусциноз
	Отек соска зрительного нерва	Опухоль мозга, субдуральная гематома, абсцесс мозга
	Нистагм	Инттоксикация наркотиками или лекарственными препаратами
Шея	Ригидность мышц	Менингит, субарахноидальное кровоизлияние, перелом зубчатого отростка С <sub>11</sub> , вклинение миндалин мозжечка
Органы кровообращения	Усиление пульсации или шум над сонными артериями	Нарушение мозгового кровообращения, гипертензия, гипертоническая энцефалопатия
	Аритмия	Врожденные пороки сердца или ишемическая болезнь сердца
Органы брюшной полости	Гепатоспленомегалия	Болезни накопления ганглиозидов, мукополисахаридозы
Кости и суставы	Пальцы в виде «бараньих палочек»	Рак легких, «синие» врожденные пороки сердца
Неврологические симптомы	Атаксия	Аргининосукцинилацидурия, дефекты метаболизма мочевины, объемные образования мозга, токсическое действие лекарственных препаратов и наркотиков
	Гемипарез	Нарушение мозгового кровообращения, опухоль мозга, травма мозга

Таблица 281

## Дифференциальная диагностика судорог различной природы

Заболевания	Дифференциально-диагностические признаки
Поствакцинальные	Повышение температуры, сопровождающееся судорогами. Сходны с фебрильными
Инфекционные заболевания	У маленьких детей судороги по типу эпилептических припадков — эпилептическая реакция. Быстро купируются при своевременно начатом лечении. При повторении опасность формирования эпилептического очага. Фокальные припадки указывают на очаговое поражение мозга вследствие энцефалита
Столбняк	Тоническое напряжение конечностей, спазм жевательных мышц, «сардонический» смех, затруднение глотания, расстройство дыхания (отдельные вдохи чередуются с остановками дыхания), ослабление тонов сердца, тахикардия. Задержка мочеиспускания, стула. Продолжительность приступа — от нескольких секунд до 20 мин
Фебрильные (гипертермические)	Тонико-клонические судороги проявляются в первые 3 года жизни при повышении температуры свыше 38 °С вследствие инфекционных заболеваний, чаще у мальчиков. Могут сопровождаться рвотой, общим возбуждением. Локальная неврологическая симптоматика (ригидность затылочных мышц, патологические рефлексы) отсутствует. Продолжительность — от нескольких секунд до 15–20 мин. Повторение приступа в течение болезни редко; в этом случае или при длительности более 1 ч необходимо исключить эпилепсию. Предполагается семейная предрасположенность. Дифференциальная диагностика с тетанией, менингитом, внутричерепными кровоизлияниями, тромбозом венозного синуса, асфиксией, гипогликемией, острым гломерулонефритом
Карпопедальный спазм	Тоническое напряжение мускулатуры стоп и кистей: кисти согнуты, большой палец приведен к ладони («рука акушера»), стопы в состоянии подошвенного сгибания. Может продолжаться часами
Ларингоспазм (возможна судорога голосовой щели)	Преимущественно у детей на искусственном вскармливании, при измененной реактивности организма, недостаточности солей кальция и витамина D, на фоне различных заболеваний. Звучный, стонущий крик, затрудненный вдох, остановка дыхания как результат повышенной возбудимости нервно-мышечного аппарата гортани. Резкая бледность, цианоз губ. Двигательное беспокойство или застывание с запрокидыванием головы, тоническое напряжение туловища и конечностей, выбухание большого родничка. В конце приступа — несколько шумных свистящих вдохов. Продолжительность приступа — от нескольких секунд до 1–2 мин, возможно повторение до 20 р/сут
Миоклонус-эпилепсия	Обычно после 10 лет. Сочетание миоклонического гиперкинеза с эпилептическими припадками. Первое проявление — миоклонии либо эпилептический припадок
Наследственные дегенеративные заболевания	Обычно на фоне задержки психомоторного развития, неврологических и соматических изменений при болезнях Тея—Сакса, Ниманна—Пика, Гоше и других липидозах, лейкодистрофиях, аминокислотопатиях
Спазмофилия (рахитическая тетания)	Склонность к общим или местным тоническим, реже клоническим судорогам. Симптомы ларинго- и бронхоспазма: В основном при искусственном вскармливании у детей в возрасте от 4 мес. до 1,5 лет в зимне-весенний период. Повышенная нервно-мышечная возбудимость: симптом Хвостека — сокращение мимической мускулатуры при легком поколачивании пальцем между скуловой дугой и углом рта, симптом Труссо — напряжение кисти в положении «руки акушера» при сдавлении сосудисто-нервного пучка, симптом Люста — поднятие наружного края стопы и отведение ноги при поколачивании в области головки малоберцовой кости (в месте прохождения перонеального нерва).

Заболевания	Дифференциально-диагностические признаки
	Снижение концентрации ионизированного кальция в сыворотке крови (менее 0,9 ммоль/л), респираторный, реже метаболический алкалоз. Дифференциальная диагностика с другими формами тетании с нарушением обмена кальция и магния
Эклампсические	Клонические судороги вследствие церебральной дизритмии как результат повышенной нервно-мышечной возбудимости
Аффективные	У детей от 6 мес. до 3 лет. Кратковременные судороги, на фоне плача возникает инспираторная задержка дыхания, сопровождающаяся асфиксией, потерей сознания, выраженной адинамией
Истерические	При неврозах с повышенной возбудимостью (обязательно исключение органического поражения ЦНС)
Перинатальные повреждения мозга: метаболические (ацидоз, алкалоз, гипербилирубинемия, гипогликемия, гипокальциемия, пиридоксиновая зависимость, гипомagneзиемия, гипопаратиреозидизм)	Проявляются в виде: <ul style="list-style-type: none"> <li>— генерализованных тонических или клонических судорог;</li> <li>— тонического напряжения мышц с вычурными позами;</li> <li>— фокальных двигательных припадков; импульсивных вздрагиваний, флексорных спазмов;</li> <li>— пароксизмальных движений лицевой мускулатуры, глаз, рта, языка (гримасы); вегетативно-сосудистых и вегетативно-висцеральных пароксизмов (бледность или покраснение кожи, цианоз, бради- или тахикардия, бради- или тахипноэ);</li> <li>— кратковременных повторяющихся приступов апноэ, цианоза, сопровождающих врожденные аномалии мозга</li> </ul>
Гипокальциемические	Клонические судороги, ларингоспазм. Гипокальциемия новорожденных проявляется повышенной возбудимостью, мышечной гипотонией, учащением, нередко остановкой дыхания, рвотой, повышением рефлексов. Состав цереброспинальной жидкости нормальный
Детский церебральный паралич	С первых месяцев жизни полиморфные эпилептические припадки. Отставание в психомоторном развитии
Заболевание сердечно-сосудистой системы: пороки сердца и нарушения ритма; Болезни крови, лейкозы, нарушения свертывающей системы, геморрагические васкулиты. Коллагенозы. Комы. Опухоли головного мозга	Тонико-клонические судороги как следствие нарушения мозгового кровообращения и гипоксии ткани мозга. При гипогликемической, печеночной комах — генерализованные судороги. При уремической беспорядочные, несимметричные сокращения отдельных мышц или мышечных волокон (мышечные фибрилляции). При синдроме Рея — тонико-клонические судороги и прогрессирующее расстройство сознания на фоне катарального состояния верхних дыхательных путей Фокальные (указывают на локализацию очагового поражения) или генерализованные как проявление общемозговых нарушений (внутричерепная гипертензия — отек мозга). Начинаются с усиления головных болей, одышки, рвоты, брадикардии. При субтенториальных опухолях — припадки Джексона — судорожные пароксизмы, обычно клонического типа, в ограниченной группе мышц конечности или лица с последующим распространением на конечности одноименной стороны или мышцы лица
Инттоксикации (отравления) различной природы	Коматозное состояние часто сопровождается судорогами. При отравлении окисью углерода — тонические, типа децеребрационной ригидности, и тризм жевательной мускулатуры
Посттравматические	Единичные или серийные припадки — после ушибов мозга, внутримозговых геморагии, реже после сотрясения головного мозга. Чаще повторяются в дальнейшем, реже ограничиваются периодом в несколько часов после травмы
Шок ожоговый	Тонический или тонико-клонический характер судорог. Как правило, при глубоких ожогах с поражением 5–40% поверхности тела

Таблица 282

**Дифференциальная диагностика простых и сложных фебрильных судорог**  
(по А.М. Вейну, 2002)

Клинический признак	Простые фебрильные судороги	Сложные фебрильные судороги
Длительность	До 15 мин	30 мин или более
Повторяемость в течение суток	Не повторяются	Повторяются
Начало с фокальных судорог, гемиконвульсий	Не наблюдается	Может быть

Таблица 283

**Дифференциальная диагностика спазмофилии, эпилепсии и гипертермических судорог**  
(по В.П. Бисяриной, 1975)

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания и синдромы		
	Спазмофилия	Эпилепсия	Гипертермические судороги
Указания в анамнезе на внутриутробную травму	—	Да	Да
Признаки рахита	Всегда имеются	Не обязательны	Не обязательны
Время появления судорог	Преимущественно днем	Преимущественно ночью	Нет зависимости
Цвет и влажность кожных покровов	Бледные, влажные	Бледные, влажные	Чаше гиперемированные, сухие
Наличие ауры	—	Да	—
Гиперестезии	Да	—	—
Предшествующая рвота	—	—	Да
Напряжение большого родничка	Может быть	Может быть	—
Прикусывание языка	То же	Да	Да
Глубокий сон после приступа	»	Обычно наступает	—
Возрастной уровень психомоторного развития	Не нарушается	Нарушается	Не нарушается в большинстве случаев

**Дифференциальный диагноз судорог при нарушениях обмена жиров**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Махову и соавт., 1977)

Заболевание		Судороги	Клинические признаки	Патогистология	Ферментативные расстройства	Изменения в крови
Гликофингомиелинозы	1. Ганглиозидозы: а) амавротическая идиотия Tay—Sachs (Gm <sub>2</sub> );	Частые; появляются рано (1—6 мес.), генерализованные, тонические, тонико-клонические в сочетании с миоклониями	Глазные симптомы; прогрессирующая слепота, красное, цвета черешни, пятно; нервные симптомы: быстрая деградация психики, преимущественно миоклонии лица, кахексия	Вздутые нейрональные клетки с накоплением цереброзида (моносиалоганглиозид (Gm <sub>2</sub> ))	Неуточненные	Отсутствие фруктозо-1-фосфоальдозы, фруктозо-1-6-дифосфоальдозы; нейронаминовая кислота; вакуоли в лимфоцитах; увеличение количества лактатдегидрогеназы
	б) Norman—Landing (Gm <sub>1</sub> );	Преимущественно миоклонические, редко типичные клоническо-тонические	Как при синдроме Tay—Sachs, но слабее выраженные, в сочетании с синдромом Гурлера, характ. лицо, спондило-эпифизарные дистрофии, <i>sella turcica</i> в виде лодки, гепатоспленомегалии	Как при синдроме Tay—Sachs, но с накоплением сиалоганглиозидтетрагексозида Gm <sub>1</sub>	Возможно отсутствие или снижение активности цереброзидтетрагексозидгалактозидазы (галактозидазы)	Как при синдроме Tay—Sachs
	в) Svenerholm—Jorgenson (Gm <sub>3</sub> )	Редкие	Как при синдроме Tay—Sachs, но слабее выраженные	Накопление церамидмоносиалиллактозы Gm <sub>3</sub>	—	—
	2. Лейкодистрофии: а) метахроматическая лейкодистрофия (Scholz—Greenfield);	Позднее проявление, редко — начальный симптом: клоническо-тонические	Глазные симптомы и гепатоспленомегалия отсутствуют; прогрессирующее отставание психического развития; нарушения походки с постепенным развитием спастического паралича (парапарез или гемипарез)	Патологические метахроматические грануляции в нервных волокнах и цитоплазме нервных клеток; то же самое в печени и почках	Отсутствие арилсульфатазы А в моче	Отсутствие арилсульфатазы в лейкоцитах

Продолжение таблицы ↪



Заболевание		Судороги	Клинические признаки	Патогистология	Ферментативные расстройтва	Изменения в крови
	б) суданофильная лейкодистрофия (Pelizaens—Merzbacher)	Через 10 лет тонические	Подобные синдрому Scholz—Greenfield, но появляются позже и развиваются медленнее	Суданофильные грануляции в нервных волокнах и клетках	—	—
	3. Болезнь Gaucher (цереброзидоз). Инфантильная форма	Редкие, но рано; обычно генерализированные	Анемия, гепатоспленомегалия, отставание психического развития, гипертония мышц, редко — бульбарные симптомы; частые пигментации кожи; глазное дно — редко красное, цвета черешни пятно	Клетки Gaucher с волокнистой протоплазмой в костном мозге и ретикулярных органах; дегенерация грануляции Niessl и ганглионарных клеток	Уменьшение количества кислых фосфатаза и гликоцереброзидаз	Отсутствие кислых фосфатаз и гликоцереброзидаз в лейкоцитах
Сфингомиелинозы	4. Болезнь Niemann—Pick и сходные заболевания	Редкие и поздние	Большой язык, большая гепатоспленомегалия, анемия, пигментации кожи, гипотония, гипорефлексия, ослабление слуха и зрения, красное, цвета черешни, пятно на сероватой сетчатке, деградация психики и кахексия	Клетки Niemann—Pick с вакуолями в протоплазме ретикулярных органов («пенистые клетки»)	Отсутствие сфингомиелиназы лизосом	Лимфоциты с вакуолями

## 4.10. СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Таблица 285

### Дифференциальная диагностика влияния раздражения вегетативной нервной системы на различные органы и функции организма

(по О.С. Глазачеву, О.П. Тараканову, 1997)

Дифференциально-диагностические признаки (по органам и функциям)	Стимуляция		
	парасимпатических нервов	симпатических нервов	адренорецепторы
Сердце: – частота сокращений; – сила сокращений; – возбудимость; – скорость проведения	Уменьшение Уменьшение Уменьшение Замедление	Увеличение Увеличение Увеличение Увеличение	$\beta$ $\beta$ $\beta$ $\beta$
Кровеносные сосуды: – артерии скелетных мышц; – артерии брюшной полости; – артерии половых органов; – сосуды мозга; – сосуды кожи; – сосуды слизистых оболочек; – крупные вены; – артерии сердца (коронарные); – артериальное давление	Не иннервируются Не иннервируются Расширение Расширение Не иннервируются Расширение Не установлено Снижение	Расширение Сужение Сужение Сужение Сужение Сужение Сужение Расширение Повышение	$\beta$ $\alpha$ $\alpha$ $\alpha$ $\alpha$ $\alpha$ $\alpha$ $\alpha$ $\alpha$ и $\beta$
Желудочно-кишечный тракт: – моторная функция; – сфинктеры; – секреторная функция	Усиление Расслабление Усиление	Ослабление Сокращение Снижение	$\alpha$ и $\beta$ $\alpha$ $\alpha$
Мочевой пузырь: – детрузор; – внутренний сфинктер	Сокращение Не действует	Расслабление Сокращение	$\beta$ $\alpha$
Половые органы: – семенные пузырьки; – семявыносящий проток; – матка	– – –	Сокращение Сокращение Сокращение	$\alpha$ $\alpha$ $\alpha$
Бронхи: – мускулатура; – секреция бронхиальных желез	Сокращение Усиление	Расслабление Не установлено	$\beta$
Мышцы глаза: – кольцевая мускулатура радужки; – радиальная мускулатура радужки; – цилиарная мышца; – внутриглазное давление	Сокращение (миоз) Не иннервируется Сокращение (аккомодация) Снижение	Не иннервируется Сокращение (мидриаз) Незначительное расслабление Увеличение	$\alpha$ $\beta$
Капсула селезенки	Не иннервируются	Сокращение	$\alpha$
Мышцы, поднимающие волосы	Не иннервируются	Сокращение	$\alpha$

Продолжение таблицы  $\curvearrowright$

Окончание табл. 285

Дифференциально-диагностические признаки (по органам и функциям)	Стимуляция		
	парасимпатических нервов	симпатических нервов	адренорецепторы
Экзокринные железы: — слюнные;  — слезные; — железы носоглотки; — потовые железы	Обильное выделение серозного секрета  Секреция Секреция Не иннервируются	Небольшое выделение слизистого секрета Не влияют Не влияют Увеличение секреции	$\alpha$
Метаболизм: — печень; — жировой обмен;  — количество сахара в крови; — потребление кислорода организмом	Не влияют Липогенез   Снижение Снижение	Гликогенолиз Глюконеогенез липолиз/повышение уровня свободных жирных кислот в крови Увеличение Увеличение	$\beta$ $\beta$  $\beta$ $\beta$

Таблица 286

### Дифференциальная диагностика различных классов синкопальных состояний (по А.М. Вейну, 2002)

Диагностические критерии	Нейрогенные синкопы (вазо-депрессорная синкопа)	Кардиогенные синкопы	Дисциркуляторные синкопы	Синкопы эпилептической природы
Пресинкопальные проявления	Головокружение, слабость, дурнота, потливость, нехватка воздуха, мелькание перед глазами, бледность, звон в ушах	Могут отсутствовать или возможны ощущения перебоев, боли в сердце	Могут отсутствовать или возникают кратковременные головокружения, боль в затылке, шее. Тошнота, общая слабость	Могут отсутствовать или развиваются кратковременно в виде ауры
Клинические проявления синкопального состояния	Бледность, редкое глубокое дыхание, слабый нитевидный пульс, резкое падения АД	Бледность и цианоз, частое и поверхностное дыхание, пульс редкий или отсутствует, иногда тахикардия. АД снижено, иногда не определяется	Чаще всего бледность, может быть акроцианоз, дыхание поверхностное, пульс редкий, но может быть частый. АД разное	Акроцианоз, дыхание частое, шумное, нерегулярное, периодические апноэ, пульс редкий, АД разное
Наличие судорог во время потери сознания	При глубоком обмороке	Могут быть	Редко, но могут быть	Могут быть

Диагностические критерии	Нейрогенные синкопы (вазо-депрессорная синкопа)	Кардиогенные синкопы	Дисциркуляторные синкопы	Синкопы эпилептической природы
Серия (повторные) синкопов	Редко	Редко	Очень редко	Часто
Скорость возвращения сознания	Быстро и полностью	Быстро и полностью	Быстро и полностью	Медленно, период дезориентации
Клинические проявления пост-синкопального периода	Общая слабость, головная боль, головокружение, потливость	Общая слабость, дискомфорт, боль в области сердца, головная боль	Общая слабость, головная боль, боль в шее, затылке, наличие неврологических расстройств (дисартрия, парезы и т.д.	Оглушенность, сонливость, заторможенность, адинамия, невнятная речь, головная боль
Провоцирующие факторы	Страх, испуг, взятие крови, лечение зубов, вегетативный криз, душное помещение, длительное стояние, голод, переутомление	Физическая нагрузка, прекращение нагрузки, эмоциональные факторы, отсутствие провоцирующих факторов	Резкий поворот головы, разгибание головы	Прием алкоголя, депривация (недосыпание), ритмическая фотостимуляция, гипервентиляция
Положение, в котором наступил обморок	Вертикальное	Чаще вертикальное, сидя, лежа	Чаще вертикальное, но может быть в любом положении	В любом положении
Ушибы при падении	Редко	Редко	Редко	Часто
Прикус языка	—	—	—	Может
Упускание мочи	При глубоком обмороке	—	—	Часто
Анамнез болезни	Часто в детстве, пубертатном периоде, при эмоциях, при длительном стоянии	Наблюдение и лечение у кардиолога	Лечение у невролога по поводу шейного остеохондроза, церебрального атеросклероза	Эпилептические припадки в анамнезе
Дополнительные методы исследования	Психологическое исследование — аффективные нарушения; исследование вегетативной сферы — вегетативная дистония	Изменения на ЭКГ, при холтеровском мониторинге, при электрофизиологическом исследовании	Изменения на доплерографии магистральных артерий, изменения на РЭГ, остеохондроз на спондилограммах шейного отдела позвоночника	Изменения по эпилептическому типу на ЭЭГ при гипервентиляции, фотостимуляции, депривации сна, исследовании ночного сна

Таблица 287

**Дифференциальная диагностика обморока и эпилептического припадка**  
(по А.М. Вейну, 2002)

Клинические признаки	Обморок	Эпилептический припадок
Связь с положением тела	Возникает из вертикального положения	Нет связи
Провоцирующие факторы	Страх, эмоциональный стресс, боль, длительный ортостаз, физическая нагрузка	Депривация сна, прием алкоголя, пропуск приема антиконвульсантов
Предприступные симптомы (аура)	Продолжительные	Отсутствуют или кратковременные
Принятие горизонтального положения	«Обрывает» приступ	Не влияет на течение приступа
Потеря сознания	Постепенная (градуированная)	Мгновенная (обрывистая)
Кожные покровы в момент приступа	Бледные	Цианотичные или нормальные
Застывание, стереотипные движения	Отсутствуют	Возможны
Прикус языка	Крайне редко	Возможен
Травмы в момент припадка	—	Возможны
Восстановление сознания	Быстрое	Часто медленное
Постприпадочная спутанность или сон	Крайне редко	Часто

Таблица 288

**Дифференциальный диагноз синкопальных и судорожных состояний**  
(по Е.Н. Vertram и F.E. Dreifuss, 1991; цит. по П.А. Темину, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Синкопы	Судороги
Поза	Стоя	Любая
Бледность, пот	Всегда	Не характерно
Начало	Постепенное	Внезапно или аура
Судорожные подергивания	Редки	Обычны
Повреждения	»	Возможны
Недержание мочи	Редко	Обычно
Потеря сознания	Секунды	Минуты
Восстановление	Быстрое	Часто медленное
Оглушенность после приступа	Редко	Обычна
Частота	Редкие	Могут быть частыми
Провоцирующие факторы	Голод, духота и др.	Редко

## 4.11. ТИКИ, НИСТАГМ И ДРУГИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Таблица 289

Типы непроизвольных движений, требующие дифференциального диагноза с тиками

Название	Клинические проявления
Акатизия	Двигательное беспокойство (субъективно неприятная непрерывная потребность в движении), обычно затрагивает движения ног
Атетоз	Медленные червеобразные движения, обычно рук и пальцев
Баллизм	Размашистые бросковые движения
Дистония	Длительные тонические сокращения, приводящие к причудливым позам
Миоклония	Короткие, неожиданные клонические судороги, обычно конечностей
Периодические движения во сне	Периодическое сгибание ног в голеностопном и коленном суставе во сне
Стереотипии	Повторяющиеся, обычно не имеющие какого-либо смысла позы, привычные движения или автоматизмы
Хорея	Нерегулярные, спастические движения, обычно конечностей и лица

Таблица 290

Дифференциальная диагностика различных видов тремора  
(по Д.Р. Штульману, О.С. Левину, 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Виды тремора		
	эссенциальный	паркинсонический	мозжечковый
Характер тремора	Постурально-кинети-ческий	Тремор покоя	Интенционный и постуральный
Локализация тремора	Руки (сгибание-разгибание или ротация кистей), часто — голова («да-да», «нет-нет») и голосовые связки, реже язык и ноги; очень редко — нижняя челюсть	Руки («скатывание пилюль»), нередко — ноги и нижняя челюсть; крайне редко — голова или голосовые связки	Руки, реже — ноги, туловище и голова
Симметричность	Двусторонний, иногда асимметричный	Обычно односторонний или асимметричный	Двусторонний или односторонний
Частота тремора	6–12 Гц	3–6 Гц	3–4 Гц
Сопутствующие неврологические симптомы	Легкая мозжечковая недостаточность, иногда фокальная дистония, миоклония, редко ригидность или гипокинезия	Акинезия, ригидность, постуральная неустойчивость	Атаксия, дисметрия, диадохокинез, гипотония и др.

Таблица 291

**Дифференциально-диагностические признаки периферического  
и центрального нистагма**  
(по Г. Вайнеру, Л. Левиту; по Д.Р. Штульману (ред.), О.С. Левину, 1998)

Дифференциально-диагностические признаки	Виды нистагма	
	периферический	центральный
Латентный период	3–10 с	Отсутствует
Продолжительность	10 с	60 с
Затухание	Выражено	Отсутствует
Сопутствующие симптомы	Тошнота, рвота	Могут отсутствовать
Вертикальный нистагм	Отсутствует	Может присутствовать

Таблица 292

**Дифференциальная диагностика периферического и центрального  
головокружения** (по Е. Браунвальду, К. Иссельбахеру, Р. Петерсдорфу (ред.), 1993)

Объективный или субъективный признак	Периферическое (лабиринт)	Центральное (ствол головного мозга или мозжечок)
Направление ассоциированного нистагма	Однонаправленный, быстрая фаза — в противоположную очагу сторону	В обоих направлениях или однонаправленный
Горизонтальный нистагм без вращательного компонента	Не характерен	Характерен
Вертикальный или вращательный нистагм	Никогда не бывает	Может быть
Фиксация взора	Подавляет нистагм и головокружение	Не подавляет нистагм и головокружение
Выраженность головокружения	Выраженное	Часто умеренное
Направление вращения	В сторону быстрой фазы	Различное
Направление падения	В сторону медленной фазы	»
Длительность проявления	Ограниченная (минуты, дни, недели), но с тенденцией к рецидивам	Может быть хронической
Шум в ушах и/или глухота	Возникает часто	Обычно отсутствует
Сопутствующие центральные проявления	Отсутствуют	Возникают часто
Наиболее частые причины	Инфекционные процессы (лабиринт), болезнь Меньера, нейронит, ишемия, травма, интоксикация	Сосудистые или демиелинизирующие поражения, новообразования, травмы

Таблица 293

### Дифференциальная диагностика центрального и периферического паралича (по Е. Браунвальду, К. Иссельбахеру, Р. Петерсдорфу (ред.), 1993)

Центральный паралич	Периферический паралич
Группы мышц поражены диффузно, не бывают поражения отдельных мышц	Могут быть поражены отдельные мышцы
Умеренная атрофия	Выраженная атрофия, 70–80% от общей массы
Спастичность с повышением сухожильных рефлексов	Вялость и гипотония пораженных мышц с выпадением сухожильных рефлексов
Разгибательный подошвенный рефлекс, симптом Бабинского	Подошвенный рефлекс, если вызывается, то нормального, сгибательного типа
Фасцикулярных подергиваний не бывает	Могут быть фасцикуляции; при электромиографии выявляют снижение количества двигательных единиц и фибрилляции

Таблица 294

### Дифференциальная диагностика нарушений приема пищи (по Е. Браунвальду, К. Иссельбахеру, Р. Петерсдорфу (ред.), 1993)

Дифференциально-диагностические признаки	Нервно-психическая анорексия	Булимия
Преобладающий пол больных	Женский	Женский
Метод контролирования массы тела	Ограничение количества принимаемой пищи	Рвота
Переедание	Несвойственно	Постоянно
Масса тела в момент постановки диагноза	Заметно сниженная	Близкая к норме
Превращенные в обряд физические упражнения	Обычны	Редки
Аменорея	~ 100%	~ 50%
Асоциальное поведение	Редко	Часто
Сердечно-сосудистые изменения (брадикардия, гипотензия)	Обычны	Несвойственны
Кожные изменения (гирсутизм, сухость, каротинемия)	Обычны	Редки
Гипотермия	Часто	Редко
Отеки	Возможны	Возможны
Медицинские осложнения	Гипокалиемия, сердечные аритмии	Гипокалиемия, сердечные аритмии, аспирация содержимого желудка, разрыв пищевода или желудка

*Примечание.* Эти признаки характерны для нервно-психической анорексии или булимии, встречающихся в изолированном виде. Но иногда развиваются смешанные синдромы, и анорексия может эволюционировать в булимию (булимия трансформируется в анорексию редко).



**Дифференциальная топическая диагностика мышечной слабости**  
(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Топика нарушений				
	Верхний двигательный нейрон	Клетка переднего рога	Нервно-мышечное соединение	Периферический нерв	Мышца
Мышечный тонус	Повышен (в острой фазе может быть снижен)	Понижен	Нормальный, может быть понижен	Понижен	Понижен
Распределение мышечной слабости	Структурное (гемипарез, парапарез и т.д.). В дистальных отделах выражена больше, чем в проксимальных	Варьируется, асимметричное	Меняется, вовлечены черепные нервы	По зонам иннервации	В проксимальных отделах более выражена, чем в дистальных
Рефлексы	Усиление (в острой фазе могут быть ослаблены)	Ослабление, могут отсутствовать	Нормальные (кроме случаев тяжелого поражения)	Ослаблены, могут отсутствовать	Ослаблены
Рефлекс Бабинского	Разгибательный	Сгибательный	Сгибательный	Сгибательный	Сгибательный
Другие признаки	Нарушение когнитивной функции, атрофия развивается только на поздних стадиях	Фасциркуляции от-розии, нет нарушений чувствительности	Флюктуирующее течение	Вовлечение сенсорного нерва, атрофия; фасциркуляции редки	Отсутствие сенсорной недостаточности, могут наблюдаться локальная болезненность и признаки воспаления

**Диагностические критерии для выявления нервно-психической анорексии**  
(Feighner et al.):

1. Начало в возрасте до 25 лет.
2. Анорексия с потерей массы тела, составляющей по меньшей мере 25% от первоначальной массы тела.
3. Извращенное отношение к процессу приема пищи, пищевым продуктам или к массе своего тела, заставляющее перебороть чувство голода и пренебрегать предупреждениями, увещеваниями и угрозами.
4. Отсутствие какого-либо органического заболевания, которое могло бы быть причиной потери массы тела.
5. Отсутствие какого-либо иного психического заболевания.
6. Наличие по меньшей мере двух из следующих проявлений:
  - а) аменорея;
  - б) пушковые волосы;
  - в) брадикардия (стойкая частота сердечных сокращений в состоянии покоя — 60 ударов в минуту или менее);
  - г) периоды сверхактивности;
  - д) эпизоды булимии;
  - е) рвота (может быть самовызванной).

## 4.12. КОЖНЫЕ СЫПИ. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

### Основные дифференциально-диагностические признаки заболеваний

Заболевание	Дифференциально-диагностические признаки			
	Начало болезни	Время появления сыпи от начала болезни, день	Характеристика сыпи	Состояние зева
Скарлатина	Острое повышение температуры тела, боль в горле, рвота	1–2-й	Мелкоточечная с преимуществом локализации на сгибательных поверхностях и постепенным угасанием в течение 4–5 дней, шелушением на 2-й нед.	Отграниченная, яркая гиперемия, точечная энантема на мягком нёбе
Псевдо-туберкулез	Острое, с постепенным нарастанием симптомов, повышение температуры тела, боли в животе и суставах	2–8-й	Полиморфная (мелкоточечная, мелкопятнистая) на сгибательных поверхностях конечностей, тыле кистей, стоп, с ранним шелушением (5–6-й день)	Гиперемия дужек
Краснуха	Малозаметное — сыпь, иногда слабые воспалительные явления, субфебрильная температура тела	1-й	Мелко- и среднепятнистая на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах с угасанием на 3–4-й день	Зев чистый или слегка гиперемирован
Стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом	С постепенным нарастанием симптомов, температуры тела, наличие гнойного очага, иногда катаральных явлений	4–5-й	Мелкоточечная узелковая, пятнистая	Зев чистый или слегка гиперемирован, часто назофарингит
Острые вирусные инфекции с экзантемой	Острое повышение температуры тела, головная боль, могут быть боли в животе, катаральные явления	3–5-й	Полиморфная — мелкоточечная, пятнистая	Разлитая гиперемия, разрыхленность, зернистость задней стенки глотки. Герпетическая ангина
Менингококцемия	Острое, часто бурное, с повышением температуры тела, нарушением общего состояния	1–2-й	Пятнистая, пятнисто-папулезная с геморрагическими и геморрагически-некротическими элементами, неправильной формы	Чистый или слегка гиперемированный, иногда гиперемия задней стенки глотки

Таблица 296

## с инфекционными мелкоочечными экзантемами (по Э.К. Цыбулькину, 1987)

Дифференциально-диагностические признаки				
Реакция лимфо- литических узлов	Изменение языка	Температурная реакция	Интоксикация	Изменения других органов и систем
Переднешейный лимфаденит	Постепенное очи- щение с кончика и краев, на 4–5-й день малиновый, сосочковый	Быстрый подъем температуры тела в первые часы болезни и в 1–2-й день	Соответствует вы- раженности мест- ных симптомов, кратковременна (1–3 дня)	Только при тяже- лых формах и осложнениях (на 2–3-й нед.)
Мезаденит	Очищение бы- строе, сразу по всей поверхности, малиновый, сосоч- ковый, со 2–3-го дня	Высокая длитель- ная лихорадка, может быть волнообразного характера	Превалирует над изменениями в зеве и на коже, длительная	Поражения серд- ца, печени, почек, суставов в первые дни болезни
Реакция затылоч- ных и заднешей- ных лимфатиче- ских узлов	Слегка обложен	Температура тела нормальная или субфебрильная, редко до 38 °С	Отсутствует или слабо выражена, кратковременная (1-й день)	Не характерны
Лимфаденит соот- ветственно мест- ному гнойному очагу	Часто обложен	Высокая темпера- тура тела с посто- янным нарастани- ем, длительная	Превалирует над изменениями в зеве и на коже, длительная	Поражение органов дыхания (пневмония), пищеварения (диарея)
Реакция задне- шейных и боковых лимфатических узлов	Обложен белым налетом	Быстрый подъем температуры тела до высоких вели- чин с нормализа- цией на 3–5-й день	Превалирует над изменениями в зеве и на коже, может быть дли- тельной (3–5 дней)	Поражение ЦНС, сердца, печени, желудочно-кишеч- ного тракта
Без отклонений от нормы	Обложен	Быстрый подъем в первые часы болезни до вы- соких величин (39–40 °С)	Выраженная ано- рексия, головная боль, рвота	Часто менинге- альные симптомы, иридоциклит, увеит, поражения суставов, надпоч- ечниковая недо- статочность

**Основные дифференциально-диагностические признаки заболеваний с инфекционными пятнистыми и смешанными экзантемами (по Э.К. Цыбулькину, 1987)**

Дифференциально-диагностические признаки	Корь	Краснуха	Энтеровирусные экзантемы	Менингококкемия	Аллергические сыпи	Инфекционный мононуклеоз
Начальные симптомы	Симптомы острого воспаления верхних дыхательных путей и интоксикации, усиливающейся в течение 2–4 дней	Сыпь	Интоксикация, возникающая остро в течение первых часов болезни	Интоксикация, возникающая остро, часто — бурно	Сыпь, кожный зуд	Лихорадка, увеличение лимфоузлов (преимущественно шейных), печени, селезенки
Время появления сыпи	3–4-й день болезни	1-й день болезни (очень редко — 2-й)	3–5-й день болезни при снижении температуры тела и улучшении состояния, редко — 1–2-й день	Первые часы болезни	Первые часы болезни	2–5-й день болезни
Морфология сыпи	Пятнисто-папулезная	Пятнистая, редко пятнисто-папулезная (на лице)	Пятнистая, пятнисто-папулезная	Пятнистая, папулезная, геморрагическая, неправильной формы, с уплотнением (некрозом) в центре	Пятнисто-папулезная, эритематозная уртикарная	Полиморфная, чаще пятнисто-папулезная, эфемерная
Размеры сыпи	Средней величины (более крупная на 2–3-й день высыпания)	Мелкая, средней величины (более крупная в 1-й день высыпания)	Средней величины и мелкая, реже — крупная; может менять размеры	От мелких пятен до обширных кровоизлияний	Крупная и средней величины	Крупная, средней величины, мелкая
Порядок высыпания	Этапно, начиная с лица, в течение 3–4 дней	Одновременное, в течение одного дня	Одновременное, в течение одного дня	Одновременное	Одновременное, изменчивость по форме, размерам, локализации	В течение нескольких часов

Дифференциально-диагностические признаки	Корь	Краснуха	Энтеровирусные экзантемы	Менингококкемия	Аллергические сыпи	Инфекционный мононуклеоз
Локализация сыпи	В зависимости от дня высыпания (1-й день — на лице, 2-й — на лице и туловище, 3-й — на лице, туловище и конечностях)	По всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях плеч, предплечий, бедер, ягодицах	Преимущественно на лице и туловище	Ягодицы, нижние конечности, реже руки, лицо	Преимущественно на туловище и разгибательных поверхностях конечностей	Без излюбленной локализации, чаще на туловище
Окраска сыпи	Яркая или довольно яркая	Бледно-розовая	Иногда розовая	Довольно яркая, иногда с синюшным оттенком	Яркая	Розовая
Обратное развитие сыпи	Переходит в пигментацию, начиная с лица	Исчезает бесследно через 3–4 дня	Исчезает через 1–2 дня (реже — через 3–5 дней) бесследно или с переходом в пигментацию	Некрозы на месте значительных поражений	Через несколько часов с переходом некоторых элементов в пигментацию	Исчезают бесследно через несколько часов или 1–2 дня, редко — через 4–7 дней
Воспалительные явления	Отчетливые в течение 5–6 дней	Слабые или незначительные, кратковременные (1–2 дня)	Слабые или отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Слизистые оболочки рта	Гиперемированы, разрыхлены. Пятнистая экзантема на мягком нёбе, пятна Филатова–Коплика	Чистые, иногда единичные элементы мелкопятнистой экзантемы	Чистые, может быть пятнистая экзантема на мягком нёбе	Чистые, может быть гиперемия задней стенки глотки	Чистые	Чистые
Интоксикация	Значительная в течение 5–7 дней	Незначительная или отсутствует	Значительная или резкая в течение 2–3 дней, редко 5–7 дней	Обычно резко выражена	Незначительная, при токсидермиях — выраженная	Умеренная даже при выраженной температурной реакции, длительная
Поражение других органов и систем	Пневмония, ларингит, отит	Увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов	Миалгия, миокардит, диарея, мезаденит, менингит, поражение печени	Менингит, энцефалит, острая надпочечниковая недостаточность	Полиаденит, отек Квинке	Гепатоспленомегалия, шейный лимфаденит, тонзиллит, фарингит

Таблица 298

**Дифференциальная диагностика синдрома «ошпаренной кожи»  
стафилококковой этиологии и токсического эпидермального некроза**  
(по Р.А. Полину, М.Ф. Дитмару, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Синдром «ошпаренной кожи»	Токсический эпидермальный некроз
Этиология	Инфекционная; стафилококки II группы	Иммунная; обычно появление симптомов связано с приемом лекарственных препаратов
Заболееваемость/смертность	Низкая	Высокая
Поражение слизистых оболочек	Отмечается редко	Отмечается часто
Симптом Никольского	Положительный	Отрицательный
Мишеневидные поражения	Отсутствуют	Встречаются часто
Локализация пузыря	В верхнем слое эпидермиса (под роговым слоем)	Субэпидермальная
Гистопатологическая картина	Некроз эпидермиса или воспалительные изменения дермы отсутствуют	Поражены все слои кожи, наблюдаются некроз эпидермиса, выраженный дермальный периваскулит

Таблица 299

**Дифференциальная диагностика синдрома «ошпаренной кожи» (стафилококкового генеза), синдрома стафилококкового токсического шока и синдрома стрептококкового токсического шока**  
(по Р.А. Полину, М.Ф. Дитмару, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Синдром «ошпаренной кожи»	Синдром стафилококкового токсического шока	Синдром стрептококкового токсического шока
Возбудитель	<i>Staphylococcus aureus</i> обычно фаггруппы II, тип 71	<i>Staphylococcus aureus</i> обычно фаггруппы I, тип 29	Стрептококк группы А, обычно типы 1, 3 или 18. Продукция экзотоксина А
Локализация инфекции	Обычно на границе кожи и слизистых оболочек (нос, рот), а также на участках кожи, соприкасающихся с колесиками. Иногда клинические признаки воспаления отсутствуют	Слизистые оболочки. Инфицирование раны или фурункула. Иногда клинические признаки воспаления отсутствуют	Кровь, абсцессы, очаги пневмонии, пораженные ткани при эмпиеме, целлюлите, некротизирующем фасциите. Иногда клинические признаки воспаления отсутствуют
Сыпь на коже	Болезненная эритродерма, локализованная (поражаются кожа лица, шеи) и генерализованная. Пузыри, пестехии не характерны	Болезненная эритродерма: поражается кожа туловища, кистей, стоп. Отек кистей рук, стоп	Эритродерма: поражается кожа туловища, конечностей
Десквамация: — время появления;	Появляется рано (в первые 1–2 дня)	Появляется поздно (на 7–10-й день)	Появляется поздно (на 7–10-й день)

Дифференциально-диагностические признаки	Синдром «ошпаренной кожи»	Синдром стафилококкового токсического шока	Синдром стрептококкового токсического шока
– распространенность	Чаще генерализованная	В основном на кистях рук и стоп	В основном на кистях рук и стоп
Слизистые оболочки	Не изменены	Гиперемия слизистой оболочки рта и влажной поверхности языка. Гипертрофия сосочков языка	Гиперемия слизистой оболочки рта и влажной поверхности языка. Гипертрофия сосочков языка
Состояние конъюнктивы глаз	Не изменено	Выраженное инъецирование	Инъецирование
Течение заболевания	Бессимптомное, 4–7 дней, доброкачественное	Фульминантное. Характерен шок с вторичным поражением многих органов	Фульминантное. Характерен шок с ранним поражением многих органов
Летальность	Менее 1%	10%	30–50%

Таблица 300

**Дифференциальная диагностика различных заболеваний и синдромов, при которых возможно возникновение крапивницы у детей**  
(по И.М. Воронцову, О.А. Матальгиной, 1987)

Заболевания, при которых возможно возникновение крапивницы	Важнейшие клинические признаки и механизм развития	Основные дифференциально-диагностические признаки
Сывороточная болезнь	Уртикарные высыпания сочетаются с лихорадкой, увеличением лимфоузлов, селезенки, артралгиями	Клинические симптомы и выявление повышенного уровня циркулирующего иммунного комплекса в сыворотке крови
Гельминтозы (трихинеллез, аскаридоз, трихоцефалез), лямблиоз	Развивается сенсибилизация к продуктам метаболизма гельминтов, протеолитическим ферментам их яиц, лямблиям	Обнаружение яиц гельминтов в кале или соскобе с переходной складки кожи заднего прохода, вегетирующих форм лямблий в кале и желчи, серологические реакции с антигенами соответствующих гельминтов, эпидемиологические данные, высокая эозинофилия
Системная красная волчанка	Характерны симптомы системного процесса: полисерозиты, поражения сердечно-сосудистой системы, почек, суставов, изменения в крови (гипергаммаглобулинемия, лейкопения, анемия); обнаружение LE-клеток. Крапивница сочетается с другими кожными симптомами — «волчаночной бабочкой» и геморрагическими сыпями	Клинические симптомы, обнаружение LE-клеток, гистологические анализы кожи и мышечной ткани
Синдром Лаффлера	Значительное ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, симптомы поражения легких (кашель, одышка, приступы удушья), артралгии, увеличение лимфоузлов,	Клинико-рентгенологические данные

*Продолжение таблицы* ➤



Продолжение табл. 300

Заболевания, при которых возможно возникновение крапивницы	Важнейшие клинические признаки и механизм развития	Основные дифференциально-диагностические признаки
	рентгенологическое обнаружение эозинофильных инфильтратов в легких	
Синдром Висслера—Фанкони	Значительное нарушение состояния, длительная лихорадка, миокардит, пневмония, артриты, изменение крови, свидетельствующие о наличии воспалительного процесса в организме. Сыпь полиморфная; кроме уртикарных, встречаются скарлатино- и кореподобные элементы, возможна сыпь типа узловатой или многоморфной экссудативной эритемы	Клинико-гематологические данные
Синдром Макла—Уэльса	Характеризуется прогрессирующим полиартритом, начинающимся в раннем детстве, прогрессирующей двухсторонней глухотой, амилоидозом почек, приступами озноба без температурной реакции. Крапивница носит диссеминирующий характер с тенденцией к образованию географического рисунка. Зуд не характерен	Клинико-динамические наблюдения
Инфекционные заболевания (стрептококковая, различные кишечные инфекции, кандидозы, вирусный гепатит В), хронические очаги инфекции (синуситы, тонзиллиты)	Возможна сенсibilизация к возбудителю или активация системы комплемента	Клинико-бактериологические данные
Крапивница от давления	Обычно возникает при ношении тесной одежды, реакция может возникнуть немедленно или через 4—6 ч после воздействия давления. Характеризуется гиперемией и выраженным, часто болезненным, вздутием обычно линейной формы. Применение антигистаминных и гормональных препаратов неэффективно	Провокационная проба давлением
Холодовая крапивница	Возникает при местном или общем воздействии холода. Может переходить в обширный отек и сопровождаться снижением АД и потерей сознания. Одним из механизмов холодовой крапивницы является активация комплемента криоглобулинами	Помещение кусочка льда на кожу приводит к развитию элементов крапивницы, обнаружение криоглобулинов
Холинергическая крапивница	Вызывается общим перегревом, связанным с экзоэндогенными причинами (горячая ванна, лихорадка), физической нагрузкой. Характерны мелкие волдыри, окруженные большой зоной гиперемии. Биологически активным медиатором является ацетилхолин,	Провокационные пробы (горячая ванна, физическая нагрузка) и внутрикожное введение ацетилхолина и метахолина приводят к появлению волдырей

Заболевания, при которых возможно возникновение крапивницы	Важнейшие клинические признаки и механизм развития	Основные дифференциально-диагностические признаки
	высвобождающийся из парасимпатических и симпатических нейронов	
Предменструальная крапивница	Возникает у девушек за 3–4 дня до наступления менструаций. Связана с сенсibilизацией к эндогенному прогестерону	Цикличность проявлений. Внутрикожная проба с предменструальной сывороткой этой же больной, поставленная в начале и в середине менструального цикла, резко положительная

Таблица 301

### Дифференцированная диагностика аллергических и псевдоаллергических реакций на медикаменты (по А.Е. Ситкевичу, А.Г. Казеко, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Реакция	
	аллергическая	Псевдоаллергическая
Механизм возникновения	Иммунологический	Не иммунологический
Причина реакций	Взаимодействие антигена с антителом	Либерация медиаторов, активация комплемента
Препараты, наиболее часто обуславливающие реакцию	Антибиотики, сульфаниламиды, пиразолоновые производные, витамины	Кровезаменители, наркотические и местноанестезирующие средства, миорелаксанты, полимиксин В
Способ введения	Любой	Чаще через рот
Реакция на плацебо	—	Часто
Зависимость от принятой дозы	—	Есть
Количество препарата, вызвавшего реакцию	Не имеет значения	Чаще значительное
Реакция на первичное введение препарата	Редко (и только при перекрестной сенсibilизации)	Часто
Возможность повторных реакций впоследствии приема сходных в химическом или антигенном отношении препаратов	Установлено	Не установлено
Реакция на повторное введение препарата	Всегда	Непостоянно
Наличие периода сенсibilизации	Установлено	Не установлено
Продолжительность реакции	Зависит от характера лекарственной аллергической реакции (от немедленного до замедленного типа) от минут до недель	Кратковременны
Артериальное давление	Снижение	Повышение

Продолжение таблицы ↙

Окончание табл. 301

Дифференциально-диагностические признаки	Реакция	
	аллергическая	Псевдоаллергическая
Эозинофилия	Есть	—
Атопические аллергические болезни	Есть	—
Вегетативно-эндокринные заболевания	Редко	Очень часто
Заболевания желудочно-кишечного тракта, пищевая энзимопатия	»	Часто
Реакция Прауснитц—Кюстнера	Положительная при реактивном типе аллергической реакции	Всегда отрицательная

#### 4.13. СИНДРОМЫ И СИМПТОМЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Таблица 302

Дифференциальная диагностическая функциональных и органических систолических шумов (по Н.П. Шабалову, 2000)

Дифференциально-диагностические признаки	Систолические шумы	
	Функциональный	Органический
Свойства шума	Функциональный	Органический
Тембр	Мягкий, неопределенный, музыкальный	Жесткий, грубый, дующий
Продолжительность	Короткий, занимает меньшую часть систолы	Длинный, занимает большую часть систолы
Иррадиация	Распространяется мало, не распространяется за пределы сердца	Хорошо распространяется по области сердца и за ее пределами
Связь с тонами	Не связан	Обычно связан
Характер шума, выявляемый на ФКГ	Низко- или среднечастотный, занимает меньшую часть систолы, с тонами не связан	Высокочастотный, занимает большую часть систолы, обычно связан с тонами

Таблица 303

Дифференциальная диагностика синусовой и наджелудочковой тахикардий (по Н. Paul, M.D. Dworkin, 1996; цит. по Н.Н. Володину, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки	Виды тахикардий	
	синусовая	наджелудочковая
Частота сердечных сокращений	Обычно не превышает 200 в минуту, но может быть и более 200 в минуту	Обычно более 200 в минуту
ЭКГ	Обычно присутствуют зубцы Р, ЭКГ переменна	Зубцы Р отсутствуют, ЭКГ устойчивая

Дифференциально-диагностические признаки	Виды тахикардий	
	синусовая	наджелудочковая
Анамнез	Можно найти причину учащения ритма (повышение температуры тела, обезвоживание, нарушение дыхания)	Неспецифические симптомы
Физикальное обследование	Соответствует анамнестическим данным	Нестабильность выражена в большей степени, чем можно было предположить на основании анамнеза; у грудных детей — застойная сердечная недостаточность

Таблица 304

**Признаки гипертрофии желудочков сердца (кроме детей с пороками развития и недоношенных) (по В.К. Таточенко, 1997)**

Гипертрофия правого желудочка	Гипертрофия левого желудочка
Высокий $R$ в $V_1$	Высокий $R$ в $V_6$ (диастолическая перегрузка)
Глубокий $S$ в $V_{5-6}$	Глубокий $S$ в $V_1$ (систолическая перегрузка)
Положительный $T$ в $V_1$ у детей $> 4$ дней	Низкий $R$ в $V_1$ (систолическая перегрузка)
$QR$ в $V_{3R}$ или $V_1$ , $aVR$	$Q > 4$ мм в $V_{5-6}$ (диастолическая перегрузка)
Нормальная продолжительность $RSR'$ в $V_{3R}$ или $V_1$ при $R > 15$ мм у детей до 1 года и $> 10$ мм старше года	—

Таблица 305

**Дифференциальная диагностика цереброкардиального синдрома (по С.И. Ашкамалову, В.В. Белопасову, 1998; в модификации В.А. Доскина, М.В. Лещенко, 2007)**

Дифференциально-диагностические признаки	Цереброкардиальный синдром	Миокардиты	Пороки сердца
Перинатальные повреждения ЦНС	Выражены всегда	—	—
Изменения нейросонографии	Всегда	—	—
Признак сердечно-сосудистой недостаточности	Не характерны	Характерны	Характерны
Границы сердца	Не расширены	Расширены	Расширены почти всегда
Нарушения ритма	Характерно	Редко	Редко
Характер сердечных тонов	Расщепление II тона	Глухость всех тонов	Нет характерных признаков
Характер сердечных шумов	Функциональный высокий, мягкий, слабоинтенсивный	Органический низкоамплитудный, интенсивный	—

Продолжение таблицы 4

Окончание табл. 305

Дифференциально-диагностические признаки	Цереброкардиальный синдром	Миокардиты	Пороки сердца
ЭКГ-признаки сердечной недостаточности	Нет	Выражены	Характерны
ЭКГ-признаки изменения зубцов	Снижение вольтажа зубца Т в грудных отведениях	Не характерно	Не характерно
Характер эхокардиографии	Без структурных нарушений	Грубые структурные нарушения	Пороки развития сердца и/или крупных сосудов
Изменения крови, характерные для воспалительного процесса	—	Всегда	—
С-реактивный белок	Отрицательный	Повышен	Отрицательный
Активность аминотрансфераз	Не изменены	Повышены	Не изменены

Таблица 306

**Дифференциально-диагностические признаки симптоматических артериальных гипертензий у детей** (по А.А. Баранову, Р.Г. Шиляеву, Б.С. Каганову, 2005)

Дифференциально-диагностические признаки	Узелковый периаартериит	Феохромоцитомы	Реноваскулярная гипертензия	Хронический гломерулонефрит	Хронический пиелонефрит
Уровень артериального давления	Высокий	Высокий	Высокий, иногда асимметрия на ногах	Нормальный, умеренный или высокий	
Течение гипертензии	Нередко злокачественное	С кризами или перманентное	Иногда злокачественное		Доброкачественное, медленно прогрессирующее
Ретинопатия	+	Вплоть до слепоты	+	+	В терминальной фазе
Наличие системной сосудистой патологии	+	—	—	—	—
Характер мочевого осадка	Протеинурия, преходящая гематурия	Иногда умеренная протеинурия	Значительная протеинурия, гематурия, цилиндрурия, активные лейкоциты		Умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
Лабораторные исследования	Гиперлейкоцитоз, гипергаммаглобулинемия, наличие маркеров гепатита В	Увеличение содержания катехоламинов, ванилилминдальной кислоты в моче	—	Анемия, гипопротейнемия, гиперхолестеринемия, азотемия	—

Дифференциально-диагностические признаки	Узелковый периартериит	Феохромоцитома	Реноваскулярная гипертензия	Хронический гломерулонефрит	Хронический пиелонефрит
Пиелография	—	—	Асимметрия размеров и функции почек	—	Деформация чашечно-лоханочной системы
Аортография	Аневризмы, деформации мелких и средних артерий почек, дефекты контрастирования коркового вещества почек	Опухоль надпочечников	Стеноз одной или обеих главных почечных артерий	—	Обеднение сосудистого рисунка почек, «картина обгорелого дерева»

#### 4.14. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Таблица 307

##### Дифференциальная диагностика основных синдромов нарушения кислотно-щелочного состояния крови (по Н.Д. Дюжук и соавт., 2008)

Кислотно-щелочное состояние крови	Степень выраженности	pH	pCO <sub>2</sub>	BE (дефицит оснований)	SB (стандартные бикарбонаты)
Норма	—	7,35–7,43	35–45	± 2,5	21,3–24,8
Дыхательный ацидоз	Незначительный	7,34–7,3	46–50	+2,3	—
	Умеренный	7,29–7,2	51–60	—	—
	Резкий	7,19–6,8	61 и выше	—	—
Метаболический ацидоз	Незначительный	7,34–7,3	—	От –2,5 до –5,0	18,1–21,2
	Умеренный	7,29–7,2	—	От –5,1 до –10,0	15–18
	Резкий	7,19 и ниже	—	–10 и ниже	14,9 и ниже
Дыхательный алкалоз	Незначительный	7,44–7,46	31–34	—	—
	Умеренный	7,47–7,5	20–30	—	—
	Резкий	7,51 и выше	19 и ниже	—	—
Метаболический алкалоз	Незначительный	7,44–7,46	—	От +2,4 до +5,0	26,3
	Умеренный	7,47–7,5	—	От +5 до +10	26–30
	Резкий	7,51 и выше	—	+10,1 и выше	30,4 и выше

## Дифференциальная диагностика основных типов ацидоза у детей (по В. Крылову, 1970)

Различные показатели	Дыхательный ацидоз [состояние первичного, респираторно обусловленного повышения $p\text{CO}_2^*$ ( $> 40$ мм рт. ст.)]						
	пульмонально обусловленный		гемодинамически обусловленный		при нарушенной нервной регуляции дыхания		обусловленный влиянием экстрапульмональных факторов
Основа патогенеза	Альвеолярно-капиллярный блок	Нарушение диффузии газов вследствие обструкции дыхательных путей	Нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения	Повышение внутричерепного давления	Воспалительно-токсические поражения центральной нервной системы	Медикаментозная депрессия дыхательного центра	Недостаточность периферического дыхательного аппарата и системы гемоглобина
Заболевания и другие факторы, приводящие к ацидозу	Фиброз легочной ткани, ателектазы, отек легких, гиалиновые мембраны	Инородные тела дыхательных путей, обструктивная эмфизема легких	Инфаркты легких, эмболии легочных сосудов, гемодинамические шунты, общая циркуляторная недостаточность малого круга кровообращения	Травмы черепа, опухоли, отек мозга, кровоизлияния в мозг	Энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты	Передозировка наркотических средств трис-буфера	Пневмоторакс, плевральные шварты, паралич диафрагмы, метгемоглобинемия, повышенная оксигенация
Степень компенсации ацидоза: – некомпенсированный; – частично компенсированный; – полностью компенсированный	<p>Стандартный бикарбонат не повышен (норма 20–21 мэкв/л)</p> <p>Стандартный бикарбонат повышен, но не достигнута нормализации рН</p> <p>Стандартный бикарбонат повышен до степени нормализации рН</p>						

\* Парциальное давление углекислого газа.

**Метаболический ацидоз**

[состояние первичного, нереспираторно обусловленного понижения стандартного бикарбоната (< 20 мэкв/л)]

эндогенный ренальный			эндогенный экстраренальный				экзогенный
Функциональная незрелость почек	Снижение процессов фильтрации в почечных клубочках	Генетически обусловленные нарушения функций почек	Первичный молочнокислый ацидоз	Вторичный молочнокислый ацидоз	Специфический обменный ацидоз	Потеря щелочей	Нарушение метаболизма
«Физиологический» метаболический ацидоз новорожденных	Воспалительные заболевания почек	Почечный канальцевый ацидоз (синдром Лайтвуда—Олбрайта), синдром Лоу, наследственные нефропатии, синдром де Тони—Дебре—Фанкони	Наследственный лактат-ацидоз	Болезни сердца, сопровождающиеся цианозом, усиленная мышечная работа	Диабетическая кома, печеночная кома	Диарея; фистулы желудочно-кишечного тракта	Инттоксикация салицилатами, голодание

СО<sub>2</sub> не понижено (норма 35—40 мм рт. ст.)

pCO<sub>2</sub> понижено, но не достигнута нормализация pH

pCO<sub>2</sub> понижено до степени нормализации pH



Таблица 309

### Основные причины и дифференциально-диагностические признаки гипонатриемии

(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

Тип гипонатриемии	Причины	Признаки
С общим дефицитом натрия в организме (истощение запасов натрия)	Адреногенитальный синдром с потерей соли. Гипоальдостеронизм. Пилоростеноз. Желудочно-кишечные заболевания с токсикозом (понос и рвота). Болезни почек (нефрит с потерей соли). Тяжелые ожоги. Бесконтрольное применение салуретиков. Состояние после удаления асцитической жидкости	Дегидратация, острая сердечно-сосудистая недостаточность (коллапс), сгущение крови, ацидоз или алкалоз (при пилоростенозе), гиперазотемия, гипонатриурия (или повышение почечной экскреции натрия при адреногенитальном синдроме, гипоальдостеронизме)
При нормальном общем содержании натрия в организме (водная интоксикация и разведение натрия)	Введение большого количества жидкости без соли. Травмы, сопровождающиеся кровопотерей. Состояния после оперативных вмешательств	Беспокойство, переходящее в сопор и кому; тремор, мышечная гипотония и подергивания, сосудистый коллапс, снижение содержания общего белка, гемоглобина в крови, признаки гемолиза, гематурия, цилиндры и белок в моче
В сочетании с избыточным общим содержанием натрия	Хроническая недостаточность кровообращения (ревматизм). Преобладание задержки воды над задержкой натрия	Значительно выраженные отеки, резистентные к терапии; гипонатриемия, сочетающаяся с повышенным содержанием натрия в эритроцитах; мышечная гипотония, адинамия

Таблица 310

### Причины дифференциально-диагностических признаков основных типов гипернатриемии у детей

(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

Тип гипернатриемии	Причины	Признаки
С клеточной гипергидратацией	Нейротоксический синдром. Острая почечная недостаточность	Судороги, гипертермия, явления отека и набухания мозга
Вследствие дефицита воды	Гипервентиляционный синдром. Желудочно-кишечные заболевания с токсикозом	Дегидратация, общее возбуждение, судороги, высокая температура тела
Обусловленная нарушениями осморегуляции (центральной и почечной)	Заболевания ЦНС (кровоизлияния в мозг, опухоли, менингиты). Несахарный диабет (гипоталамического происхождения). Почечный несахарный диабет	Неврологическая симптоматика. Дегидратация, полиурия, нередко глюкозурия, гипостенурия, кетонурия (при заболеваниях нервной системы)
С задержкой натрия в организме	Отечный синдром (при резком ограничении жидкости). Первичный гиперальдостеронизм. Чрезмерное введение соли (особенно детям раннего возраста)	Отеки. Гипохлоремический алкалоз. Дефицит калия, полиурия (при гиперальдостеронизме). Лихорадка, отеки

Таблица 311

**Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся нарушениями обмена кальция и фосфора у детей**

(на основании данных биохимических исследований; по К. Блюменталь, 1970)

Заболевание	Содержание в сыворотке крови		Активность щелочной фосфатазы	Дополнительные данные, подтверждающие диагноз
	кальция	фосфора		
Рахит, обусловленный дефицитом витамина D	В норме или резко снижено	В норме или снижено	Повышена	Снижение экскреции кальция с мочой, гипераминоацидурия, щелочная реакция мочи, метаболический ацидоз
Фосфатдиабет («рахит», резистентный к витамину D)	В норме или снижено	Низкое	»	Гиперфосфатурия
Синдром де Тони—Дебре—Фанкони	То же	»	»	Полиурия, глюкозурия, гиперфосфатурия, гипераминоацидурия, альбуминурия, гипокалиемия, метаболический ацидоз, гиперкальциурия
Цистиноз	»	»	»	Те же симптомы, что и при синдроме де Тони—Дебре—Фанкони, и кроме того, кристаллы цистина в роговице глаза, лейкоцитах и других тканях
Почечный канальцевый ацидоз (синдром Олбрайна)	»	»	»	Гиперхлоремический ацидоз, полиурия, гиперкальциурия, щелочная реакция мочи, гипокалиемия, пиурия
Хроническая почечная недостаточность	»	Повышено	»	Альбуминурия, гиперазотемия, метаболический ацидоз, гиперкалиемия, низкий клиренс эндогенного креатинина
Гипофосфатазная	В норме или повышено	В норме или повышено	Резко снижена	Азотемия, появление фосфостаноламина в моче
Спазмофилия, связанная с рахитом	Снижено	В норме или снижено	Повышена	Алкалоз, гипераминоацидурия
Спазмофилия при гипопаратиреоидизме	Низкое	Высокое	В норме или снижена	Снижение экскреции кальция и фосфора с мочой, значительные количества мочевой кислоты; проба на введение паратгормона положительная
Псевдогипопаратиреоидизм	»	В норме или повышено	»	Те же изменения, что и при гипопаратиреоидизме, но проба на введение паратгормона отрицательная
Гипокалициемия при нефротическом синдроме	»	В норме или снижено	В норме	Гипо- и диспротеинемия, значительная протеинурия, гиперхолестеролемия

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 311

Заболевание	Содержание в сыворотке крови		Активность щелочной фосфатазы	Дополнительные данные, подтверждающие диагноз
	кальция	фосфора		
Гипервитаминоз	Высокое в начале болезни	В норме или снижено	В норме или повышена	Полиурия, гиперкальциурия, гиперазотемия, гиперхолестеролемиа, альбуминурия
Идиопатическая гиперкальциемия	Высокое	В норме или повышено	В норме или снижена	Те же изменения, что и при гипервитаминозе
Гиперпаратиреозидизм	»	В норме или снижено	Повышена	Полиурия, гиперкальциурия, гиперфосфатурия
Недостаточность коры надпочечников	Повышено	В норме	В норме	Повышенная чувствительность к витамину D
Гипотиреоз	»	»	»	То же

Таблица 312

### Диагностика нейротоксикоза и токсикоза с эксикозом у детей раннего возраста (по Ю.Е. Вельтищеву, 1970)

Симптомы и другие показатели	Нейротоксикоз (при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях)	Токсикоз с эксикозом (при желудочно-кишечных заболеваниях)
Общее состояние и неврологические симптомы	Общее беспокойство, возбуждение, реже сопор или кома, судороги, менингеальные симптомы	Чаще адинамия, сопор, кома. Тяжесть неврологических нарушений во многом определяется степенью обезвоживания
Эксикоз	Отсутствует или слабо выражен	Имеется всегда
Кожа	Горячая, иногда пастозная	Холодная, сухая, дряблая, землисто-серого цвета
Температура тела	Высокая	Как правило, нормальная, может быть понижена, при водodefицитном эксикозе высокая
Дыхание	Частое, поверхностное	«Большое» (токсическое)
Кровообращение	Коронарная недостаточность, симпатикотонический коллапс	Нередко паралитический коллапс, ангидремия
Рвота и жидкие испражнения	Непостоянные признаки	Основные признаки заболевания
Содержание электролитов в крови	Чаще повышено	Повышено при водodefицитном, снижено при солedefицитном эксикозе
Изменения крови	Лейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов	Лейкоцитоз, повышенная вязкость крови

Таблица 313

**Дифференциальная диагностика видов обезвоживания**  
(по Н. Paul, M.D. Dworkin, 1996; цит. по Н.Н. Володину, 1996)

Дифференциально-диагностические признаки (системы, органы, показатели)	Вид обезвоживания		
	вододефицитное	изотоническое	соледефицитное
Стадии нервной системы	Общее беспокойство, возбуждение, сильная жажда	Вялость, сомнолентность	Сопор, кома, судороги
Температура тела	Гипертермия	Субфебрильная	Нормальная, тенденция к гипотермии
Кожа	Эластичность сохранена, теплая	Холодная, сухая, пониженной эластичности	Дряблая, холодная, с цианотическим оттенком
Слизистые оболочки	Очень сухие, запекшиеся	Сухие	Нередко покрыты слизью
Мышцы	Без характерных изменений	Мягкие, тестообразные	Мышечные подергивания, низкий тонус
Артериальное давление	Долго остается нормальным	Снижено или повышено	Низкое
Дыхание	Гипервентиляция, внезапные апноэ	Без особенностей	Медленное дыхание в легких — влажные хрипы
Желудочно-кишечный тракт	Частый, жидкий стул, изредка рвота	Анорексия, изредка рвота, стул со слизью	Частая рвота «кофейной гущей», водянистый стул, парез кишечника
Диурез	В начале нормальный	Уменьшен	Уменьшен
Относительная плотность мочи	1,001—1,018, позднее 1,025—1,035	Нормальная или слегка увеличенная	В начале высокая (выше 1,025), затем 1,01 и ниже
Возможная причина гибели ребенка	Резкое повышение осмотического давления, блокада внутриклеточных дыхательных ферментов	Недостаточность кровообращения	Недостаточность кровообращения

#### 4.15. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Таблица 314

**Дифференциальная диагностика степени угнетения сознания**  
(по Д.Р. Штульману, О.С. Левину, 1999)

Дифференциально-диагностические признаки	Оглушение		Сопор	Кома		
	умеренное	глубокое		умеренная	глубокая	терминальная
Ориентация	Частичная	Нарушена	—	—	—	—
Речевой контакт	Ограничен	Резко затруднен	—	—	—	—

Продолжение таблицы ↙

Окончание табл. 314

Дифференциально-диагностические признаки	Оглушение		Сопор	Кома		
	умеренное	глубокое		умеренная	глубокая	терминальная
Выполнение инструкций	Замедлено	Только элементарных	—	—	—	—
Открытие глаз	Сохранено	Сохранено	Только на сильный болевой раздражитель	—	—	—
Двигательная реакция на боль	Целенаправленная	Целенаправленная	Целенаправленная	Нецеленаправленная	—	—
Арефлексия, диффузная мышечная гипотония	—	—	—	—	±	+
Нарушение жизненно важных функций, двусторонний фиксированный мидриаз	—	—	—	—	—	+

Примечание: (+) — отмечается; (±) — возможно.

Таблица 315

### Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся нарушением сознания (цит. по А.А. Баранову, Р.Р. Шилияеву, Б.С. Качанову, 2005)

Дифференциально-диагностические признаки	Возможная патология
Признаки травмы	Внутричерепное кровоизлияние
Легкая гиперемия кожи	Диабетическая кома; отравление угарным газом, атропином, скополамином, борной кислотой, бором
Серо-синий цианоз	Отравление анестезирующими средствами, азотистыми соединениями, анилином, производными бензола, хлоридом калия, нафталином, E605, цианидами
Желтый цвет кожи	Отравление препаратами фенотиазина, хлоридом калия, грибами, перманганатом калия, свинцом; уремическая кома
Бледная кожа	Уремическая кома, гипогликемическая кома
Петехиальные кровоизлияния	Менингококкемия
Кожа: влажная, холодная; сухая и теплая	Отравления снотворными средствами; гипогликемия; шок, диабетическая кома; перегревание
Дыхание Куссмауля	Ацидоз
Хрипящее дыхание	Алкалоз
Нарушение ритма вплоть до дыхания Чейн—Стокса	Кровоизлияния в мозг; отравление снотворными препаратами, уремия, опухоли мозга
Брадикардия	Повышение внутричерепного давления; отравление клофелином

Дифференциально-диагностические признаки	Возможная патология
Расширенные зрачки	Отравление снотворными средствами, атропином, алкоголем, цитизином; энцефалит
Суженные зрачки	Отравление морфином, снотворными средствами, Е605; энцефалит
Анизокория	Внутричерепной процесс

Таблица 316

**Дифференциальный диагноз отека мозга**

(цит. по А.А. Баранову, О.О. Шиялеву, Б.С. Каганову, 2005)

Дифференциально-диагностические клинические признаки	Энцефалитическая реакция	Отек мозга	Энцефалит
Сознание	Вне судорог — ясное или сомнолентность	Сопор-кома	От ясного до комы
Температура	От субфебрильной до фебрильной	От нормальной до фебрильной	От нормальной до фебрильной
Судороги	Генерализованные, чаще клонико-тонические	Генерализованные, полиморфные	Чаще очаговые
Делирий	Кратковременный	Чаще отсутствует	Отсутствует
Аритмия дыхания	Отсутствует	Выражена при отеке ствола мозга	Выражена при поражении ствола мозга
Нарушения гемодинамики	Отсутствуют или слабо выражены	Четкие	Четкие
Внутричерепное давление	Нормальное или немного повышено	Высокое	Нормальное или немного повышено
Патологические рефлексы	Двусторонние, кратковременные	Двусторонние, несколько дней	Чаще односторонние, стойкие
Очаговая симптоматика	Отсутствует	Отсутствует	Четко выражена
Содержание белка в ликворе	Нормальное или понижено	Чаще повышено	Нормальное или повышено
Цитоз ликвора	Отсутствует	Отсутствует	При менингоэнцефалите
Активная реакция внутренней среды	Не изменена	Декомпенсированный метаболический ацидоз, респираторный алкалоз	Не изменена или компенсированный метаболический ацидоз
Течение	Несколько дней	Несколько минут или часов	Длительное
Остаточные явления	Отсутствуют	Отсутствуют или возникает декортикация или децеребрация	Очаговый неврологический дефект

## Материалы к дифференциальной диагностике острой дыхательной недостаточности (по Р.Б. Тейлору, 1995)

Причины	Угнетение регуляции дыхания	Нервно-мышечные поражения	Изменение стенки грудной клетки	Заболевания и травмы дыхательных путей	Заболевания и травмы легких
Травматические	Травма головы. Передозировка седативных препаратов	Травма спинного мозга. Лекарственные препараты. Интоксикации	Торакостенная. Переломы ребер. Струп после ожога	Аспирация инородного тела. Повешение	Ушиб. Ингаляционные поражения. Синдром жировой эмболии. Цитотоксические препараты. Застойная сердечная недостаточность. Эмболия легочной артерии. Шок
Сосудистые	Острые нарушения мозгового кровообращения	Поперечный миелит	Плевральный выпот	Аневризма аорты	—
Онкологические	Первичный или метастатический рак	Паранеопластические синдромы	Мезотелиома	Рак гортани	Лимфангит при раке
Инфекционные	Менингит. Абсцесс мозга. Энцефалит	Полиомиелит. Синдром Гийена—Барре. Столбняк. Ботулизм	Эмпиема	Бронхит	Пневмонии
Врожденные	Первичная альвеолярная гиповентиляция	Мышечная дистрофия. Дефицит кислой мальтазы	Сколиоз	Поликистоз	Дефицит $\alpha_1$ -антитрипсина
Идиопатические	Дегенеративные заболевания ЦНС	Паралич диафрагмы. Боковой амиотрофический склероз. Рассеянный склероз	Спонтанный пневмоторакс	Хронические обструктивные заболевания легких	Респираторный дистресс-синдром взрослых. Фиброз легких
Метаболические	Кома. Микседема. Алкалоз	Гипофосфатемия	Ожирение	Ларингоспазм	Ингибирование карбоангидразы. Гипоксемия при циррозе печени
Иммунологические	Апноэ во время сна при аллергическом рините	Миастения	Склеродерма. Анкилозирующий спондилит	Аллергическая форма бронхиальной астмы. Крикоаритеноидит при ревматоидном артрите	Аллергический пневмонит. Трансфузионные реакции

Таблица 318

**Диагностические признаки и причины коматозных состояний**  
(по Ю.Е. Вельтищеву, Ю.М. Белозерову, Б.А. Кобринскому и соавт., 1994)

Функциональная характеристика органов и систем	Диагностические признаки	Причины нарушения
Температура тела	Повышена	Инфекции (особенно менингит, энцефалит), диабетический ацидоз, тиреотоксикоз
Сердечные сокращения	Частые	Гиповолемический шок, диабетический ацидоз, недостаточность надпочечников, сердечная недостаточность
Артериальное давление	Повышено	Энцефалопатия с гипертензией (гломерулонефрит)
	Снижено	Гиповолемия, недостаточность надпочечников
Дыхание	Учащенное	Пневмония, сердечная недостаточность, метаболический ацидоз
	Прерывистое	Синдром центральной гиповентиляции
Кожа	Сухая	Дегидратация, микседема, недостаточность надпочечников
	Влажная	Синкопе
	Пигментированная	Болезнь Аддисона
	Очаговая пигментация	Туберозный склероз с судорожным синдромом
	Петехии	Бактериемия, подострый септический эндокардит, тромбоцитопеническая пурпура
	Цианоз	Гипоксия, врожденный порок сердца, эмболия мозга
	Эритема	Интоксикация угарным газом, атропином, ртутью
	«Бабочка» на лице	Системная красная волчанка, туберозный склероз
	Шелушение	Скарлатина, отравление витамином А
Изменение ногтей	Эндокардит, грибковая инфекция, гипопаратиреоз	
Полость рта (запах изо рта)	Фруктовый	Диабетический кетоацидоз.
	Мочи	Почечная недостаточность.
	Кала	Печеночная энцефалопатия.
	Чеснока Миндаля	Отравление селеном, паральдегидом, мышьяком. Отравление цианидами
Затылок и скальп	Следы ушиба.	Травма.
	Вазодилатация	Тромбоз сагиттального синуса
Глаза	Периорбитальные экхимозы	Переломы в области глазницы
	Кровоизлияние в глазнице	Субарахноидальное кровоизлияние
	Спазм сосудов	Энцефалопатия гипертензионная
	Кровоизлияние в области век	Перелом основания черепа
Уши	Кровотечение	Травма, перелом основания черепа
	Отит гнойный (гноетечение)	Абсцесс мозга, тромбоз латерального синуса

Продолжение таблицы ⇨



Окончание табл. 318

Функциональная характеристика органов и систем	Диагностические признаки	Причины нарушения
Нос	Истечение ликвора	Перелом основания черепа
Рот	Прикус языка	Судорожный синдром
	Пигментация	Болезнь Аддисона
Затылок (мышцы)	Ригидный	Менингит, пневмония, субарахноидальное кровоизлияние, энцефалит
Щитовидная железа	Увеличена	Микседема, тиреотоксикоз
Сердце	Шум	Пороки сердца, подострый септический эндокардит
Живот	Гепатомегалия	Лейкоз, печеночная, сердечная недостаточность
Конечности	Перелом	Травма, жировая эмболия
	Экхимозы	Травма, геморрагический диатез

## Дифференциальная диагностика наиболее часто встречающихся коматозных состояний

Наиболее вероятная причина комы	Тонус и патологическая активность мышц	Изменения дыхания	Сердечные сокращения	Изменения артериального давления	Кожа	Зрачки	Запах	Дополнительные признаки
Отравление алкоголем (исключить черепно-мозговую травму)	Выраженная гипотония мышц	От глубокого храпящего к поверхностному редкому	Тахикардия, аритмия	Снижение, иногда коллапс	Холодная влажная, лицо цианотичное	Сужены	Алкоголя	Постепенное (реже быстрое) развитие комы с признаками опьянения, атаксии, рвоты; гиперемия лица и конъюнктив, сменяющаяся цианозом; возможны нистагм, анисокория, ларингоспазм с аспирацией рвотных масс
Кетоацидотическая диабетическая кома		Дыхание Куссмауля	То же	То же	Сухая, бледная, иногда с расчесами; могут быть следы инъекций инсулина	То же	Прелых яблок, ацетона	Медленное развитие комы (полидипсия, полиурия, рвота, боли в животе, сонливость); снижение тонуса глазных яблок; гипо- или арефлексия, иногда симптом Кернига. Могут быть данные о наличии сахарного диабета
Гиперосмлярная диабетическая кома	Мышечная ригидность, фибрилляция отдельных мышц или мышечных групп, клонико-тонические судороги	—	—	То же	Сухая, теплая (горячая)	Возможна анисокория	Специфичность отсутствует	Постепенное развитие в прекоме (полидипсия, полиурия, ортостатические расстройства, иногда коллапс, психические расстройства), но быстрое развитие собственно комы; резкая сухость слизистых оболочек, кожи, возможны повышение температуры тела, эпилептиформные судороги, менингеальные симптомы, нистагм, иногда гемипарезы. Могут быть данные о наличии сахарного диабета
Уремическая кома		Глубокое, частое, иногда типа Куссмауля	То же	Повышение	Сухая, бледная с желтоватым оттенком, в точечных кровоизлияниях, иногда с расчесами	Широкие*	Аммиачный (мочи)	Данные о хронической болезни почек. Постепенное развитие комы (головная боль, ухудшение зрения, кожный зуд, рвота, судороги, сонливость, часто отеки, анурия, возможны ритм галлопа, шум трения перикарда, дыхание типа Чейна—Стокса)

Продолжение таблицы ↪

Наиболее вероятная причина комы	Тонус и патологическая активность мышц	Изменения дыхания	Сердечные сокращения	Изменения артериального давления	Кожа	Зрачки	Запах	Дополнительные признаки
Печеночная кома	Мышечная ригидность, фибрилляция отдельных мышц или мышечных групп, клонико-тонические судороги	Глубокое, частое, иногда типа Куссмауля	Брадикардия, аритмии	Снижение, иногда коллапс	Желтушная в расчесах, петехиях, мелких геморрагиях	Широкие*	Сырого мяса (печеночный)	Постепенное (нарастание желтухи, геморрагии, сонливость) или быстрое развитие (психомоторное возбуждение, галлюцинации, оглушенность, сопор) комы, изменение размеров и консистенции печени, иногда увеличение селезенки и признаки портальной гипертензии; возможны менингеальные симптомы, дыхание типа Чейна—Стокса
Хлоргидропеническая кома			—	—	Бледная, сухая, дряблая	То же	Специфичность отсутствует	Постепенное развитие комы (анорексия, головная боль, судороги, ортостатические обмороки, апатия, расстройства сознания) на фоне неукротимой рвоты. Истощение, признаки обезвоживания, возможны менингеальные симптомы, напряжение передней брюшной стенки, эмбриокардия, коллапс
Отравление угарным газом	—	Поверхностное частое	Тахикардия, аритмии	Повышение (транзиторное)	Алого цвета (иногда с ожогами)	То же	То же	Быстрое развитие комы на пожарах, в помещениях с печным отоплением, в автомобиле с включенным двигателем (во время сна); предшествуют головная боль, рвота, кашель, возбуждение. Могут быть признаки ожога дыхательных путей. Возможны гиперкинезы, симптом Бабинского, опистотонус, ригидность затылочных мышц

Наиболее вероятная причина комы	Тонус и патологическая активность мышц	Изменения дыхания	Сердечные сокращения	Изменения артериального давления	Кожа	Зрачки	Запах	Дополнительные признаки
Отравление фосфор-органическими соединениями	—	—	Резкая брадикардия, аритмии	Повышение	С обильным потом, цианотичная	Миоз	Специфический ароматический, возможен запах алкоголя	Быстрое развитие комы (психомоторное возбуждение, обильная потливость, тошнота, одышка, затем заторможенность, сопор, кома). Гиперкинезы, распространенные мышечные фибрилляции; повышение АД до 250/160 мм рт. ст. (сменяется коллапсом в терминальной стадии); бронхорея с признаками обструкции, брадикардия до 40–20 ударов в минуту (реже тахикардия); возможно дыхание типа Чейна—Стокса, остановка дыхания. В терминальной стадии зрачки широкие
Отравление наркотическими анальгетиками или барбитуратами	—	—	Тахикардия	Снижение, иногда коллапс	Цианоз, возможна гиперемия лица	То же	Специфичность отсутствует	Постепенное, иногда быстрое развитие комы (рвота, атаксия, сонливость) с последующим преобладанием дыхательных расстройств: от редкого глубокого дыхания к дыханию типа Чейна—Стокса с удлинением периода апноэ, затем к поверхностному редкому дыханию, нередко с признаками бронхиальной обструкции. Гипотермия. Возможны отек легких, коллапс. В терминальной стадии зрачки широкие

Продолжение таблицы ↪

Наиболее вероятная причина комы	Тонус и патологическая активность мышц	Изменения дыхания	Сердечные сокращения	Изменения артериального давления	Кожа	Зрачки	Запах	Дополнительные признаки
Респираторная (респираторно-ацидотическая) кома	—	Затрудненное, поверхностное, аритмичное	Тахикардия, аритмия	Снижение, иногда коллапс	Выраженный диффузный цианоз, иногда лицо гиперемировано, с крупными каплями пота	Чаще сужены, иногда расширены	То же	Начало быстрое (астматический статус или постепенное нарастание одышки и цианоза, психическая неадекватность, возбуждение, сменяемые оглушенностью, сопором). В легких признаки резкой бронхиальной обструкции или распространенные разнокалиберные влажные хрипы. Могут быть признаки декомпенсированного легочного сердца, дыхание типа Чейна—Стокса. При резко выраженной гипоксии в терминальной стадии зрачки расширены
Гипотиреоидная кома	—	Поверхностное, редкое, аритмичное	Брадикардия, аритмия	Снижение	Холодная, бледная (иногда желтоватая), сухая, грубая, лицо одутловатое	Сужены	То же	Постепенное развитие комы (психическая неадекватность, заторможенность, летаргия, сопор) нередко на фоне инфекционного заболевания или стресса. Нарастает брадикардия (может не быть при мерцательной аритмии), снижается температура тела до 35,5 °С и ниже (может быть нормальной при инфекционной болезни). Часто отмечаются отеки, признаки выпадения волос. Олигурия. Гипо- или арефлексия

\* Симптом наблюдается также в терминальной стадии комы любого вида.

## Дифференциальный диагноз коматозных состояний у детей (по Э.К. Цыбулькину, 1987)

Анамнестические и клинические признаки	Системные причины				Заболевания нервной системы				
	Диабет	Уремия, эклампсия	Острая гипоксия	Первичный инфекционный токсикоз	Острые отравления	Травма	Нейроинфекция, менингит, энцефалит	Постэпилептическая кома	Внутричерепное кровоизлияние, тромбоэмболия
Предшествующие заболевания или патологические состояния	В анамнезе могут быть указания на диабет, ожирение, отмену инсулина	Заболевания почек или мочевыводящих путей	Острая дыхательная недостаточность. Асфиксия. Длительная артериальная гипотензия	Острое инфекционное заболевание за 3–4 нед. или прививка за 10–14 дней. Неблагоприятный перинатальный анамнез	Указание родителей на возможность отравления. Нарушение приема или хранения лекарств	Падение с высоты, прямой удар, автотравма	Возможно наличие признаков ОРВИ или бактериальных очагов, отит	Эпилептические припадки	Артериальная гипертензия
Начало комы	Чаще постепенное, предшествуют полиурия, полидипсия	Постепенное	Быстрое или внезапное, предшествует беспокойство	Быстрое, четко выражена смена стадий	Закономерностей нет	Острое. Сразу после травмы или «светлого» промежутка	Начало постепенное, головная боль, рвота	Сразу после судорожного припадка	Внезапное
Окраска кожи	Сухая, гиперемированная	Серо-бледная, могут быть периферические отеки	Бледно-цианотичная или цианотичная	Бледная или «мраморная», цианоз ногтевых лож	Типичных изменений нет	Бледная	Бледная, точечная, геморрагическая сыпь	Изменений нет	Бледная
Температура тела	Нормальная	Нормальная	Может быть лихорадка	Лихорадка	Нормальная	Нормальная	Лихорадка	Нормальная или повышена	Нормальная

Продолжение таблицы ↵

Анамнестические и клинические признаки	Системные причины				Заболевания нервной системы				
	Диабет	Уремия, эклампсия	Острая гипоксия	Первичный инфекционный токсикоз	Острые отравления	Травма	Нейроинфекция, менингит, энцефалит	Постэпилептическая кома	Внутричерепное кровоизлияние, тромбоэмболия
Изменение других органов и систем	Дыхание Куссмауля	«Уремический» гастроэнтерит, шум трения перикарда, олигурия или полиурия	Признаки нарушения проходимости дыхательных путей. Заболевание легких. Сосудистая недостаточность. Тахикардия или брадикардия	Увеличение печени, тахикардия, олигурия. Признаки ОРВИ, кишечных инфекций, воздушно-капельных инфекций	Признаки отравления ядами, повреждающими ЦНС	Признаки сочетанного повреждения и шока	Менингеальные симптомы	Прикушенный язык	Могут быть признаки геморрагического синдрома
Очаговая симптоматика и судороги	—	Возможны генерализованные судороги	Тонические генерализованные судороги	Генерализованные судороги	Возможны генерализованные судороги	Очаговая симптоматика, парез III пары черепных нервов	Есть	Редко подходящие очаговые симптомы	Есть
Дополнительные клинические симптомы и исследования	Запах ацетона изо рта, глюкозурия (по бумажному глюкозному тесту)	Запах аммиака изо рта	—	—	—	Ликворея, кровотечения из носа и ушей	—	—	—

**Дифференциальный диагноз коматозных состояний при нарушениях обмена веществ**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Патологические изменения, состояние органов и систем	Формы						
	диабетическая	гипогликемическая	уремическая	псевдоуремическая (экламптическая)	гипохлоремическая	печеночная	ацетонемическая — недиабетическая
Предварительное (предшествующее) или основное заболевание	Диабет	Хронический нефрит, диабет, опухоли надпочечников, спонтанные функциональные гипогликемии, ренальный диабет	Хронический нефрит	Острый нефрит	Заболевания, сопровождаемые рвотой	Заболевания печени: инфекционные гепатиты, гепатохолангиты, врожденные и приобретенные циррозы печени	Лихорадочные заболевания, циклическая ацетонемическая рвота
Начало	Медленное, но более острое, чем у взрослых	Внезапное	Медленное, прогрессивное	Внезапное, бурное, в сопровождении судорог	Медленное	Постепенное	Постепенное
Сознание	Потеря постепенная, вплоть до глубокой комы	Быстрая потеря, вплоть до глубокой комы	Проходит через все стадии вплоть до полной комы	Внезапная, полная потеря	Постепенная потеря сознания	Постепенное развитие коматозного состояния, которое проходит через все стадии, но редко доходит до глубокой комы; галлюцинации и делирий	Проходит через все стадии — забытие, сонливость, сопор, кома
Двигательная активность	Гипотония, колленные и ахилловы рефлексы выпадают	Гипертония, повышенная рефлекторная возбудимость, двусторонний положительный симптом Бабинского	Миоклонические подергивания в различных частях тела, патологический хватательный рефлекс	Повышение мышечной возбудимости, усиление сухожильных рефлексов, временные моноили гемипарезы; моно или гемиплегии (и временные судороги)	Адинамия, тетания гиперрефлексия, катаlepsия и фибриллярные подергивания	Спастичность, доходящая до контрактур, усиленные рефлексы, менингеальные явления	Гипотония, рефлексы снижены

Продолжение таблицы ↙



Патологические изменения, состояние органов и систем	Формы						
	диабетическая	гипогликемическая	уремическая	псевдоуремическая (экламптическая)	гипохлоремическая	печеночная	ацетонемическая — недиабетическая
Судороги	+	++	—	+++	—	—	Редко
Дыхание	Глубокое, токсическое (Куссмауля), запах ацетона	Без изменений	Глубокое, токсическое, иногда Чейна—Стокса, запах аммиака (мочи)	Шумное, стертное	Учащенное, поверхностное, неприятных запахов изо рта	Глубокое, токсическое (Куссмауля), запах сырой печени (мяса)	Глубокое, токсическое, сильный запах ацетона изо рта
Сердечно-сосудистые явления	Глухие, сердечные тоны, мягкий пульс, низкое артериальное давление; на ЭКГ интервал PQ удлиннен, на фонограмме интервал между I и II сердечным тонами укорочен	Ясные тоны, аритмия, нормальное давление	Акцентированный второй аортный тон, повышенное артериальное давление, шум трения перикарда	Брадикардия, повышенное артериальное давление	Глухие тоны, низкое артериальное давление, ускоренный мягкий пульс, аритмия	Тахикардия, сердцебиение, гипотония, мягкий неполного наполнения пульс	Глухие сердечные тоны, мягкий пульс, низкое артериальное давление
Расстройства пищеварения	Отсутствие аппетита, тошнота, рвота	Отсутствует рвота	Рвота, иногда понос	Рвота	Отсутствие аппетита, поносы и рвота	Рвота, вздутый живот, увеличение селезенки	Обильная безостановочная рвота, абсолютное отсутствие аппетита
Печень	Увеличенная	Увеличенная у диабетиков и нормальная при спонтанных гипогликемиях	Часто увеличенная	Часто увеличенная	В зависимости от основного заболевания	Уменьшенная	Увеличенная, болезненная

Патологические изменения, состояние органов и систем	Формы						
	диабетическая	гипогликемическая	уремическая	псевдоуремическая (экламптическая)	гипохлоремическая	печеночная	ацетонемическая – недиабетическая
Глаза	Глазные яблоки мягкие, зрачки часто расширенные	Нормальное глазное дно, расширенные зрачки	Зрачки сужены; ослабление зрения	Застойные соски	Зрачки широкие	Зрачки расширенные	Без изменений
Кожа	Сухая, бледная, щеки красные	Бледная, влажная	Сухая, зудящая, слегка отечная, следы расчесов	Бледная	Уменьшенный тургор и эластичность	Сухая, желтушная или субиктеричная, слегка отечная; точечные кровоизлияния	Сухая, бледная, щеки красные
Отеки	Нет	Нет	Небольшие	Четко выраженные	Нет	Небольшие	Нет
Кровь	Гипергликемия, ацидозокетоз, дегидратация, гипохлоремия, гипокальциемия, гипонатриемия	Гипогликемия, уплощенная кривая адреналина	Ацидоз, азотемия, гиперкалиемия, гипокальциемия	Гипохлоремия, незначительная азотемия	Лейкоцитоз, гипохлоремия, алкалоз	Прямой билирубин (+++) увеличение продуктов распада	Гипохлоремия, ацидокетонемия, отсутствие гипергликемии
Моча	Гликозурия, ацетонурия, цилиндрурия, высокий удельный вес, альбуминурия	Нормальная	Полиурия, низкий удельный вес, уменьшение количества альбумина и форменных элементов	Альбуминурия, гематурия, цилиндрурия, высокий удельный вес	Олигурия, анурия альбумин (+); немного форменных элементов	Билирубин (++) при острой желтой атрофии уменьшается; аминокацидурия (лейцин, тирозин), незначительная альбуминурия	Ацетон, ацетоуксусная кислота, гликозурия (-)

**Дифференциальная диагностика коматозных состояний при некоторых отравлениях в детском возрасте**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Клинические признаки	Токсические вещества							
	алкоголь	барбитуровые производные	салициловые производные	хинин	препараты опия	производные фенотиазина	органофосфорные (паратина) производные	окись углерода
Рвота	Имеется	—	Имеется	Имеется	—		Частая	Очень частая
Боль в животе	—	—	»	»	—	—	Имеется	Редко
Печень	—	—	Увеличена	—	—	Увеличена, возможна желтуха	Редко увеличена	Увеличена при сердечно-сосудистой слабости
Пульс	Учащенный, мягкий	В начале замедленный, в конце учащенный, мягкий	Учащенный	Замедленный	В начале замедленный, затем учащенный, мягкий	Учащенный, мягкий	Замедленный	Мягкий, учащенный, аритмичный
Артериальное давление	Повышено	Понижено	—	—	Понижено	Понижено	Повышено	Понижено
Дыхательные осложнения	Возможны	Возможны	—	—	Возможны	—	Отек легких	Эмфизема, токсическая пневмония
Зрачки	—	Расширенные, затем суженные	—	Расширенные	Точечные	Возможно расширенные	Суженные	Расширенные
Взбудораженность	Возможно в конечной стадии	—	Частое	Возбуждение	—	Возможно	Неспокойное	В начале возбуждение
Судороги	Возможны в конечной стадии	—	Часты	В тяжелых случаях	Возможны у грудных детей	В тяжелых случаях	Редки	Очень часты

Клинические признаки	Токсические вещества							
	алкоголь	барбитуровые производные	салициловые производные	хинин	препараты опия	производные фенотиазина	органофосфорные (паратина) производные	окись углерода
Кома	Наступает быстро, обычно неполная	Обычно неполная	Наступает в конечной стадии с ацидозом	Редкая, лишь в тяжелых случаях	Быстрая — полная	Быстрая неполная	Постепенная вплоть до полной	От легкой, вплоть до глубокой
Патогномонические характеристики	Запах алкоголя изо рта	Глубокий сон, в том числе и при приеме белергамина, при котором отмечаются и признаки атропинового отравления	Ацидотическое дыхание	Амавроз	Приступы апноэ	Тяжелая гипотония мышц	Отек легких	Карминно-розовая окраска лица и кожи

Таблица 323

**Клинические и лабораторные показатели при различных видах коматозных состояний у больных сахарным диабетом**  
(по Н.П. Шабалову, 2000)

Симптомы	Вид комы			
	ДКА	гиперосмолярная	лактатацидотическая	гипергликемическая
Начало	Постепенное, в течение 3–5 дней	Постепенное, в течение 10–12 дней	На фоне гипоксии	Внезапное
Экзикоз	Выражен	Резкий	Умеренный или нет	Нет
Судороги	Нет	Часто	Редко	Всегда
Уровень глюкозы крови (ммоль/л)	20–30	50–100	12–30	Ниже 3
Наличие глюкозы в моче	Есть	Есть	Есть	Может не быть
Уровень кетоновых тел в крови (ммоль/л)	1,7–17	1,7 и ниже	1,7 и ниже	1,7 и ниже
Уровень молочной кислоты в крови (ммоль/л)	0,4–1,4	0,4–1,4	Выше 1,4	0,4–1,4
Кетоновые тела в моче	+++	±	±	–
Осмолярность плазмы (мОсм/л)	Не выше 320	330–500	310	310
рН крови	7,3–6,8	7,38–7,45	7,2–6,8	7,38–7,45
BE (ммоль/л)	–3–20 и ниже	0 ± 2	–10 и ниже	0 ± 2

*Примечание.* ДКА — диабетический кетоацидоз.

## Дифференциальная диагностика острых эндокринно-метаболических синдромов (по В. Лукьянчикову, 1995)

Дифференциально-диагностические признаки	Заболевания/состояния								
	феохромоцитома	вегетативный криз	тиреотоксический криз	гипотиреоидная кома	аддисонический криз	гипогликемия	диабетическая прекома	гиперкальциемический криз	гипокальциемическая тетания
Жалобы	Острейшая боль головная, в сердце, животе, рвота	Страх смерти, онемение губ, конечностей	Удушье, жар, боль головная, в животе, мышцах, рвота	Сонливость, зябкость, слабость	Слабость, головокружение, боль в животе, тошнота, диарея	Озноб, сердцебиение, головная боль, голод, нарушение зрения	Жажда, тошнота, рвота, слабость, боль в животе, одышка	Жажда, тошнота, слабость, боль в животе, пояснице, костях и суставах	Онемение губ, конечностей, судороги, боли в мышцах
Сознание	Оглушенность, возбуждение	Аффектированное возбуждение	Оглушенность, истерика	Заторможенность, прострация	Возбуждение или заторможенность	Оглушенность, агрессивность, кома	Оглушенность, заторможенность, апатия	Заторможенность, апатия	Психоэмоциональное возбуждение
Осмотр	Бледность, пот, тремор, пилорэрекция	Вычурность, рвота, стоны, судороги, одышка	Проливной пот, тремор, судороги, одышка	Бледность, отеки, алопеция, гиподинамия	Пигментация, истощение, гиподинамия	Бледность или гиперемия, тремор, пот, судороги	Бледность, заострившиеся черты, одышка, запахах ацетона	Бледность, истощение, деформации костей, эпюлиды	Послеоперационный рубец на шее, судороги, одышка, гипергидроз
Анамнез	Повторные приступы, в том числе у родственников	Множество «болезней», безуспешное лечение	Тиреотоксикоз, зоб, в том числе у родственников	Тиреопатии, в том числе у родственников	Туберкулез, аутоиммунные или онкологические болезни	Сахарный диабет, болезни печени, онкопатология	Сахарный диабет, в том числе у прямых родственников	Мочекаменная болезнь, часто переломы, опухоли челюстей	Операции, катаракта, онкоболезни
Объективные исследования	Систолическое АД > 200, тахикардия, «острый живот»	Лабильные пульс и АД, симптом Хвостека, судороги	Тахикардия, гипертонус мышц, «острый живот»	Брадикардия, шелушащаяся и отечная кожа, температура тела ниже 35 °С	Гиперпигментация сосков, п/о рубцов, низкое АД, «острый живот»	Тахикардия, умеренное повышение АД, тризм, гиперрефлексия	Тахикардия, низкое АД, дегидратация, «острый живот», гипореплексия	Тахикардия, высокое АД, дегидратация, острый живот», почечная колика	Нанизм, брахидактилия, симптомы Хвостека, Труссо

Таблица 325

**Дифференциально-диагностические признаки отравлений**

(по J. Агепа, 1972; цит. по Э.К. Цыбулькину, 1987)

Симптом отравления	Вещество
<p>Глазные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— расширение зрачка (мидрiaz);</li> <li>— сужение зрачка (миоз);</li> <li>— нистагм и стробизм;</li> <li>— нарушение восприятия цвета;</li> <li>— частичная или полная утрата зрения</li> </ul>	<p>Парасимпатолитики, препараты белладонны, папаверина гидрохлорид, симпатомиметики, спирты, антигистаминные препараты, камфора, бензин, цианиды, ботулотоксин, угарный газ (поздняя стадия), фенамин, трициклические антидепрессанты, ксантины</p> <p>Препараты группы морфина, опиаты, симпатолитики, парасимпатомиметики, ингибиторы холинэстеразы, никотин, кофеин, барбитураты (ранняя стадия), фосфорорганические соединения (ФОС)</p> <p>Барбитураты, мепротан, бенздиазепины, мухоморы, фенотиазины СГ, угарный газ</p> <p>Метиловый спирт</p>
<p>Изменения лица:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— тупое, маскоподобное выражение лица;</li> <li>— подергивание мимических мышц</li> </ul>	<p>Барбитураты, бромиды, препараты магния, нейролептики, транквилизаторы</p> <p>Препараты меди, ртути, ингибиторы холинэстеразы, фенотиазины</p>
<p>Кожа и слизистые оболочки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— бледные;</li> <li>— землисто-серые, цианотичные (при отсутствии дыхательной недостаточности и недостаточности кровообращения);</li> <li>— гиперемия, повышение кожной температуры малиново-красная эритема</li> </ul>	<p>Симпатомиметики, инсулин, антиаритмические, фенотиазины, ФОС, противоглистные, хлорорганические соединения (ХОС) и ФОС</p> <p>Анилин, нитриты, морфин, сульфаниламиды, хлортиазины, салицилаты, нитробензол и многие другие препараты</p> <p>Препараты белладонны, атропин, ботулотоксин, цианиды, димедрол, резерпин, угарный газ, мепротан, барбитураты, ноксирон</p>
<p>Неврологические расстройства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— кома;</li> <li>— делирий, галлюцинации;</li> <li>— судороги без клинических признаков гипоксии;</li> <li>— головная боль;</li> <li>— мышечный спазм;</li> <li>— парезы и параличи</li> </ul>	<p>Дериваты морфина и их аналоги, все седативные препараты, ингаляционные и неингаляционные анестетики, бромиды, спирты, никотин, бензин, атропин, фенолы, салицилаты, транквилизаторы, ФОС, ХОС, противогистаминные</p> <p>Препараты белладонны, антигистаминные, спирты, камфора, бензин, барбитураты, антихолинэстеразные вещества</p> <p>Стрихнин, камфора, ФОС, никотин, кодеин, салицилаты, ХОС</p> <p>Угарный газ, фенолы, бензин, нитриты и нитраты</p> <p>Атропин, стрихнин</p> <p>Угарный газ, ботулотоксин, спирты, антихолинэстеразные препараты, соли тяжелых металлов</p>

Симптом отравления	Вещество
Расстройства дыхания: – урежение дыхания;  – глубокое и частое дыхание бронхоспазм; – угнетение дыхания и его остановка;  – отек легких	Морфин и его аналоги, спирты, барбитураты и другие снотворные, нейролептики, транквилизаторы Атропин, салицилаты, камфора, стрихнин, фенамин, ФОС  Морфин и его аналоги, барбитураты, общие анестетики, спирты, угарный газ, нейролептики, транквилизаторы, трициклические антидепрессанты Хлор, бромиды, бензин, керосин, симпатомиметики, ФОС, мухоморы, резерпин, ХОС
Пульс частый медленный	Спирты, фенамин, атропин, эфедрин, ксантины СГ
Рот: – сухой; – саливация	Атропин, фенамин Коррозивные яды, мышьяк, ртуть, мухоморы. ФОС
Необычная окраска рвотных масс: – фиолетовая; – голубая; – желтая; – ярко-красная; – черная, кофейной гущи; – коричневая	Калия перманганат, соли кобальта Соли меди Пикриновая кислота Азотная кислота Ксантины, препараты железа Хлористо-водородная кислота
Необычная окраска мочи: – голубая; – от коричневой до черной; – от красной до красно-бурой; – от желтой до зеленой; – от красной до черной	Метиленовый синий Анилин, нафталин, нитрофураны, фенолы, резорцин, тимол Дифенин, гемолизирующие яды, фенолы, фенолфталеин, ураты Рибофлавин, комплекс витаминов В Салицилаты, антикоагулянты, соли висмута

Таблица 326

**Дифференциальная диагностика острых отравлений по основным клиническим синдромам и симптомам** (по Е.А. Лужникову, Л.Г. Костомаровой, 1989; цит по А.А. Баранову, Р.Р. Шиялеву, Б.С. Каганову, 2005)

Диагностические клинические признаки	Токсическое вещество или источник интоксикации	Токсическое действие	Особенности клинических проявлений/дифференциально-диагностические признаки
1	2	3	4
Алоpecia	Таллий (хлорид, сульфат, карбонат таллия)	Поражение ряда ферментных систем организма, стриопаллидарной области ЦНС; нарушение образования кератина в волосяных луковицах	Характерный диагностический признак — черное веретенообразное утолщение длиной 0,1–0,15 мм в прикорневой части растущего волоса
Амавроз	Спирт метиловый (метанол, древесный спирт)	Нейротоксическое, нефро- и офальмотоксическое действие с развитием дистрофии зрительных нервов, обусловленное нарушением окислительного фосфорилирования, торможением ЦНС	Мелькание «мушек» перед глазами, неясность видения, затем — полная слепота. Зрачки расширены. Психоневрологические, гемодинамические, дыхательные расстройства

Продолжение таблицы ↗



Продолжение табл. 326

1	2	3	4
	Хинин	Дистрофия зрительного нерва	Неясность видения, слепота, расстройство ритма и проводимости сердца
Анурия (олигурия)	Аноксия, обусловленная различными причинами	Анурия является признаком олигоанурической стадии острой почечной недостаточности при отравлении нефротоксическими ядами или возникает при экзотоксическом шоке вследствие расстройств общего и регионарного кровообращения. Токсическая нефропатия может быть обусловлена отравлением гепато- и нейротоксическими веществами, гемолитическими ядами, поражением почек при наличии предшествующих отравлению хронических заболеваний	—
	Нефротоксические вещества: этиленгликоль, щавелевая кислота, соединения тяжелых металлов (ртуть, хром, свинец), соединения мышьяка	Нефротоксическое действие обусловлено блокадой ряда ферментов с последующим нарушением структуры и функции клеток; осмотическим действием токсических метаболитов	Признакам нефропатии предшествуют боль в животе, диспептические явления, острая сердечно-сосудистая недостаточность
	Гемолитические вещества: уксусная эссенция, мышьяковистый водород, медный купорос, бихромат калия и др.	Острый гемолиз	Гемоглинурия, тошнота, рвота, понос, боль в животе, острая сердечно-сосудистая недостаточность, желтуха
	Гепатотоксические вещества: хлорированные углеводороды (четырёххлористый углерод, дихлорэтан, хлороформ), алкоголь и его суррогаты, растительные токсины (бледная поганка, крестовник и др.)	Повреждение мембран клеток почек и печени вследствие перекисного окисления липидов	Сопутствующие поражения печени и признаки токсического поражения ЦНС
	Нейротоксические вещества: фосфорорганические соединения, снотворные, нейролептики, окись углерода	Угнетение ЦНС	Признаки токсического поражения ЦНС

1	2	3	4
Анурия (олигурия)	Сердечные гликозиды (дигиталис, дигоксин, дигитоксин, лантозид)	Ингибирование аденозинтрифосфатазы, необходимой для активного транспорта ионов через клеточные мембраны	Боль в области сердца, общая слабость, расстройства зрения. Эктопические аритмии, атриовентрикулярный блок различных степеней, иногда в сочетании с мерцательной аритмией (синдром Фредерика), фибрилляция желудочков, остановка сердца
	Обзидан (индерал)	$\beta$ -адреноблокатор ослабляет влияние симпатической импульсации, блокирует положительный хроно- и инотропный эффекты адреналина	Быстрое снижение сердечного выброса, коллапс. Брадикардия, атриовентрикулярная блокада различной степени
	Трициклические антидепрессанты	Угнетение активности мембранной аденозинтрифосфатазы с подавлением активного транспорта ионов	Сопорозное или коматозное состояние. Тахикардия, замедление внутрижелудочковой проводимости, внутрижелудочковая блокада, фибрилляция желудочков, остановка сердца
	Окситоцин	Нарушение проницаемости клеточных мембран миокарда	Тахикардия, замедление внутрижелудочковой проводимости. Внутрижелудочковая блокада. Сильное сокращение матки
	Пахикарпин	Блокирует Н-холинореактивные системы, подавляет действие ацетилхолина, угнетает активный транспорт ионов	Коматозное состояние, нарушение зрения и слуха. Тахикардия, групповые полиотонные желудочковые экстрасистолы, поперечная блокада, фибрилляция желудочков, трепетание желудочков, остановка сердца
	Акониты (алкалоид аконитин)	Курареподобное и ганглиоблокирующее действие	Тахикардия (реже брадикардия), групповая экстрасистолия или ритмированная аритмия, переходящая в фибрилляцию желудочков, блокада ветвей пучка Гиса, атриовентрикулярная блокада различной степени
	Чемерица белая (алкалоид вератрин)	Курареподобное и ганглиоблокирующее действие	Тахикардия (реже брадикардия), групповая экстрасистолия или ритмированная аритмия, переходящая в фибрилляцию желудочков, блокада ветвей пучка Гиса, атриовентрикулярная блокада различной степени

Продолжение таблицы ↪

Продолжение табл. 326

1	2	3	4
Анурия (олигурия)	Заманиха (флавоногликозиды и производные кумарина)	Нарушение проницаемости клеточных мембран	Брадикардия, замедление предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости с развитием коллапса
	Хинин (алкалоид хинидин)	Угнетение мембранной проводимости ионов калия, ухудшение деполяризации и проводимости сердца	Полиотопные экстрасистолы, замедление предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости
	Героин	Антихолинэстеразное действие и дыхательная гипоксия вследствие угнетения дыхательного центра	Специфическое нарушение ритма — молниеносное развитие фибрилляции предсердий, коллапса и отека легких
	Соли калия	Гиперкалиемия при острой почечной и острой почечно-печеночной недостаточности	Экстрасистолия, мерцательная аритмия, при быстром внутривенном введении — остановка сердца
	Соли бария	Повышение проницаемости клеточных мембран и капилляров	Брадикардия, бигеминия, групповые полиотопные желудочковые экстрасистолы, фибрилляция желудочков. Множественные кровоизлияния
	Фосфорорганические соединения	Антихолинэстеразное влияние на М- и Н-холинореактивные системы миокарда: действие на холинореактивные структуры ЦНС	Брадикардия, нарушение предсердно-желудочковой проводимости, что проявляется увеличением электрической систолы. Иногда фибрилляция желудочков
Асфиксия	Возникает как следствие острого или подострого развивающегося недостатка кислорода в крови и накопления в организме углекислоты		
Асфиксия в результате нарушения внешнего дыхания	Вещества с наркотическим и спотворным эффектом деструктивного действия	Механические препятствия доступу воздуха в дыхательные пути: атония мышц языка и гортани, парез надгортанника, нарушения дренажа верхних дыхательных путей, бронхорея, бронхоспазм, ожог и отек гортани	Цианоз лица и акроцианоз, нарушение ритма дыхания и одышка, различные дыхательные шумы в зависимости от вида и места обтурации, расширение зрачков и набухание поверхностных вен шеи
Асфиксия в результате поражения нервной системы	Вещества наркотического и спотворного действия. Вдыхание физиологически инертных газов (азот, метан, гелий)	Угнетение деятельности дыхательного центра	Глубокая кома, арефлексия, паралич дыхания. Исключение — препараты опия, при действии которых паралич дыхания может возникать при сохраненном сознании. При вдыхании газов — мгновенная остановка дыхания
	Вещества антихолинэстеразного (фосфорорганические инсектициды)	Нарушение функции дыхательных мышц, обусловленное дезорганизацией их нервной регуляции	Фибрилляции и гипертонус мышц грудной клетки, ригидность грудной клетки, ограничение дыхательных экскурсий,

1	2	3	4
	и др.), никотиноили курареподобного (пахикарнин, хлорид бария, цикута и др.) действия		позже — резкое падение тонуса мышц грудной клетки, состояние максимального выдоха с полной потерей способности к самостоятельным движениям
	«Судорожные яды»; тубазид, стрихнин, этиленгликоль, угарный газ	Поражение ЦНС с длительными клонико-тоническими судорогами и стойким гипертонусом дыхательных мышц, препятствующим нормальной экскурсии грудной клетки	Параличу дыхания сопутствуют судороги
Асфиксия в результате нарушения транспорта кислорода	«Кровяные яды»: метгемоглобинообразователи (производные бензола, нитриты), карбоксигемоглобинообразователи (окись углерода)	Острая аноксия мозга вследствие нарушения транспортной функции крови из-за токсического поражения эритроцитов	Серо-синий цвет кожи и слизистых оболочек, кома и остановка дыхания
Асфиксия в результате расстройств тканевого дыхания	Цианистые соединения, сероводород	Нарушение утилизации кислорода тканями в результате угнетения цитохромоксидазы и нарушения окисления редуцированного цитохрома	Быстрое развитие симптомов интоксикации (резкий цианоз, одышка, судороги, острая сердечно-сосудистая недостаточность, кома, остановка дыхания)
Блефароспазм	Сероводород	Нейротоксическое и местное раздражающее действие	Блефароспазм с режью в глазах, ринитом, бронхитом, в тяжелых случаях — токсический отек легких
Бронхорея	Фосфорорганические соединения (тифос, хлорофос, карбофос, дихлофос, меркаптофос, метафос и др.)	Холинергическое действие, обусловленное угнетением холинэстераз в синапсах центральной и периферической нервных систем, мускарино-, никотино- и курареподобным эффектами	Наряду с бронхореей наблюдаются миофибрилляции, миоз, брадикардия, ригидность грудной клетки
	Барбитураты	Угнетение ЦНС, подавление активности вегетативных центров	Бронхорее сопутствуют кома, нарушения дыхания
	Авадекс (диаллат, ДХДТ, ДАТК)	Холинергическое действие в связи с угнетением холинэстераз	Бронхорея сопровождается клонико-тоническими судорогами, угнетением ЦНС
	Мухомор	Возбуждение М-холинореактивных систем — нейротоксическое и вегетотропное действие	Наряду с бронхореей присутствуют выраженные диспептические явления, одышка, цианоз, бред, галлюцинации, миоз
	Пилокарпин	Возбуждение периферических М-холинореактивных систем	Гиперемия лица, миоз, слюноотечение, обильное потоотделение, коллапс, судороги

Продолжение таблицы ↪

Продолжение табл. 326

1	2	3	4
Гипертензия	Может быть вызвана специфическим действием токсического вещества, возникать рефлекторно или быть проявлением компенсированной фазы экзотоксического шока		
	Адреналин	Адренергическое действие, связанное с прямым возбуждением адренорецепторов (преимущественно $\alpha$ -рецепторов)	Повышение артериального давления сопровождается мидриазом, расплывчатостью зрения, тремором, судорогами, тахикардией, диспептическими явлениями
	Нафтизин	Сосудосуживающее и нейротоксическое действие, связанное с возбуждением адренореактивных систем	Повышение АД сопровождается резкой бледностью кожных покровов, расширением зрачков, головной болью
	Норадреналин	Нейротоксическое, сосудосуживающее действие, связанное с возбуждением адренорецепторов	Резкое повышение АД и брадикардия
	Фосфорорганические соединения	Совокупное действие на центры продолговатого мозга, симпатические ганглии, хеморецепторы каротидных клубочков и мозговое вещество надпочечников	Гипертонический синдром постоянно наблюдается в раннем периоде интоксикации, когда одновременно имеются миофибрилляции, миоз, брадикардия, бронхорея
	Аммиак (пары хлора) и другие пары и газы, вызывающие раздражение и ожог верхних дыхательных путей	Рефлекторный спазм сосудов на раздражение верхних дыхательных путей	Повышению АД сопутствуют признаки химического ожога верхних дыхательных путей
Гипотензия (коллапс)	Чаще всего служит проявлением декомпенсированного экзотоксического шока, значительно реже — следствием несовместимой с жизнью химической травмы (первичный токсикогенный коллапс) или действия сосудорасширяющих препаратов		
Глухота (снижение слуха)	Антибиотики группы аминогликозидов (мономицин, стрептомицин, канамицин и др.)	Токсическое действие на ЦНС, преддверно-улитковый нерв, нефротоксическое действие	Резкое снижение слуха или глухота (стрептомицин) при одновременном развитии острой почечной недостаточности
	Салицилаты (производные салициловой кислоты)	Токсическое действие на ЦНС	Наряду со снижением слуха присутствуют шум в ушах, расстройства зрения, возбуждение
Диарея	Борная кислота (боракс), бура (натрия тетраборат)	Нейротоксическое действие, обусловленное нарушением усвоения рибофлавина печенью, снижением его связывания белками крови; местное раздражающее действие	Диарея сопровождается резкой болью в животе, дегидратацией организма, генерализованными подергиваниями мышц лица, конечностей
	Волчье лыко (волчник обыкновенный)	Местное раздражающее, послабляющее действие на кишечник	Упорная диарея, иногда стул с кровью: жжение во рту, тахикардия, снижение артериального давления

1	2	3	4
Диарея	Гранозан	Энтеро-, нейро- и гепатотоксическое действие, обусловленное нарушением активности тиоловых ферментов, снижением содержания в клетках РНК и синтеза белка на разных стадиях	Прогрессирующая диарея, нейротоксические проявления, токсические нефро- и гепатопатии
	Бледная поганка	Энтеро-, нефро- и гепатотоксическое действие, обусловленное разрушением липопротеиновых комплексов, увеличением проницаемости клеточных мембран	Диарея, кровавый понос одновременно с неукротимой рвотой, нарушения водно-электролитного баланса, коллапс; позднее присоединяются нефро- и гепатопатия
	Дихлорэтан (хлористый этилен, этилен-дихлорид)	Прямое нейро-, гепато-, нефро-, энтеротоксическое действие, обусловленное аутокаталитическим переокислением микросомальных липидов. Местное раздражающее действие	Жидкий хлопьевидный стул с запахом дихлорэтана при нейротоксических и гемодинамических расстройствах; позднее присоединяются нефро- и гепатопатия
	Колхицин	Местное раздражающее действие, резорбтивное цитотоксическое, связанное с подавлением митотической активности клеток	Упорный кровавый понос, жжение в горле, чувство удушья и сдавления грудной клетки; обезвоживание организма, коллапс
	Литий (карбонат лития)	Местное раздражающее действие. Нейротоксическое, кардио- и нефротоксическое, обусловленное нарушением транспорта ионов в клетках; холиномиметическое действие на ЦНС	Диарея, мышечная слабость, адинамия, сопорозное состояние, нарушения ритма сердца. Характерно волнообразное течение интоксикации
	Медь (медный купорос, бордоская жидкость, купро-нафт и др.)	Местное прижигающее действие. Резорбтивное нейро-, гемо-, нефротоксическое действие, обусловленное угнетением активности тиоловых ферментов	Множественный стул, нейротоксические, гемодинамические расстройства, гемолиз
	Молочай прутьевидный	Местное раздражающее действие	Неукротимый понос, сопровождающийся судорогами
	Мышьяк и его соединения (арсенид натрия, кальция и др.)	Блокада тиоловых ферментов, повышение проницаемости и паралич капилляров. Гемолиз	Жидкий стул, напоминающий рисовый отвар: металлический вкус во рту, рвотные массы зеленоватого цвета
	Свинец (хлорид, нитрат, ацетат, свинцовые белила, глазурь)	Энтеро-, нейро-, нефро- и гепатотоксическое действие, обусловленное угнетением ряда ферментов, нарушением метаболизма глюкозы, синтеза белка и РНК в клетках	Множественный стул черного цвета, металлический вкус во рту, резкие боли в животе (свинцовая колика)
Фосфор	Местное раздражающее, резорбтивное нейро- и гепатотоксическое действие, обусловленное поражением ряда ферментных систем	Понос, вздутие живота, рвота светящимися в темноте массами с запахом чеснока, нарушение дыхания, судороги	

Продолжение таблицы ⇨

Продолжение табл. 326

1	2	3	4
Диплопия	Атропин (белладонна, белена, дурман)	Блокада М-холинореактивных систем организма, парасимпатическая денервация	Диплопия, светобоязнь, расширение зрачков, психомоторное возбуждение, галлюцинации, покраснение и сухость кожных покровов
	Бороводороды (диборан, пентаран, декарооран)	Прямое токсическое действие на ЦНС	Диплопия сопровождается головокружением, судорогами, брадикардией, мышечными болями
	Метила бромид (бромметил, бромметан)	Поражение коры головного мозга, области плаща и мозжечка	Наряду с диплопией присутствуют нарушение равновесия, расширение зрачков, галлюцинации, тризм
	Таллий	Нейротоксическое действие, обусловленное поражением ряда ферментных систем, стриопаллидарной области ЦНС	Диплопия сопровождается резкими болями в конечностях, не стихающими при назначении обезболивающих средств, гиперестезиями, мышечной слабостью, полиневритами
Желтуха	Один из характерных признаков токсической гепатопатии, которая развивается при отравлении гепато- и нефротоксическими ядами в результате резких расстройств регионарного кровообращения при шоке, токсическом поражении нервной системы, при отсутствующих хронических гепаторенальных заболеваниях		
	Гепатотоксические вещества: хлорированные углеводороды (хлороформ, четыреххлористый углерод, дихлорэтан), ароматические углеводороды (бромбензол), хлорорганические пестициды, этиловый спирт, фенолы (динитрофенол), альдегиды (паральдегид), амины (диметилнитрозамин), неорганические вещества (железа сульфат, фосфор), растительные токсины (бледная поганка, крестовник, горчак, гелиотроп и др.)	Повреждение мембран клеток печени вследствие переокисления липидов; нарушение обменных процессов	Диспептические расстройства, шок, желтуха

1	2	3	4
Желтуха	Гемолитические вещества: укусовая эссенция, мышьяковистый водород, медный купорос, бихромат ртути и др.	Острый гемолиз	Гемоглобинурия, боли в животе, диспептические явления, острая сердечно-сосудистая недостаточность
	Нефротоксические вещества: этиленгликоль, щавелевая кислота, соединения тяжелых металлов и др.	Блокада ряда ферментов с последующим нарушением структуры и функции клеток	Сопутствующее поражение почек
	Нейротоксические вещества: фосфорорганические соединения, наркотики, аминазин и др.	Угнетение ЦНС	Признаки токсического поражения ЦНС
Кома	Чаще всего развивается при отравлении токсическими веществами наркотического действия, угнетающими ЦНС, но может быть при гипоксии, вызванной веществами ненаркотического действия		
	Барбитураты (фенбарбитал, барбитал, барбитал натрий, барбамил, этаминал натрий). Производные бензодиазепина	Наркотическое и М-холиномиметическое действие, подавление активности вегетативных центров	Начало постепенное: сонливость, снижение болевой чувствительности, помрачение сознания, кома. Зрачки сужены. Резкая потливость, бронхорея, гипотермия
	Фосфорорганические соединения (тиофос, хлорофос, карбофос, дихлофос, метафос и др.)	Угнетение холинэстераз с резким повышением холинергических процессов: мускарино-, никотино- и курарепоподобный эффект	Клинические проявления схожи с барбитуровой комой, но одновременно отмечаются миофибрилляции, судороги, брадикардия, специфический ароматический запах изо рта и от рвотных масс
	Спирт этиловый	Наркотическое воздействие на ЦНС, М-холиномиметическое действие	Клинические проявления схожи с барбитуровой комой. Запах алкоголя изо рта, маятникообразные движения глазных яблок
	Атропин (белладонна, белена, дурман), азрон, астматол	Блокада М-холинореактивных систем организма с нейротоксическим, М-холинолитическим действием	Коме предшествуют гипертермия, психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации. Гиперемия и сухость кожных покровов, мидриаз
Производные фенотиазина (аминазин, дипразин, левомепромазин, трифтазин, френолон и др.)	Нейротоксическое действие, обусловленное влиянием на адренергические и дофаминергические синапсы	Коме предшествуют резкая слабость, головокружение, сухость во рту, миоз. Сухожильные рефлексы повышены, раннее снижение АД	

Продолжение таблицы ↗



Продолжение табл. 326

1	2	3	4
Кома	Наркотические анальгетики группы опия (опий, морфин, промедол)	Наркотическое действие на ЦНС, возбуждение центров блуждающего нерва	Кома сопровождается миозом с ослаблением реакции на свет, гипертонией скелетных мышц, угнетением дыхания, гиперемией кожи, часто — параличом дыхания
	Спирт метиловый	Нейротоксическое действие, обусловленное торможением ЦНС, нарушением окислительного фосфорилирования	Коме предшествуют спутанное сознание, судороги, нарастающая жажда. Мидриаз. Кожа и слизистые оболочки сухие, гиперемированы, с цианотичным оттенком. Характерный признак отравления — нарушение зрения
	Оксид углерода (угарный газ, оксид углерода)	Образование карбоксигемоглобина в крови: развитие гипоксемии и тканевой гипоксии	Начальные симптомы — ощущение давления в висках, розово-красная окраска кожных покровов, возбуждение или оглушенность. Кома, гипертермия, мидриаз, гиперкинезы, нарушения дыхания
	Хлорированные углеводороды (дихлорэтан, тетра-хлорид углерода)	Нейро-, гепато-, нефротоксическое действие с резким нарушением метаболизма в тканях — аутокаталитическим переокислением микросомальных липидов	Бурное развитие симптомов интоксикации — упорная рвота и жидкий стул с ароматическим запахом. Кома, мидриаз, гиперемия склер, ранние гемодинамические расстройства
Инсулин	Гипогликемическое действие		Коме предшествуют чувство голода, страха, усиленное потоотделение. При коме — клонико-тонические судороги
Кровотечения	Антикоагулянты (гепарин, дикумарин, фенилин и др.)	Гепарин тормозит образование тромбина, препятствует агрегации тромбоцитов. Производные кумарина вызывают гиперкоагуляцию, нарушая биосинтез протромбина, проконвертина и IX, X факторов свертывания крови	Носовые, маточные, желудочные, кишечные кровотечения. Гематурия, кровоизлияния в кожу, мышцы, склеры. Увеличение времени свертывания крови или падение протромбинового индекса
	Бензол (пары)	Наркотическое действие, угнетение кроветворения, особенно клеток миелоидного ряда	Кровотечения из носа и десен, маточные, кровоизлияния в кожу, одышка, судороги. Лицо бледное, слизистые оболочки красного цвета, мидриаз
	Глюкокортикоиды (гидрокортизон, кортизон, преднизолон, дексаметазон)	Влияние на метаболизм углеводов, белков, жиров, нуклеиновых кислот с нарушением функции ЦНС, эндокринной системы, трофических процессов и др.	Кровотечения из остро образующихся язв пищеварительного тракта наряду с нарушениями нервно-психической сферы, повышением АД

1	2	3	4
Кровотечения	Железо (сульфат, глюконат, лактат железа и др.)	Местное прижигающее действие. Резорбтивное, гепато- и гематотоксическое действие; снижение синтеза протромбина; повышение проницаемости сосудистых стенок; избыточное поступление в кровотоки ферритина, снижающего эффект адреналина и норадреналина	Кровотечения из желудочно-кишечного тракта; общая повышенная кровоточивость, упорная рвота и понос, тахикардия, снижение АД
	Кислоты крепкие (неорганические — азотная, серная, хлористоводородная и др.; органические — уксусная, щавелевая и др.)	Местное прижигающее действие; резорбтивное гемато-, нефро-, гепатотоксическое действие (органические кислоты), обусловленное гемолизом эритроцитов, развитием токсической коагулопатии	Ранние и поздние пищеводно-желудочные кровотечения, сопровождающие ожоговую болезнь и гемолиз
	Хлорированные углеводороды (дихлорэтан, четыреххлористый углерод)	Местное раздражающее действие; гепато- и нефротоксическое действие, обусловленное аутокаталитическим перекислением микросомальных липидов свободными радикалами, образуемыми при метаболизме в печени; наркотическое действие на ЦНС	Кровоизлияния под конъюнктиву, желудочно-кишечные и носовые кровотечения, обусловленные гипопротромбинемией, фибриногенопсией, повышением фибринолитической активности. Одновременно выявляются нарушения функции ЦНС, сердечно-сосудистой системы, печени и почек
	Щелочи едкие (едкое кали, едкий натр, нашатырный спирт, хлорная известь)	Местное прижигающее действие (колликвационный некроз)	Повторные пищеводно-желудочные кровотечения, сопровождающие ожоговую болезнь
Миофибрилляция	Никотин	Нейротоксическое действие, связанное с возбуждением, а затем угнетением Н-холинореактивных систем ЦНС, ганглиев, надпочечников	Миофибрилляции, сужение зрачков, расстройства зрения и слуха
	Пахикарпин	Нейротоксическое действие, обусловленное блокированием передачи возбуждения в вегетативных узлах	Миофибрилляции, расширение зрачков, атаксия, нарушения зрения и слуха, гемодинамические расстройства
	Фосфорорганические соединения (тиофос, хлорофос, карбофос, дихлофос, меркаптофос и др.)	Угнетение холинэстераз в синапсах центральной и периферической нервной системы с повышением холинэргических процессов	Миофибрилляция, сужение зрачков, брадикардия, бронхорея, ригидность грудной клетки
Остановка сердца (скоропостижная смерть)	Сердечные гликозиды, трициклические антидепрессанты, пахикарпин,		Предвестники остановки сердца — цианоз кожных покровов, внезапное снижение артериального давления,

Продолжение таблицы ☛

Окончание табл. 326

1	2	3	4
	фосфорорганические инсектициды, окись углерода, синильная кислота, сернистый водород, пары хлорных растворителей — трихлорэтилена и др.		урежение пульса, постепенное удлинение интервалов $P-R$ и $Q-T$ на ЭКГ
Слюнотечение	Дикаин (амегакаин, децикаин)	Нейротоксическое и местное анестезирующее действие	Слюнотечение сопровождается тошнотой, частым слабым пульсом, одышкой. Бледность, затем цианоз кожи
	Кадмий	Цито-, нефро- и гепатотоксическое действие, обусловленное угнетением активности тиоловых ферментов, снижением синтеза белка	Слюнотечение сопровождается диспептическими расстройствами, мышечными болями. Металлический вкус во рту
	Мухомор	Возбуждение М-холинореактивных систем, нейротоксическое и вегетотропное действие	Слюнотечение, диспепсические расстройства, бронхорея, одышка, цианоз, бред; зрачки сужены
	Никотин (экстракт табака)	Возбуждение, а затем угнетение Н-холинореактивных систем ЦНС, ганглиев	Слюнотечение, диспепсические расстройства, сужение зрачков, нарушение зрения и слуха, миофибрилляции
	Ртуть (сулема, каломель, гранозан и др.)	Местное раздражающее, энтеро-, нефро-, нейротоксическое действие, обусловленное блокадой тиоловых ферментов и нарушением структуры и функции клеток	Слюнотечение с медно-красной окраской слизистой оболочки рта и глотки, металлическим вкусом во рту, кровоточивостью десен, позже — темная кайма сульфита ртути на деснах
Судороги	Судорожный синдром может быть результатом специфического воздействия токсического вещества, но чаще результат тяжелых нарушений дыхания и глубокой гипоксии мозга		
	Стрихнин	Возбуждение ЦНС с преимущественным повышением рефлекторной возбудимости спинного мозга	Тетанические судороги, тризм, тахикардия, цианоз, горький вкус во рту, чувство страха
	Изониазид	Нейротоксическое действие в связи с нарушением усвоения пиридоксина	Судороги эпилептиформного типа с потерей сознания и расстройствами дыхания
	Этиленгликоль	Наркотическое действие	Потеря сознания, ригидность затылочных мышц, клонико-тонические судороги
	Полынь цитварная	Нейротоксическое действие, связанное с возбуждающим влиянием на ЦНС	Эпилептиформные судороги, галлюцинации, видение предметов в желтом цвете
	Метил бромистый	Поражение коры головного мозга, области плаща и мозжечка	Тризм сопровождается возбуждением, судорогами, галлюцинациями

## **ГЛАВА 5**

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

## 5.1. БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

### Материалы для дифференциальной диагностики

Название болезни	Возбудитель инфекции (инвазии)	Источник возбудителя инфекции (инвазии)	Пути и факторы передачи возбудителя инфекции (инвазии)	Инкубационный период
1	2	3	4	5
Аденовирусные болезни	Вирусы из семейства <i>Adenoviridae</i> , наибольшее значение имеют типы 3, 4, 7, 8, 14, 21	Человек — больной, реконвалесцент, вирусоноситель	Основной — воздушно-капельный путь передачи, возможен также пищевой, бытовой путь передачи вируса через загрязненные пищевые продукты, предметы домашнего обихода	3–14 дней, в среднем 5–7 дней
Амебиаз	Амеба — <i>Entamoeba histolytica</i>	Человек — больной, реконвалесцент	Основной путь передачи — пищевой, водный бытовой, заражение происходит через загрязненные пищевые продукты и воду, предметы домашнего обихода; фактором передачи возбудителей могут быть также грязные руки, мухи	От 1 нед. до нескольких месяцев
Балантидиаз	Паразитическая инфузория — <i>Balantidium coli</i>	Свиньи, реже человек — больной, носитель балантидий	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой, через загрязненные пищевые продукты, воду, предметы домашнего обихода. Фактором передачи инфекции могут также служить грязные руки, мухи	Не определен
Бешенство	Вирус из семейства <i>Rhabdoviridae</i> — <i>Neorhynchetes rabiei</i>	Волки, лисы, шакалы, собаки, кошки, летучие мыши, реже грызуны и травоядные животные	Заражение происходит при укусе или ослонении поврежденной кожи или слизистой оболочки больным бешенством животным	От 10 дней до 1 года, чаще 1–3 мес.
Блошинный тиф эндемический (крысинный эндемический сыпной тиф)	Риккетсии — <i>Rickettsia typhi</i>	Крысы и домовые мыши	Путь передачи — трансмиссивный (при втирании в кожу фекалий зараженных блох); воздушно-пылевой (при попадании возбудителей на слизистые оболочки глаз и верхних дыхательных путей с пылью), а также пищевой — при загрязнении пищевых продуктов содержащими риккетсии испражнениями грызунов	От 5 до 15 дней

Таблица 327

## важнейших инфекционных и протозойных болезней

Клиническая характеристика болезни	Методы исследования	Дифференциально-диагностический ряд
6	7	8
Начало острое. Интоксикация выражена слабо. Характерны конъюнктивит, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, тонзиллит, увеличение шейных и других групп лимфатических узлов, часто гепатолиенальный синдром, диарея. Продолжительность лихорадочного периода от 5–7 дней до 2–3 нед.	Люминесцентная риноцитоскопия, реакция связывания комплемента, реакции торможения гемагглютинации и нейтрализации с парными сыворотками (нарастание титра антител в 4 раза и более)	Грипп, парагрипп, брюшной тиф и паратифы А и В, инфекционный мононуклеоз, ангина, энтеровирусная инфекция
Начало постепенное, реже острое. Стул жидкий, каловый 3–4 р/сут, затем до 10–15 р/сут и чаще, с примесью слизи и крови. Схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, возможны тенезмы. Сигмовидная и слепая кишка болезненны при пальпации, уплотнены. Возможны лихорадка, интоксикация, анемия. Течение затяжное, иногда хроническое	Ректороманоскопия и колоноскопия (глубокие язвы на мало измененном фоне слизистой оболочки). Копроскопия (эритроциты, эозинофилы, кристаллы Шарко—Лейдена; в свежих испражнениях обнаруживают тканевую и большую вегетативную форму возбудителя). Реакция непрямой гемагглютинации	Дизентерия, балантидиаз, колиты, в том числе неспецифический язвенный колит, рак и полипоз толстой кишки, кишечные гельминтозы
Начало чаще острое. Лихорадка, ознобы, резкие боли в животе, стул до 15–20 р/сут и более, обильный со слизью и кровью. Возможно обезвоживание. Течение острое и хроническое	Исследование крови (нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ). Ректороманоскопия и колоноскопия (очаговый инфильтративно-язвенный процесс). Микроскопия свежих фекалий (вегетативные формы балантидий)	Амебиаз, дизентерия, сальмонеллез, неспецифический язвенный колит, рак толстой кишки
В начале заболевания появляются неприятные ощущения в области укуса, чувство тревоги, депрессия. Через 1–3 дня отмечаются гидрофобия, судороги мышц глотки и гортани, слюноотечение, лихорадка, потливость, двигательное возбуждение, галлюцинации. Затем развивается паралич мышц конечностей, языка, лица, дыхательной мускулатуры	Выделение вируса из ткани головного мозга, обнаружение телец Бабеша—Негри, антигена вируса в ткани головного мозга и слюнных железах. Реакция пассивной гемагглютинации, реакция связывания комплемента	Столбняк, истерия, энцефалиты, отравление атропином
Начало острое. Появляются озноб, головная боль, боли в мышцах, суставах. Температура тела повышена до 39–40 °С, длительность лихорадки 7–15 дней. Лицо, конъюнктивы гиперемированы. На 2–7-й день болезни на всем теле, включая лицо, ладони и подошвы, появляется обильная розеолезно-папулезная сыпь. Селезенка и печень увеличены	Реакция связывания комплемента	Сыпной тиф и другие риккетсиозы

Продолжение таблицы ↗

1	2	3	4	5
Ботулизм	Бациллы — <i>Clostridium botulinum</i> (главным образом, серовары А, В, Е)	Теплокровные животные, реже рыбы, ракообразные, а также человек	Заражение происходит пищевым путем через пищевые продукты (маринованные грибы, колбасные и рыбные изделия, в том числе рыбные консервы), обсемененные спорами возбудителя и не подвергшиеся достаточной термической обработке	От 2 до 10 дней, чаще 12–24 ч
Бруцеллез	Бактерии — <i>Brucella melitensis</i> , <i>Br. abortus</i> , <i>Br. bovis</i> , <i>Br. suis</i>	Мелкий и крупный рогатый скот, значительно реже свиньи, верблюды, собаки, кошки	Пути передачи — пищевой, бытовой, возможен воздушно-пылевой. Заражение происходит через загрязненные пищевые продукты: сырое молоко от больных бруцеллезом животных и изготовленные из него молочные продукты (брынза), недостаточно термически обработанное мясо больных животных, овощи, загрязненные выделениями животных, а также при уходе за больными животными, при разделке их туш, обработке кожи, шерсти и др.	1–3 нед., иногда несколько месяцев
Брюшной тиф	Бактерия — <i>Salmonella typhi</i>	Человек — больной, бактерионоситель	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой. Заражение происходит через загрязненные пищевые продукты, воду, предметы обихода, грязные руки. Фактором передачи инфекции являются также мухи	3–21 день, в среднем 10–14 дней
Ветряная оспа	Вирус — <i>Strongyloplasma varicellae</i> , из семейства <i>Herpesviridae</i>	Больной человек	Путь передачи — воздушно-капельный, возможен трансплацентарный	11–21 день, чаще 13–17 дней
ВИЧ-инфекция	Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) из семейства <i>Retroviridae</i>	Больной человек	Передача вируса происходит при половых сношениях, при переливании крови, при грудном вскармливании от женщины ребенку и от ребенка женщине, во время	От 3 дней до нескольких месяцев

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое. Отмечаются слабость, головная боль, головокружение, в первый день возможны боли в животе, рвота, диарея, затем метеоризм, запор. Характерны нечеткость зрения, диплопия, птоз, анизокория, мидриаз, нарушения глотания и речи, афония, парез мягкого нёба, одышка, брадикардия. Температура тела нормальная или субфебрильная, сознание ясное	Исследование крови (умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез). Исследование промывных вод желудка и рвотных масс (обнаружение возбудителя). Биопроба на белых мышах (обнаружение ботулинического токсина)	Энцефалиты, полиомиелит, пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, отравления бленной, метиловым спиртом, грибами
Начало обычно подострое. Высокая или субфебрильная температура тела, ознобы, обильная потливость, полиаденит, боли в суставах, фиброзиты, артриты, бурситы, орхит, увеличение печени и селезенки. Интоксикация выражена слабо. Позже появляются поражения периферической и центральной нервной системы. Течение острое, рецидивирующее и хроническое	Исследование крови (умеренная лейкопения, относительный лейкоцитоз). Бактериологическое исследование крови, серологические методы исследования: реакция Райта, Хаддисона, реакция пассивной гемагглютинации, реакция Кумбса, внутрикожная аллергическая проба Бюрне, реакция связывания комплемента	Брюшной тиф, паратифы А и В, малярия, сепсис, ревматизм, ревматоидный артрит, иерсиниоз, псевдотуберкулез, лихорадка Ку, орнитоз, инфекционный мононуклеоз, лептоспироз, лимфогранулематоз
Начало чаще подострое. Отмечается высокая температура тела в течение 2–3 нед., лихорадка постоянного типа или ремиттирующая, наблюдаются головная боль, бессонница, потеря аппетита, запор, заторможенность, бред. Кожа бледная, на 8–10-й день болезни появляется розеолезная сыпь. Язык обложен. Характерны метеоризм, гепатолениальный синдром, относительная брадикардия, артериальная гипотензия	Исследование крови (лейкопения, нейтропения со сдвигом влево, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия). Посев крови, мочи, кала. Реакция пассивной гемагглютинации (положительна со 2-й нед. болезни)	Паратифы А и В, сальмонеллез, сыпной тиф и другие риккетсиозы, сепсис, бруцеллез, малярия, трихинеллез, милиарный туберкулез, лимфогранулематоз, грипп
Начало острое. Температура тела повышается от 37 до 39 °С. Интоксикация не характерна. Основным симптом — сыпь на 1-й день болезни. Новые ее элементы появляются в течение 3–4 дней. Локализация сыпи — туловище, лицо, волосистая часть головы. Вначале образуется пятно, в течение нескольких часов — папула, затем везикула, после вскрытия которой — корки, отпадающие на 2–3-й нед. Характерен зуд. Возможны высыпания на слизистых оболочках рта, половых органов, конъюнктивах	Вирусологические исследования (возможно выделение вируса из элементов сыпи и крови)	Стрептодермия, строфулез, натуральная оспа
Начало острое с повышения температуры тела, полиаденита, увеличением селезенки и печени, диарей. В дальнейшем периодически отмечается лихорадка, стойкая полиаденопатия, развиваются подострый энцефалит с рачией, кандидоз	Исследование крови (лимфопения, анемия, тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия). Вирусологическое исследование (выделение вируса из крови).	Врожденные иммунодефициты, приобретенные иммунодефициты в результате хронических инток-

Продолжение таблицы 5



1	2	3	4	5
			беременности и родов — от матери плоду, медицинским инструментом, загрязненным инфицированной кровью	
Возвратный тиф эпидемический (вшивый)	Спирохета — <i>Boggeia recurrentis</i>	Больной человек	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчик возбудителя — платяная вошь (заражение происходит при втирании в кожу гемолимфы раздавленных вшей)	От 3 до 14 дней, в среднем 7–8 дней
Возвратный тиф эндемический (клещевой)	<i>Borrelia sogdianum</i> , <i>B. duttonii</i> , <i>B. persica</i>	Грызуны (крысы, домовая мышь). Хищники, населяющие пустыни, степи	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики и резервуары возбудителя инфекции — аргасовые клещи рода <i>Alectorobius</i>	5–20 дней
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	Вирус — <i>Haemorrhagogenes nephritidis</i> из семейства <i>Bunyaviridae</i>	Грызуны (рыжая полевка, большая полевка, полевая и лесная мышь и др.)	Путь передачи — воздушно-пылевой, а также пищевой и при соприкосновении с грызунами и их испражнениями (через поврежденную кожу)	8–35 дней, чаще 21 день

## Продолжение табл. 327

6	7	8
слизистых оболочек, простой и опоясывающий герпес, лиодермия. Характерны потеря массы тела, рецидивирующая пневмония, саркома Капоши, другие новообразования, сепсис, другие гнойно-воспалительные заболевания. Течение прогрессирующее, продолжительность жизни от 1—1,5 лет у детей до 5—8 лет у взрослых	Иммуноферментные методы (обнаружение антител в крови). Метод иммунного блоттинга. Исследование показателей клеточного иммунитета	сикаций (алкоголизм и др.), сахарного диабета, применения кортикостероидов, цитостатиков, воздействия ионизирующего излучения
Начало внезапное. Появляется озноб, температура тела повышается до 39—40 °С, наблюдаются жар, головная боль, бессонница, рвота, боли в ушах, по ходу нервов, в левом подреберье. Лицо гиперемировано, склеры инъецированы, субиктеричны. Характерны тахикардия, артериальная гипотензия. Язык сухой, обложен. Печень и селезенка увеличены (селезенка плотная болезненная). Сознание сохранено. Возможен менингеальный синдром. Лихорадка постоянного типа длится 5—8 дней, затем температура критически падает. Безлихорадочный период длится 7—14 дней, затем возникает повторный менее продолжительный приступ. Число приступов от 1 до 5	Исследование крови (нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, анэозинофилия, тромбоцитопения). В окрашенных мазках, толстой и висячей капле крови, взятой во время приступа, обнаруживают возбудителя. Реакция связывания комплемента	Малярия, лептоспироз, сыпной тиф, грипп, клещевой возвратный тиф, геморрагические лихорадки
На месте укуса клеща — первичный аффект в виде папулы с геморрагическим венчиком. Начало внезапное. Озноб, боли в мышцах, головная боль, рвота, понос, боли в животе, бессонница. Лицо гиперемировано. Печень и селезенка увеличены. Температура тела во время приступа 39—40 °С, продолжительность приступа 1—4 дня. Приступ заканчивается критическим падением температуры. Число приступов 8—10 и более, промежутки между приступами от 1 до 30 дней	Исследование крови (гипохромная анемия, лейкоцитоз, лимфоцитоз). В окрашенных мазках, толстой и висячей капле крови, взятой во время приступа и между приступами, обнаруживают возбудителя. Биопроба на мышах	См. Возвратный тиф эпидемический
Начало острое, реже наблюдается продромальный период, температура тела повышается до 38—40 °С. Озноб, головная боль, жажда, сухость во рту. Гиперемия лица, верхней части груди. Гиперемия слизистой оболочки глотки. Склерит, конъюнктивит. С 3—4-го дня на фоне снижения температуры появляются боли в пояснице, в животе, жажда, икота, бледность, олигурия, петехиальная сыпь на туловище, кровоизлияния в склеры, носовые кровотечения, гематурия, брадикардия, повышение АД. Язык сухой, обложен. Печень увеличена. Заторможенность, бессонница, снижение зрения. С 9—12-го дня — полиурия, постепенное улучшение состояния	Исследование крови (лейкопения, затем лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение уровня мочевины и креатинина). Исследование мочи (протеннурия, гналийные и зернистые цилиндры, эритроциты). Реакция иммунофлуоресценции	Другие геморрагические лихорадки, лептоспироз, острый гломеруло-нефрит

1	2	3	4	5
Гепатит вирусный А (см. Гепатиты вирусные)	Вирусы из различных семейств	Человек — больной, реконвалесцент и вирусоноситель. Вирус выделяется из зараженного организма с фекалиями	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой. Заражение происходит через загрязненные пищевые продукты, воду, предметы обихода, грязные руки	От 7 до 45 дней, в среднем 20–30 дней
Гепатит вирусный В	То же	Человек — больной и вирусоноситель, у которых вирус находится в крови	Передача вируса происходит парентерально при переливании крови или ее препаратов, при использовании недостаточно стерилизованного инфицированного вирусом медицинского инструментария (шприцев, игл, хирургических и стоматологических инструментов); половым путем, в процессе родов, возможно заражение плода в III триместре беременности (так называемая вертикальная передача)	От 30 до 180 дней, в среднем 60–90 дней
Гепатит вирусный ни А ни В с парентеральным механизмом передачи возбудителя	То же	Человек — больной и вирусоноситель	Парентерально (см. Гепатит вирусный В)	50–75 дней
Гепатит вирусный ни А ни В с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя	То же	Человек — больной и вирусоноситель	Путь передачи — пищевой, водный, бытовой (см. Гепатит вирусный А)	30–40 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое. Отмечаются повышение температуры тела, головная боль, боли в мышцах, снижение аппетита, тошнота, рвота, отрыжка горечью, тупые боли в правом подреберье, потемнение мочи, гипохоличный кал, желтушность кожи и слизистых оболочек на 5–7-й дни болезни, увеличение печени, реже селезенки. Брадикардия, артериальная гипотензия	Исследование крови (лейкопения, лимфоцитоз). Исследование мочи (обнаружение уробилина, желчных пигментов). Биохимические исследования (увеличение уровня связанного билирубина, активности трансаминаз, показателя тимоловой пробы). Иммунологические исследования (обнаружение в крови специфических антител класса IgM, 4-кратное нарастание в парных сыворотках антител класса IgG)	Острые респираторные вирусные инфекции, пищевые токсикоинфекции, другие вирусные гепатиты, лептоспироз, иерсиниоз, псевдотуберкулез, инфекционный мононуклеоз, желтая лихорадка, сепсис, токсоплазмоз, синдром Жильбера, гемолитическая анемия, токсические гепатиты, желчнокаменная болезнь, опухоли холедохопанкреатической области, альвеококкоз, первичный рак печени, хронический гепатит, цирроз печени
Начало постепенное. Наблюдаются снижение аппетита, тошнота, рвота, непереносимость жирной пищи, изжога, отрыжка, тяжесть и тупые боли в эпигастрии и в правом подреберье, боли в суставах. Через 2–3 нед. темнеет моча, обесцвечивается кал, появляется желтуха на фоне нарастания диспептических расстройств, слабости, головной боли, нарушение сна. Затем желтуха становится интенсивной. Печень увеличена. В тяжелых случаях печень уменьшается в размерах, развиваются бессонница, анорексия, тахикардия, кровоточивость, тремор, больной возбужден, сознание спутанное, кома	Исследования крови, мочи, биохимические исследования (см. Вирусный гепатит А). Специфические методы: обнаружение в крови вирусных антигенов — HBsAg и HBeAg и антител анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc	См. Вирусный гепатит А
Клинически сходен с вирусным гепатитом В	Исследования крови, мочи, биохимические исследования (см. Вирусный гепатит А). Специфические методы диагностики не разработаны	См. Вирусный гепатит А
Клинически сходен с вирусным гепатитом А, но протекает более тяжело	Исследования крови, мочи, биохимические исследования (см. Вирусный гепатит А). Специфические методы диагностики не разработаны	См. Вирусный гепатит А

Продолжение таблицы ↙

1	2	3	4	5
Грипп	Вирусы гриппа, подразделяющиеся на серологические типы А, В, С и подтипы А, и Аз из семейства <i>Orthomyxoviridae</i>	Больной человек	Путь передачи — преимущественно воздушно-капельный, а также бытовой через предметы обихода (полотенца, носовые платки, посуду и др.), загрязненные выделениями больного	От 12 ч до 3 дней, чаще 1–2 дня
Денге	Вирусы из семейства <i>Togaviridae</i>	Больной человек	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — комары рода <i>Aedes</i> ( <i>Aedes aegypti</i> )	При классической лихорадке денге 3–15 дней. При геморрагической лихорадке денге — 4–10 дней
Дизентерия	Бактерии рода <i>Shigella</i> — <i>S. dysenteriae</i> , <i>S. flexneri</i> , <i>S. boydii</i> , <i>S. sonnei</i>	Человек — больной, бактерионоситель (выделитель)	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой, заражение происходит через загрязненные пищевые продукты, воду, предметы обихода, а также грязные руки, возможна передача возбудителя мухами	От нескольких часов до 7 сут, чаще 2–3 дня
Дифтерия	Бактерия — <i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Человек — больной, реконвалесцент, здоровый носитель	Путь передачи — воздушно-капельный. Заражение может произойти также через предметы обихода (белье, полотенца, носовые платки, игрушки, посуду)	От нескольких часов до 12 дней, чаще 2–7 дней

Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое. Появляются головная боль, боли в мышцах, суставах, познабливание. Температура тела повышается до 38–40 °С, длительность лихорадки 3–6 дней. Отмечаются сухой кашель, першение в горле, саднение за грудиной, заложенность носа, затем слизистогнойные выделения из носа. Гиперемия лица, инъекция конъюнктив, гиперемия слизистой оболочки носоглотки, зернистость мягкого и твердого нёба, относительная брадикардия, артериальная гипотензия	Исследование крови (лейкопения и лимфоцитоз). Реакция прямой иммунофлюоресценции (обнаружение антигена в слизи из носа и зева). Реакция непрямой иммунофлюоресценции (обнаружение антител в слизи из носа и зева). Реакция торможения гемагглютинации и реакция связывания комплемента в парных сыворотках используются для ретроспективной диагностики	Острые респираторные вирусные инфекции, сыпной тиф и другие риккетсозы, брюшной тиф, бруцеллез, орнитоз, легионеллез, инфекционный мононуклеоз, геморрагические лихорадки, лептоспироз, вирусный гепатит А (преджелтушный период), менингит, энцефалит, пневмония, туберкулез
Начало внезапное. Появляется сильный озноб, температура тела быстро повышается до 40–41 °С, форма температурной кривой двугорбая. Отмечаются головная боль, боли в глазных яблоках, мышцах, суставах, рвота, головокружение, бред, боли в животе. Лицо «пылающее», сосуды склер и конъюнктив инъекцированы, наблюдаются светобоязнь, пятнисто-папулезная или мелкоочечная сыпь, повышенная кровоточивость. Периферические лимфатические узлы увеличены и болезненны	Исследование крови (лейкоцитоз, затем лейкопения, относительный лимфоцитоз, тромбоцитопения). Выделение вируса из крови. Реакция связывания комплемента, реакция торможения гемагглютинации, реакция нейтрализации в парных сыворотках	Малярия, корь, скарлатина, менингококковая инфекция, желтая лихорадка, геморрагические лихорадки, флеботомная лихорадка
Начало острое. Появляются схваткообразные боли в левой подвздошной области, тенезмы, ложные позывы. Стул скудный, слизисто-кровянистый. Температура тела повышена. Отмечаются головная боль, головокружение, слабость. Язык обложен. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна при пальпации	Выделение возбудителя из фекалий. Копрологическое исследование (лейкоциты и эритроциты). Ректороманоскопия (катаральный, катарально-геморрагический, эрозивный, язвенный проктосигмоидит, сфинктерит). Дополнительные методы: реакция непрямой гемагглютинации, внутрикожная аллергическая проба с дизентерином	Амебиаз, пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, холера, неспецифический язвенный колит, рак дистального отдела толстой кишки
При дифтерии ротоглотки начало в легких случаях постепенное, в тяжелых — острое. Температура тела 38–40 °С, отмечаются умеренные боли при глотании. Нёбные миндалины отечны, слабо гиперемированы, с серовато-белыми островчатыми или распространенными налетами, которые могут переходить на мягкое и твердое нёбо; снимаются с трудом, при этом ткань миндалин кровоточит. В тяжелых случаях — отек клетчатки шеи, тахикардия или брадикардия, аритмия, парез мягкого нёба, полиневрит, токсический нефроз.	Исследование крови (умеренный нейтрофильный лейкоцитоз). Выделение культуры возбудителя из слизи зева и носа с обязательным определением токсигенности	Стрептококковая, стафилококковая ангины, ангина Симановского — Плаута — Венсана, инфекционный мононуклеоз, ларинготрахеобронхиты при острых респираторных вирусных инфекциях

Продолжение таблицы ↗

1	2	3	4	5
Желтая лихорадка	Вирус — <i>Flavivirus febris</i> из семейства <i>Togaviridae</i>	При эндемическом типе желтой лихорадки — обезьяны, возможно, грызуны; при эпидемическом типе — человек	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей при эндемическом типе лихорадки — комары рода <i>Aedes</i> и <i>Haemagogus</i> ; при эпидемическом типе — комары рода <i>Aedes</i>	3–6 дней, иногда до 10 дней
Иерсиниоз	Бактерия — <i>Versinia enterocolitica</i>	Свинья, корова, собака, кошка, грызуны (мыши, крысы) и др., а также человек — больной и бактерионоситель	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой; заражение происходит через пищевые продукты, воду, предметы обихода; факторами передачи могут быть также грязные руки	От 15 ч до 15 сут
Кампилобактериоз	Бактерии — <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>C. coli</i>	Домашние и дикие животные, крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, домашние птицы, кролики, собаки, кошки, грызуны, зайцы, кабаны, некоторые птицы, реже — человек — больной, носитель возбудителей	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой	От 1 до 6 дней, чаще 1–2 дня
Коклюш	Бактерия — <i>Bordetella pertussis</i>	Больной человек	Путь передачи — воздушно-капельный	От 3 до 15 дней, чаще 5–8 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
При дифтерии гортани — интоксикация слабо выражена. Сухой «лающий» кашель, затрудненное шумное дыхание, афония. При дифтерии носа — сукровичное отделяемое из носа, на носовой перегородке серые пленчатые налеты, интоксикация не выражена		
Начало внезапное. Появляются озноб, интенсивная головная боль, боли в мышцах, тошнота, рвота, боли в пояснице; температура тела повышается до 39–41 °С. Лицо одутловатое, гиперемировано. Кроме того, наблюдаются гиперемия шеи, грудной клетки, инъекция сосудов склер и конъюнктив, слезотечение, бред, тахи- и брадикардия, артериальная гипотензия, печень увеличена. После ремиссии возможны желтуха, геморрагии на коже, кровотечения, олигурия, азотемия, печеночно-почечная недостаточность	Исследование крови (лейкопения, затем лейкоцитоз). Исследование мочи (эритроциты, белок). Биохимические исследования (повышение уровня билирубина и активности трансфераз). Выделение вируса из крови. Реакция связывания комплемента, реакция непрямой иммунофлюоресценции, реакция торможения гемагглютинации	Геморрагические лихорадки, вирусные гепатиты, лептоспироз, малярия, денге
Начало острое, температура тела повышается до 37,5–40 °С. Отмечаются боли в животе различной локализации, жидкий стул с примесью слизи, рвота. Сыпь появляется чаще на дистальных отделах конечностей. Наблюдаются полиартрит, полиаденит, гепатит. Возможно волнообразное затяжное и хроническое течение болезни	Исследование крови (нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ). Выделение возбудителя из крови, лимф. узлов, мочи, кала. Реакция агглютинации, реакция пассивной гемагглютинации в парных сыворотках (диагностический титр не менее 1:400)	Дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, аппендицит, сепсис, вирусные гепатиты, ревматизм, полиартриты, брюшной тиф, паратифы А и В, бруцеллез
Начало острое. Появляются коликообразные боли в животе, стул частый калового характера со слизью и кровью. Возможно обезвоживание. В тяжелых случаях — лихорадка, озноб, головная боль, боли в пояснице, менингизм, почечная недостаточность, сепсис	Исследование крови (возможен нейтрофильный лейкоцитоз). Выделение культуры возбудителя из фекалий, реакция микроагглютинации, реакция связывания комплемента, реакция пассивной гемагглютинации	Дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, сепсис
Начало постепенное, с легких катаральных явлений, затем появляется приступообразный кашель, особенно ночью. Приступы сопровождаются гиперемией и цианозом лица, рвотой, дыхание свистящее. Приступ заканчивается после отхождения вязкой слизистой мокроты. Температура тела нормальная и субфебрильная. Общая продолжительность болезни обычно 1,5–2 мес.	Исследование крови (высокий лимфоцитарный лейкоцитоз). Выделение возбудителя из носоглоточной слизи. Реакции агглютинации, связывания комплемента, пассивной гемагглютинации используются для ретроспективной диагностики	Грипп, острые респираторные вирусные инфекции, бронхит, бронхаденит, паракокклюш

Продолжение таблицы ↙



1	2	3	4	5
Корь	Вирус из семейства <i>Paramyxoviridae</i>	Больной человек в последние 1–2 дня инкубационного периода и 3–5 дней после появления сыпи	Путь передачи — воздушно-капельный, а также трансплацентарный	От 8 до 17, чаще ~10 дней (до 21 дня у лиц, получавших гаммаглобулин)
Краснуха	Вирус из семейства <i>Togaviridae</i>	Человек — больной, вирусоноситель	Путь передачи — воздушно-капельный, а также трансплацентарный	От 15 до 24 дней, чаще 16–18 дней
Крымская геморрагическая лихорадка	Вирус — <i>CHF-virus</i> из семейства <i>Bunyaviridae</i>	Коровы, козы, дикие млекопитающие	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — клещи <i>Hyalomma marginatum</i> . Возможна передача вируса при попадании крови больных на слизистые оболочки глаз, носоглотки и поврежденную кожу соприкасавшихся с больными людей (чаще медперсонала)	2–14 дней, чаще 3–5 дней
Ку-лихорадка	Риккетсия — <i>Coxiella burnetii</i>	Крупный и мелкий рогатый скот, лошади, свиньи, собаки, птицы, грызуны. Исключительно редко человек	Пути передачи — пищевой (через загрязненное молоко и молочные продукты); воздушно-пылевой (вдыхание зараженной пыли при работе с шерстью, мехом), а также при уходе за больными животными, при их убое и разделке туш; трансмиссивный — иксодовыми, аргасовыми и гамазовыми клещами. От человека с мокротой и молоком кормящей женщины	От 3 до 32 дней, чаще — 12–19 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое. Появляются кашель, насморк, конъюнктивит, недомогание, головная боль, температура тела повышается до 38–39 °С. Лицо одутловатое, склеры и конъюнктура гиперемированы, светобоязнь. На слизистой оболочке щек и десен — пятна Вельского–Филатова–Коплика, на мягком и твердом нёбе — энантема. На 4–5-й день на фоне усиления интоксикации, катаральных явлений и лихорадки появляется пятнисто-папулезная сыпь на лице, затем на туловище и конечностях	Исследование крови (умеренный лейкоцитоз, который сменяется лейкопенией). Реакция пассивной гемагглютинации и торможения гемагглютинации (определение специфических антител)	Острая респираторная вирусная инфекция, краснуха, энтеровирусная инфекция, токсико-аллергический дерматит
Начало острое. Температура тела субфебрильная, интоксикация слабо выражена. На 1–2-й день болезни появляется розовая, пятнистая, пятнисто-папулезная сыпь одновременно на всем теле или на лице и туловище. На следующий день сыпь появляется на конечностях. Преимущественная локализация сыпи на разгибательной поверхности конечностей, вокруг суставов, на спине, ягодицах. Одновременно с сыпью или за 1–2 дня до нее отмечаются катаральные явления, обнаруживается энантема на нёбе. Лимф. узлы, особенно затылочные и латеральные шейные, увеличены	Исследования крови (лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз). Определение титра вируснейтрализующих антител в парных сыворотках, взятых с интервалом 7–10 дней при нарастании титра в 4 раза и более	Корь, энтеровирусная инфекция, лекарственные сыпи
Начало острое. Появляется озноб. Температура тела повышается до 39–40 °С, длительность лихорадки — 12 дней. Появляются резкая головная боль, сонливость, боли в мышцах и суставах, тошнота, рвота, боли в животе, пояснице. Лицо, верхняя часть туловища, конъюнктивы, склеры гиперемированы. Печень увеличена. На туловище и конечностях имеется геморрагическая сыпь. Наблюдаются кровоизлияния в слизистые оболочки и их кровоточивость, носовые, маточные, желудочные и другие кровотечения	Исследование крови (вначале — лейкопения, эритроцитоз, уменьшение СОЭ, позже — анемия, нарастание лейкопении, тромбоцитопения). Выделение вируса. Реакции связывания комплемента и пассивной гемагглютинации, реакции диффузной преципитации в агаре и иммунофлюоресценции	Лептоспироз, сыпной тиф, сепсис, другие геморрагические лихорадки, геморрагический васкулит, тромбоцитопеническая пурпура, острый лейкоз
Начало острое. Появляются озноб, головная боль, боли в мышцах и суставах, температура тела повышается до 39–40 °С. Лихорадка постоянного и ремиттирующего типа от 3 дней до 2 нед. в зависимости от тяжести болезни. Сухой кашель, потливость. Лицо гиперемировано, отмечаются инъекция склер, гиперемирована зева, гепатолиенальный синдром. Часто пневмония и трахеобронхит. Возможно затяжное и хроническое течение болезни	Исследование крови (чаще лейко- и нейтропения, относительный лимфоцитоз, увеличение СОЭ). Рентгенологически — пневмония. Реакция связывания комплемента, реакция нейтрализации, реакция непрямой иммунофлюоресценции, кожная аллергическая проба	Грипп, сыпной тиф, брюшной тиф, бруцеллез, орнитоз, лептоспироз, туляремия, сепсис

Продолжение таблицы ⇨

1	2	3	4	5
Лайма болезнь	Спирохета — <i>Borrelia burgdorferi</i>	Мышевидные грызуны (мыши, полевки, хомяки и др.), олени, лоси, крупный рогатый скот, собаки	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — иксодовые клещи ( <i>Ixodes ricinus, I. persulcatus</i> )	От 2 до 31 дня
Ласса геморрагическая лихорадка — см. Геморрагические лихорадки	Вирус из семейства <i>Arenaviridae</i>	Больной человек, а также крысы	Путь передачи — воздушно-капельный. Возможна передача вируса через загрязненный кровью больного медицинский инвентарий	От 3 до 20 дней, чаще 7–8 дней
Легионеров болезнь	Бактерия — <i>Legionella pneumophila</i>	Возможно, почва, вода — места естественного обитания легионелл	Путь передачи — воздушно-капельный	При пневмонической форме от 2 до 10 дней; при лихорадке Понтиак — 6–48 ч

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое. Отмечаются лихорадка, миалгия, артралгия. В месте укуса клеща появляется эритема кольцевидной формы, увеличивающаяся до 20 см в диаметре и более, бледная в центре. Возможны вторичные эритемы на других участках кожи, регионарный лимфаденит, парестезии. Через 5 нед. — серозный менингит, энцефаломиелит, энцефалит, полирадикулоневрит, миокардит. Через несколько месяцев — полиартрит, хронический энцефалит, энцефаломиелит, деменция, хронический атрофический акродермит, доброкачественный лимфоденоз кожи	Исследование цереброспинальной жидкости (при поражении ЦНС, лимфоцитарный плеоцитоз, повышение содержания белка, выделение культуры возбудителя). Реакция непрямой иммунофлюоресценции. Иммуноферментный анализ в парных сыворотках, взятых с интервалом 2 нед.	Рожа, дерматит, вирусные менингиты, клещевой и другие энцефалиты, ревматоидный и другие артриты
Начало постепенное. Температура тела к концу недели повышается до 39–40 °С, продолжительность лихорадки — 3–5 нед. Наблюдаются тошнота, рвота, диарея, обезвоживание, петехиальная сыпь на коже, кровоизлияния, отеки лица, шеи. Слизистая оболочка зева, кожа лица и груди гиперемированы. Развивается язвенный фарингит. Характерны миалгия, боли в животе. Больной заторможен, появляются судороги, слух снижен. В тяжелых случаях — гиповолемический и инфекционно-токсический шок	Исследование крови (лейкопения, повышение гематокрита, увеличение СОЭ). Исследование мочи (микрогематурия, протеинурия). Биохимические исследования (повышение активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, декомпенсированный ацидоз). Вирусологические исследования (выделение вируса из крови, смывов из зева, слюны, мочи). Реакция непрямой иммунофлюоресценции (с 7–10-го дня) и реакция связывания комплемента (с 3-й нед. болезни)	Желтая лихорадка, геморрагические лихорадки, менингококковая инфекция
Начало острое. Температура тела повышается до 38,5–40 °С. Появляются сухой кашель, насморк, боли в грудной клетке при дыхании, затем кашель с мокротой. В легких — ослабленное дыхание, влажные хрипы. Отмечаются диарея, бессонница, головная боль, головокружение. Развиваются сердечно-сосудистая, дыхательная, почечная недостаточность, повышенная кровоточивость, токсическая энцефалопатия (бред, галлюцинации, спутанность сознания, дизартрия, атаксия)	Исследование крови (умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, высокая СОЭ, тромбоцитопения). Биохимические исследования (гипонатриемия, гипоальбуминемия, повышение уровня билирубина, креатинина, мочевины, активности аминотрансфераз и других сывороточных ферментов). Рентгенологически в легких очаговая, затем сливная пневмония. Бактериологические исследования (выделение культуры возбудителя из крови и мокроты, обнаружение его экспресс-методами). Реакция непрямой иммунофлюоресценции, реакция пассивной гемагглютинации, иммуноферментный анализ	Другие пневмонии, микоплазменная инфекция, орнитоз, Ку-лихорадка, грипп, острые респираторные вирусные инфекции, грипп

Продолжение таблицы ↵

1	2	3	4	5
Лейшманиоз висцеральный (см. Лейшманиозы)	<i>Leishmania Donovanii</i> , <i>L.d. infantum</i> , <i>L.d. archibaldi</i>	При индийском лейшманиозе — больной человек; при средиземноморском — собаки, а также шакалы, лисы; при восточно-африканском — больной человек и грызуны, хищники	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — москиты	При индийском лейшманиозе — 6–8 мес.; при средиземноморском и восточно-африканском — от 20 дней до 1 года
Лейшманиоз кожный	<i>Leishmania tropica major</i> (кожного лейшманиоза сельского типа), <i>L. tropica minor</i> (кожного лейшманиоза городского типа)	При сельском — грызуны (песчанки, суслик и др.); при городском — больной человек	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — москиты	От 1 нед. до 1,5 мес. при сельском кожном лейшманиозе; от 2 мес. до 1,5 лет — при городском кожном лейшманиозе
Лептоспироз	<i>Leptospira interrogans</i>	В природных очагах — грызуны, насекомоядные, парнокопытные, хищные животные; в антропургических очагах — крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, лошади, собаки, а также домовые мыши и крысы	Основной путь передачи — водный. Заражение происходит при купании, употреблении для питья и хозяйственных нужд загрязненной воды (из открытых водоемов), а также пищи, например сырого молока от больных животных, при разделке их туш, обработке животного сырья	От 3 до 30 дней, чаще 7–10 дней
Лимфогранулематоз доброкачественный	Бактерии <i>Rothia dentocariosa</i>	Кошки	Передача возбудителя в результате царапанья, укуса кошек	От 3 до 60 дней, чаще 2–3 нед.

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало постепенное. На месте внедрения возбудителя появляется первичный аффект. Отмечаются слабость, снижение аппетита, сплено- и гепатомегалия, длительная волнообразная лихорадка, полиаденит, пигментация кожи, кахексия, атрофия мышц, геморрагические проявления и высыпания на коже. Течение хроническое	Исследование крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ). Обнаружение возбудителя в мазке и толстой капле крови, пунктатах костного мозга, биоптатах лимфатических узлов, печени, селезенки, выделение культуры возбудителя из биоптатов	Малярия, бруцеллез, лейкоз, сепсис, лимфогранулематоз
Начало постепенное. На месте внедрения возбудителя (лицо, конечности, реже туловище) появляется папула, увеличивающаяся в размерах. Через несколько месяцев папула покрывается коркой, после отторжения которой образуется поверхностная язва до 4–6 см в диаметре. Рубцевание ее зависит от формы болезни и занимает от 6–7 мес. (рано изъязвляющийся кожный лейшманиоз) до 1 года (поздно изъязвляющийся кожный лейшманиоз). Количество язв — от 1–2 до 10 и более. Лихорадка, интоксикация отсутствуют	Бактериоскопия мазков, взятых с краев язв. Биопробы на лабораторных животных (выделение культуры возбудителя)	Сифилис, лепра, трофические язвы
Начало острое, бурное. Появляется озноб, температура тела повышается до 39–40 °С и выше. Длительность лихорадки — 5–10 дней и более, возможны повторные волны лихорадки. С первых часов отмечаются головная боль, боли и болезненность мышц, боли в животе, тошнота, рвота, адинамия. Лицо одутловатое и гиперемированное. Отмечаются гиперемия конъюнктивы склер, герпес. На 3–5-й день появляется полиморфная сыпь. Печень и селезенка увеличены. Наблюдаются менингеальные симптомы, геморрагические проявления, боли в пояснице, олигурия. Возможно развитие острой почечной недостаточности. В части случаев появляется желтуха	Исследование крови (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ, анемия, тромбоцитопения). Исследование мочи (протеинурия, лейкоциты, эритроциты, цилиндры). Биохимические исследования (азотемия, повышение уровня билирубина). Бактериоскопия крови, мочи, цереброспинальной жидкости. Бактериологическое исследование крови. Биопроба на морских свинках. Реакции микроагглютинации и лизиса для обнаружения антител	Грипп, сыпной тиф, вирусные гепатиты, геморрагические лихорадки
Начало острое. Температура тела повышается до 38–39 °С, длительность лихорадки — до 2 нед. Отмечаются головная боль, боли в мышцах, высыпания на коже. В месте внедрения возбудителя — безболезненная красноватая папула, которая часто нагнаивается. Наиболее постоянный симптом — регионарный лимфаденит, чаще локтевой, аксиллярный, паховый, реже полиаденит. Возможны нагноение лимфатического узла,	Исследование крови (умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ)	Неспецифический лимфаденит, туляремия, бруцеллез, туберкулез лимфатических узлов, лимфогранулематоз, инфекционный мононуклеоз

Продолжение таблицы ⇨

1	2	3	4	5
Лямблиоз	Простейшие — <i>Lambliа intesttinalis</i>	Человек — больной, лямблионоситель, возможно, собака	Путь передачи — водный, пищевой, бытовой, а также через грязные руки	От 10 до 15 дней
Малярия	<i>Plasmodium vivax</i> , <i>P. ovale</i> (трехдневная малярия), <i>P. malariae</i> (четырёхдневная малярия), <i>P. falciparum</i>	Человек — больной и паразитоноситель	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — комары рода <i>Anopheles</i>	При трехдневной малярии — от 7-го до 21-го дня при заражении кожным штаммом <i>Pl. vivax</i> , 6–14 мес. при заражении североверным штаммом <i>Pl. vivax</i> ; при четырехдневной — 14–42 дня, при тропической — 8–31 день, чаще 9–16 дней
Марбург лихорадка (см. Геморрагические лихорадки)	Вирус из семейства <i>Arenaviridae</i>	Обезьяны — <i>Cercopithecus aethiops</i> и больные люди	Заражение происходит через кровь, отделяемое носоглотки, мочу при попадании их на поврежденную кожу и слизистые оболочки	От 2 до 16 дней
Марсельская лихорадка	Риккетсии <i>Rickettsia conorii</i>	Предположительно собаки	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчик — собачий клещ <i>Rhipicephalus sanguineus</i>	От 3 до 18 дней, чаще 3–7 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
образование свища, заживление которого происходит в течение 2–3 мес. Возможны серозный менингит, энцефалит		
Чаще протекает бессимптомно. В ряде случаев наблюдаются приступообразные боли в животе, тошнота, неустойчивый стул, метеоризм	Исследование мазков дуоденального содержимого (обнаружение возбудителя)	Холецистит, энтерит, глистные инвазии
Начало острое или после продромального периода, проявляющегося лихорадкой, головной болью, ломотой в теле. Через 3–4 дня — приступ, сопровождающийся ознобом, повышением температуры тела до 40–41 °С, гиперемией лица, одышкой, возбуждением, бредом, головной болью, артериальной гипотензией, поносом. Приступ заканчивается критическим падением температуры, обильным потоотделением. Длительность приступа — 6–10 ч. Приступы могут возникать через 1–2 дня или быть ежедневными. Кожа бледная, склеры субиктеричны. Селезенка и печень увеличены. Возможны ранние (через несколько недель) и поздние (через 8–10 мес.) рецидивы. В ряде случаев развиваются желтуха, почечная недостаточность, делирий, кома, инфекционно-токсический шок	Исследование крови (анемия, лейкопения). Повторная бактериоскопия мазков и толстой капли крови	Грипп, острые респираторные вирусные инфекции. Острые кишечные инфекции, лептоспироз, желтая лихорадка, тяжелые формы вирусных гепатитов, брюшной тиф, бруцеллез, сепсис, геморрагические лихорадки
Начало острое. Отмечаются высокая температура тела, головная боль, боли в спине и пояснице, конъюнктивит, энантема, гиперемия зева. На 4-й день — тошнота, рвота, часто кровавая, понос. На 5–6-й день — пятнисто-папулезная сыпь. С 6–7-го дня геморрагический синдром, петехии, кровоподтеки, гематурия, носовые кровотечения, мелена. С 6-го дня шелушение кожи ладоней и подошв. Возможны менингеальные симптомы, судороги, расстройства сознания	Исследование крови (лейкопения, сдвиг формулы влево, атипичные лимфоциты, тромбоцитопения). Исследование мочи (протеинурия). Биохимические исследования (повышение активности аминотрансфераз). Вирусологические исследования. Реакция непрямой иммунофлюоресценции	Другие геморрагические лихорадки
Начало острое. Температура тела повышается с ознобом до 38–40 °С; лихорадка постоянная или ремиттирующая, длительность ее 3–14 дней. Лицо, конъюнктивы и кожа шеи умеренно гиперемированы. На месте укуса клеща появляется первичный аффект — плотный безболезненный инфильтрат с некрозом, а затем и струпом в центре, который отпадает на 4–5-й день нормальной температуры. При этом образуется язвочка, эпителизирующаяся через 8–12 дней. На 2–4-й день болезни обнаруживается обильная пятнисто-папулезная сыпь, которая сохраняется в течение лихорадочного периода. Часто увеличены печень и селезенка	Исследование крови (лейкопения с относительным лимфоцитозом, СОЭ несколько увеличена). Реакции связывания комплемента и непрямой гемагглютинации	Сыпной и брюшной тиф, паратифы, сифилис

Продолжение таблицы 5



1	2	3	4	5
Менингококковая инфекция	Менингококк <i>Neisseria meningitidis</i>	Человек — больной и бактерионоситель	Путь передачи — воздушно-капельный	От 1 до 20 дней, чаще 3–7 дней
Микоплазменные инфекции	Микоплазма — <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>M. hominis</i> , Т-микоплазмы	Человек — больной и носитель микоплазм	Путь передачи — воздушно-капельный	От 7 до 14 дней
Мононуклеоз инфекционный	Вирус Эпштейна — Барра, из семейства <i>Herpesviridae</i>	Человек — больной и вирусоноситель	Путь передачи — воздушно-капельный, а также при непосредственном контакте (поцелуи), через загрязненные слюной предметы обихода	От 4 до 60 дней, чаще 7–10 дней
Омская геморрагическая лихорадка	Вирус — <i>Haemorrhagogenes sibiricus</i> , из семейства <i>Bunyaviridae</i>	Грызуны (преимущественно мышевидные)	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — клещи <i>Dermacentor pictus</i> , <i>D. marginatus</i>	2–4 дня
Орнитоз	Хламидии — <i>Chlamydia psittaci</i>	Птицы — домашние и дикие	Пути передачи — воздушно-капельный и воздушно-пылевой, возможно заражение и при непосредственном соприкосновении с птицами	От 6 до 25 дней, чаще 8–12 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое. Появляются озноб, боли в мышцах, температура тела повышается до 38,5–41 °С. Наблюдаются головная боль, рвота, миалгия, геморрагическая сыпь (на 1–2-й день болезни), кровоизлияния в конъюнктивы, менингеальный синдром, артрит. В тяжелых случаях — инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, кома, судороги	Исследование крови (нейтрофильный гиперлейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ, тромбоцитопения). Исследование цереброспинальной жидкости (высокий нейтрофильный плеоцитоз, повышение содержания белка, внутриклеточно — диплококки). Бактериологическое исследование крови и цереброспинальной жидкости. Реакция непрямой гемагглютинации. Встречный иммуноэлектрофорез (для обнаружения антигена)	Грипп, геморрагические лихорадки, сепсис, лептоспироз, тромбоцитопеническая пурпура, гнойные вторичные менингиты, вирусные менингиты, менингоэнцефалиты
Начало острое или постепенное. Клиническая картина полиморфна. Температура тела 37–39 °С. Развиваются ринит, фарингит, ларингит, пневмония, плеврит. Интоксикация выражена слабо или умеренно. Длительность болезни от 2–3 дней до 1 мес.	Рентгенологическое исследование грудной клетки. Реакция связывания комплемента и непрямой гемагглютинации	Грипп, острые респираторные вирусные инфекции, Ку-лихорадка, орнитоз, туберкулез
Начало чаще постепенное. Появляются недомогание и боли в горле. Выявляются фарингит, катаральная, фолликулярная, лакунарная или некротическая ангина. Лихорадка от нескольких дней до 3–4 нед. Увеличение лимфатических узлов, особенно латеральных шейных, увеличение селезенки и печени, иногда желтуха и диспептические расстройства, высыпания на коже	Исследование крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные широкоплазменные лимфоциты, тромбоцитопения). Биохимические исследования (повышение активности аминотрансфераз сыворотки, реже уровня билирубина). Реакция Пауля—Бунелля	Дифтерия, ангина другой этиологии, аденовирусная инфекция, вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы, доброкачественный лимфоретикулез, лимфогранулематоз, острый лейкоз
Начало острое. Температура тела высокая, лихорадка длится от 4 до 12 дней, часто двугорбая температурная кривая. Отмечаются озноб, головная боль, миалгии. Лицо гиперемировано. Склеры и конъюнктивы инъекцированы. Возможны петехии, другие проявления кровоточивости, пневмония, менингоэнцефалит	Исследование крови (лейкопения, нейтрофильный сдвиг влево, тромбоцитопения). Вирусологические исследования (выделение вируса из крови). Реакции связывания комплемента и непрямой гемагглютинации	Лептоспироз, сыпной тиф, менингококковая инфекция, сепсис, другие геморрагические лихорадки, геморрагический васкулит, тромбоцитопеническая пурпура, вирусные менингоэнцефалиты
Начало острое. Появляются озноб, головная боль, миалгии, температура тела до 38–39,5 °С. Сухой кашель, ларингит, трахеобронхит. С 5–7-го дня — боли в грудной клетке, одышка, продуктивный кашель, физикальные признаки пневмонии. Бессонница, адинамия, головокружения, менингизм. Селезенка и печень увеличены. Возможно острое, затяжное и хроническое течение болезни	Исследование крови (лейкопения, нормоцитоз, лейкоцитоз, раннее увеличение СОЭ). Рентгенологически — пневмония. Реакция связывания комплемента (в титре 1:16 и выше после 10-го дня болезни). Внутрикожная проба с орнитином	Грипп, острые респираторные вирусные инфекции, легионеллез, Ку-лихорадка, пневмония, микоплазменная инфекция, брюшной и сыпной тиф, лептоспироз

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5
Оспа натуральная	Вирус — <i>Strongyloplasma variolae</i> , из семейства <i>Poxviridae</i>	Больной человек	Пути передачи — воздушно-капельный и бытовой через предметы обихода	От 7 до 15 дней, чаще 10–12 дней
Паратифы А и В	Бактерии — <i>Salmonella paratyphi A</i> и <i>S. schottmulleri</i>	Человек — больной, бактерионоситель	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой. Заражение происходит через загрязненные пищевые продукты, воду, предметы обихода; фактором передачи инфекции могут быть грязные руки, мухи	От 2 до 21 дня, чаще 8–10 дней
Паротит эпидемический	Вирус — <i>Pneumophila parotitidis</i> , из семейства <i>Paramyxoviridae</i>	Больной человек	Пути передачи — воздушно-капельный и бытовой, возможен через предметы обихода	От 11 до 23 дней, чаще 5–20 дней, но иногда удлиняется до 26–35 дней
Полиомиелит	Вирус — <i>Myelophilus hominis</i> из семейства <i>Picornaviridae</i>	Человек — больной, вирусноноситель	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой, через загрязненные пищевые продукты, воду, предметы обихода, а также грязные руки; возможен и воздушно-капельный путь передачи	От 2 до 35 дней, чаще 5–14 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
<p>Начало острое. Появляются озноб, боли в крестце, рвота, температура тела повышается до 40 °С и выше. Лицо, конъюнктивы, слизистая оболочка ротоглотки гиперемированы. На 2–3-й день появляется продромальная пятнистая или мелкоточечная сыпь, исчезающая в течение 1–2 дней. На 4–5-й день температура тела снижается, состояние улучшается. Одновременно появляется истинная сыпь вначале на лице, затем на туловище и конечностях. Элементы сыпи имеют вид пятен, затем папул, через 2–3 дня — везикул с вдавлением в центре, окруженных венчиком гиперемии. С 7–8-го дня болезни элементы сыпи нагнаиваются, вновь повышается температура тела, появляются интоксикация, отек кожи, тахикардия, одышка, бред. Элементы сыпи также имеются на слизистых оболочках глаз, носа, ротоглотки, дыхательных путей, уретры. На 15–17-й день пустулы подсыхают, температура тела снижается. Корки отпадают на 4–5-й нед. болезни</p>	<p>Исследование крови (в период нагноения сыпи нейтрофильный лейкоцитоз). Реакция непрямой гемагглютинации. Микропреципитация в агаре. Электронная микроскопия и метод флюоресцирующих антител. Вирусологические исследования (выделение вируса из крови, элементов сыпи)</p>	<p>Ветряная оспа</p>
<p>Начало подострое или острое. Температура тела повышается до 38–39 °С. Лихорадка продолжается от нескольких дней до 3–4 нед. Кожа бледная с розеолезной, розеолезно-папулезной сыпью, которая появляется на 4–7-й день болезни. Язык обложен, селезенка и печень увеличены. Возможны катаральные и диспептические явления</p>	<p>Бактериологические исследования (гемокультура, копрокультура, уринокультура). Реакция непрямой гемагглютинации</p>	<p>Брюшной тиф, сальмонеллез, инфекционный мононуклеоз, сыпной тиф, сепсис, малярия, грипп, бруцеллез</p>
<p>Начало острое. Температура тела повышается до 37–39 °С. Появляются боли в области уха, отечность и болезненность в области околушных, реже подчелюстных слюнных желез, максимальная на 3–5-й день, к 7–10-му дню уменьшается. Лихорадка в течение 4–7 дней. Возможны орхит, эпидидимит, панкреатит, серозный менингит</p>	<p>Исследование крови (лейкопения, лимфоцитоз). Биохимические исследования (повышение уровня амилазы крови и диастазы мочи), Реакции связывания комплемента и непрямой гемагглютинации</p>	<p>Гнойный паротит, подчелюстной лимфаденит, слюннокаменная болезнь, панкреатит, менингит, орхит другой этиологии</p>
<p>Начало острое. Температура тела повышается до 38–40 °С. Отмечаются головная боль, першение и боли в горле, тошнота, рвота, боли в животе, запор. Выявляются ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского, угнетение сухожильных рефлексов, вялые параличи мышц спины, шеи, брюшной стенки, конечностей, диафрагмы, бульбарные параличи, дыхательная недостаточность</p>	<p>Исследование крови (лейкопения, лимфоцитоз). Исследование цереброспинальной жидкости (лимфоцитарный плеоцитоз, увеличение содержания белка). Выделение вируса из фекалий, цереброспинальной жидкости, смывов из носоглотки, крови. Реакция связывания комплемента, реакция нейтрализации вируса</p>	<p>Коксаки, ЕСНО-инфекция, острый миелит, полирадикулоневрит, клещевой энцефалит, ботулизм</p>

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4	5
Псевдотуберкулез	Бактерии — <i>Yersinia pseudotuberculosis</i>	Многие млекопитающие и птицы — в природных очагах, в основном грызуны; в антропургических очагах — домовые мыши, крысы, кошки, мелкий и крупный рогатый скот, птицы	Пути передачи — пищевой, водный. Заражение происходит чаще через загрязненные грызунами воду и пищевые продукты, в том числе через овощи, загрязненные при хранении в овощехранилищах и не подвергшиеся термической обработке	От 2 до 18 дней (чаще 5–7 дней)
Рожа	Гемолитический стрептококк группы А	Человек больной и бактерионоситель стрептококка	Заражение происходит через загрязненное белье, одежду, полотенца, руки. Возможен и воздушно-капельный путь передачи (особенно при роже лица)	От нескольких часов до 3–5 дней
Ротавирусный гастроэнтерит	Вирус из семейства <i>Reoviridae</i>	Человек — больной, вирусноситель	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой. Заражение происходит через загрязненные пищевые продукты, воду, предметы обихода, а также грязные руки	От 1 до 5 дней
Сальмонеллез	Бактерии — из рода <i>Salmonella</i> ( <i>S. typhimurium</i> , <i>S. heidelberg</i> , <i>S. enteritidis</i> , <i>S. london</i> , <i>S. anatum</i> , <i>S. newport</i> , <i>S. derby</i> и др.)	Крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, куры, утки, гуси, голуби и т.п., а также человек — больной и бактерионоситель	Путь передачи — пищевой. Заражение происходит чаще при употреблении неправильно кулинарно обработанных или загрязненных мясных, яичных блюд	От 6 ч до 3 сут, чаще 12–24 ч

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое или подострое. Температура тела повышается до 38,5–39,5 °С. Лихорадка постоянного, неправильного, ремиттирующего типа, продолжается от нескольких дней до 2–3 нед. и более. Ознобы, катаральные явления, миалгия, артралгия. Тошнота, рвота, понос, боли в правой подвздошной области. Сыпь розеолезная, эритематозная, папулезная, уртикарная, узловатая эритема. Наиболее частая локализация сыпи: боковая поверхность груди, низ живота, медиальная поверхность конечностей, вблизи суставов. Лицо, ладони, стопы гиперемированы, жжение кожи. Лимфаденит, полиаденит. Артриты и полиартриты. Селезенка и печень увеличены. Иногда отмечаются желтуха, миокардит. Возможно волнообразное и рецидивирующее течение	Исследование крови (умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ). Посев крови, кала, цереброспинальной жидкости. Реакции агглютинации и непрямой гемагглютинации	Скарлатина, краснуха, ревматизм, ревматоидный артрит, вирусные гепатиты, сепсис, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, иерсиниоз, дизентерия, брюшной тиф, паратифы А и В, инфекционный мононуклеоз, острый аппендицит
Начало острое. Появляются озноб, головная боль, миалгия, рвота, температура тела повышается до 38–40 °С. Одновременно или вскоре возникает чувство жжения кожи в очаге поражения, который имеет вид розового пятна, быстро увеличивается в размерах, становится интенсивно-красным. Кожа в зоне поражения горячая, блестящая, мягкие ткани отечны. Очаг резко отграничен от окружающей кожи. Отмечается регионарный лимфаденит. Наиболее частая локализация — голень, лицо. Длительность — 7–12 дней. Возможны рецидивы	Исследование крови (выраженный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ). Выделение возбудителя из крови, из очага поражения. Иммунологические исследования (повышение титров противострептококковых антител)	Флегмона, тромбоз, флебит, узловатая эритема, экзема, дерматит, кожная форма сибирской язвы
Начало острое. Температура тела до 38–38,5 °С. Обильный жидкий стул с резким запахом без патологических примесей до 10–15 раз в сутки, рвота, метеоризм, урчание в животе. Возможно обезвоживание	Исследование крови (лейкопения). Иммунофлюоресцентный метод и электронная микроскопия (обнаружение возбудителя в испражнениях). Реакция связывания комплемента. Иммуноферментный анализ	Холера, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, энтеровирусная инфекция
Начало острое. Появляются озноб, головная боль и головокружение, температура тела повышается до 38–39 °С и более. Отмечаются боли в мышцах, тахикардия. Одновременно возникают боли в эпи- и мезогастрин, тошнота, многократная рвота, частый водянистый зловонный стул с зеленью. Обезвоживание, судороги, артериальная гипотензия. При генерализованной форме — увеличение селезенки и печени, брадикардия, иногда розеолезная сыпь, лихорадка длится до 2–3 нед.	Исследование крови (умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево). Исследование рвотных масс, промывных вод желудка, фекалий с целью выделения возбудителя. Реакции агглютинации и непрямой гемагглютинации	Пищевая токсикоинфекция, ботулизм, холера, дизентерия, ротавирусный гастроэнтерит, энтеровирусная инфекция, отравление грибами, ботулизм, отравления хим. веществами, острые хирургические заболевания органов брюшной полости, внематочная беременность, инфаркт миокарда

Продолжение таблицы ↪

1	2	3	4	5
Сап	Бактерии — <i>Pseudomonas mallei</i>	Домашние животные (лошади, ослы, мулы, верблюды)	Заражение происходит при уходе за больным животным и соприкосновении с загрязненными объектами (фураж, солома и т.п.). Возбудители проникают через слизистые оболочки дыхательных путей и ЖКТ, через конъюнктиву	Чаще 1–5 дней, иногда до 3 нед.
Североазиатский клещевой риккетсиоз	Риккетсии — <i>Rickettsia sibirica</i>	Грызуны — полевки, полевые и лесные мыши, домовые мыши, суслики, хомяки, бурундуки	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — иксодовые клещи <i>Dermacentor nuttalli</i> , <i>D. pictus</i> , <i>D. silvarum</i> и др.	От 2 до 7 дней
Сибирская язва	Бактерии — <i>Bacillus anthracis</i>	Домашние и дикие копытные животные	Заражение происходит при соприкосновении с больными животными, сырьем (кожа, шерсть, овчина и др.); пищевым путем — при употреблении недостаточно термически обработанного мяса; воздушно-пылевым — при вдыхании пыли, содержащей споры возбудителей; трансмиссивным — переносчиками возбудителей являются мухи (жигалки, слепни)	От нескольких часов до 12 дней, чаще 2–3 дня
Скарлатина	Токсигенные гемолитические стрептококки группы А	Больной человек	Пути передачи — воздушно-капельный, а также через загрязненные предметы и пищевые продукты (например, молоко)	1–12 дней, чаще 2–7 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало острое. Отмечаются озноб, головная боль, артралгия, миалгия. На месте внедрения возбудителя образуется папула, которая быстро превращается в пустулу и язву. Затем появляются абсцессы в легких, мышцах, мягких тканях. Гектическая лихорадка, падение АД. Возможно хроническое течение с лихорадкой неправильного типа, множественными пустулами и гнойными процессами во внутренних органах	Реакции связывания комплемента и агглютинации. Выделение культуры возбудителя из гнойного отделяемого язв, абсцессов, крови. Кожная аллергическая проба с маллеином	Сепсис, мелиоидоз
Начало острое. Отмечаются озноб, жар, головная боль, миалгия, температура тела повышается до 39–40 °С. Характерна ремиттирующая лихорадка длительностью 7–10 дней. Лицо гиперемировано, одутловатое, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. В месте укуса клеща первичный аффект с регионарным лимфаденитом, розеолезно-папулезная сыпь. Наблюдаются относительная брадикардия, адинамия, увеличение печени, реже селезенки	Реакция связывания комплемента и реакция непрямой геммагглютинации со специфическим антигеном с 5–7-го дней болезни	Грипп, пневмония, клещевой энцефалит, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лихорадка цуцугамуши
Начало острое. При кожной форме: красное пятно, которое превращается в папулу, затем везикулу, пустулу и язву, покрытую темной коркой, окруженную зоной гиперемии; резкий отек мягких тканей. По периферии в виде венчика располагаются вторичные пустулы. Характерно отсутствие болевой чувствительности в области язвы и в зоне отека. Регионарный лимфаденит. Температура тела повышена до 38–40 °С и более со 2–3-го дня болезни. При генерализованной форме — гипертермия, катаральные явления, боли в груди, одышка, цианоз, тахикардия, коллапс, кровянистая мокрота, пневмония. Селезенка и печень увеличены. Возможны понос, рвота, метеоризм	Бактериоскопия мазка отделяемого язвы, мокроты. Выделение культуры возбудителя из крови, мокроты, отделяемого язвы. Заражение лабораторных животных. Внутрикожная аллергическая проба с антраксином	Карбункул, фурункул, пневмония, сепсис, рожа, чума, туляремия, сап, дизентерия, перитонит, менингоэнцефалит
Начало острое. Появляется озноб, температура тела в течение нескольких часов повышается до 38–40 °С, рвота, головная боль. Яркая гиперемия зева, отечность небных миндалин и налеты на них. К концу 1-х — на 2-е сут на фоне гиперемии кожи возникает обильная мелкоточечная сыпь, часто с геморрагическим компонентом, особенно интенсивная в кожных складках. Возможен зуд. Бледный носогубный треугольник, белый дермографизм, «малиновый язык». Возможно увеличение печени и селезенки. Тахикардия. Лихорадочный период продолжается 5–7 дней. На 2-й нед. болезни пластинчатое шелушение кожи кистей и стоп	Исследование крови (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ). В качестве вспомогательных методов используют определение титров антистрептолизина-О и антистрептогалактуронидазы	Иерсиниоз, токсико-аллергический дерматит

Продолжение таблицы ↗



1	2	3	4	5
Столбняк	Бактерии — <i>Clostridium tetani</i>	Травоядные животные, свиньи, крысы, мыши, кролики, а также человек	Заражение происходит только парентерально — при загрязнении почвой, пылью любых повреждений кожи, но главным образом ран с большой зоной повреждения тканей, а также тяжелых отморожений	От нескольких часов до 1 мес., чаще 6–14 дней
Сыпной тиф эпидемический	Риккетсии — <i>Rickettsia prowazekii</i>	Больной человек	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчик возбудителя — вошь, преимущественно платяная. Человек заражается при попадании фекалий вшей в царапинки кожи при расчесах	5–25 дней, чаще 10–12 дней
Токсикоинфекции пищевые	Протей ( <i>Proteus vulgaris</i> , <i>P. mirabilis</i> ), энтерококк ( <i>Streptococcus faecalis</i> ), бактерии рода <i>Citrobacter</i> , <i>Hafnia</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Pseudomonas</i> , споровые аэробы ( <i>Bacillus cereus</i> ), споровые анаэробы ( <i>Clostridium perfringens</i> )	Больные гнойными инфекциями, бактерионосители и животные (крупный и мелкий рогатый скот, лошади и др.)	Путь передачи — пищевой. Заражение происходит через пищевые продукты (особенно мясо от больных и ослабленных животных), а также пищевые продукты, загрязненные в процессе приготовления, транспортировки, хранения и реализации	От 2 до 48 ч

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало подострое или острое. Последовательно появляются тризм (сжатие челюстей), тоническое напряжение мимических мышц, затруднение глотания, тоническое напряжение мышц затылка, груди, диафрагмы, спины (опистотонус), мышц плеч и бедер. Через 1–5 дней развиваются приступы генерализованных судорог. Мышечные боли, потливость, тахикардия, затруднение дыхания, затруднение мочеиспускания и дефекации. Сознание сохранено, температура тела повышена, сухожильные рефлексы оживлены, имеются менингеальные симптомы	Выделение возбудителя из раны	Бешенство, менингит, энцефалит, истерия, эпилепсия, отравление стрихнином
Начало острое. Появляются интенсивная головная боль, бессонница, температура тела к 3–4-му дню болезни повышается до 39–40 °С. Общая продолжительность лихорадочного периода — 12–14 дней. Лицо гиперемировано, одутловатое, конъюнктивы инъецированы. С 3–4-го дня болезни на переходной складке конъюнктив обнаруживаются темно-красные пятна Киари—Авцины, положительны симптомы щипка и жгута. Язык обложен. Печень и селезенка увеличены. Отмечаются возбуждение, бред, тремор рук и языка, менингеальные симптомы. На 4–6-й день появляется розеолезно-петехиальная сыпь. Характерны тахикардия, артериальная гипотензия, глухость тонов сердца	Исследование крови (умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. СОЭ умеренно увеличена). Реакции агглютинации, непрямой гемагглютинации и связывания комплемента	Грипп, менингококковая инфекция, геморрагические лихорадки, брюшной тиф, трихинеллез, крупозная пневмония
Начало острое. Появляются боли схваткообразного характера в эпи- и мезогастрии, метеоризм, урчание в животе, тошнота, рвота, частый жидкий водянистый стул. Одновременно или на 1–2 ч раньше озноб, головная боль, повышение температуры тела. Возможны безоживание, судороги, коллапс	Бактериологические исследования (выделение возбудителя из остатков подозрительного пищевого продукта, рвотных масс и промывных вод желудка, фекалий). Реакция агглютинации с аутоштаммом	Холера, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, ротавирусная инфекция, кампилобактериоз, энтеровирусная инфекция, острые отравления хим. веществами, грибами, острые хирургические заболевания органов брюшной полости

1	2	3	4	5
Туляремия	Бактерии — <i>Francisella tularensis</i>	Больные животные, в основном мелкие млекопитающие — водяная и обыкновенная полевки, домовая мышь, ондатра, заяц и др.	Заражение происходит при соприкосновении с больными животными, а также пищевым и водным путем через загрязненные пищевые продукты или воду; воздушно-пылевым при обмолоте зараженного хлеба; трансмиссивным кровососущими членистоногими — комарами, слепнями, иксодовыми клещами	От нескольких часов до 3 нед., чаще 3–7 дней
Флеботомная лихорадка	Вирус из семейства <i>Bunyaviridae</i>	Больной человек	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчик возбудителей — москиты рода <i>Phlebotomus</i> ( <i>Ph. papatasi</i> , <i>Ph. sergenti</i> и др.)	От 3 до 9 дней, чаще 4–5 дней
Холера	<i>Vibrio cholerae</i>	Человек — больной, вибриононоситель	Пути передачи — водный, пищевой, бытовой. Заражение происходит через загрязненные воду, пищевые продукты, предметы обихода; фактором передачи могут быть грязные руки, мухи	От нескольких часов до 5 дней, чаще 1–3 дня
Хорио-менингит лимфоцитарный	Вирус	Домовая мышь, вирус обнаружен также у собак, хомяков, морских свинок	Пути передачи — пищевой, водный, бытовой. Заражение происходит через загрязненные мышами пищевые продукты, воду, предметы домашнего обихода; возможен также воздушно-пылевой путь передачи	От 6 до 13 дней
Цуцугамуши	Риккетсии — <i>Rickettsia orientalis</i>	Мышевидные грызуны, сумчатые, насекомоядные животные	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — личинки краснотелковых клещей	От 5 до 21 дня, чаще 7–11 дней

## Продолжение табл. 327

6	7	8
Начало внезапное. Появляются озноб, резкая головная боль, боли в мышцах, головокружение. Температура тела повышается до 38–40 °С. Лихорадка ремиттирующая, длительность лихорадочного периода — 2–3 нед. Отмечается гиперемия лица, склер и конъюнктив. Селезенка и печень увеличены. Лимфаденит (бедренный, паховый, аксиллярный, шейный, подчелюстной) с возможным нагноением и образованием свищей. Возможны бронхоаденит, пневмония, конъюнктивит, ангина, первичный аффект в виде безболезненной язвы в месте внедрения возбудителя при трансмиссивном заражении	Исследование крови (умеренная лейкопения, относительный лимфоцитоз, увеличение СОЭ). Внутрикожная аллергическая проба с тулярином. Реакции агглютинации и непрямого гемагглютинации	Чума, сибирская язва, брюшной и сыпной тиф, бруцеллез, доброкачественный лимфогранулематоз, неспецифический лимфаденит, ангина
Начало острое, бурное. Температура тела в течение нескольких часов повышается до 39–40 °С, появляются озноб, головная боль, боли в глазных яблоках, мышцах, суставах. Лицо гиперемировано, одутловатое, отмечается гиперемия склер и конъюнктив. Наблюдаются возбуждение, бред, менингизм	Исследование крови (лейкопения, лимфоцитоз). Реакции нейтрализации, связывания комплемента и торможения гемагглютинации	Грипп, малярия, лептоспироз, риккетсиозы, денге
Начало острое. Возникает внезапный позыв на дефекацию, стул жидкий, обильный, каловый, затем водянистый, мутно-белый без запаха. Позже появляется обильная рвота сначала пищевой, затем водянистой жидкостью, многократная. Наблюдаются жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, снижение тургора тканей, судороги, тахикардия, одышка, анурия	Исследование крови (лейкоцитоз). Биохимические исследования (признаки сгущения крови, метаболический ацидоз, нарушение концентрации электролитов). Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс	Пищевые токсикоинфекции, дизентерия, ротавирусный гастроэнтерит, энтеровирусная инфекция, отравление грибами, солями тяжелых металлов
Начало острое. Температура тела повышается до 38,5–39 °С. Появляются боли в мышцах, катаральные явления, резкая головная боль, повторная рвота, на 2–3-й день менингеальные симптомы. Возможна очаговая неврологическая симптоматика. Продолжительность лихорадки от 3–5 дней до 2–3 нед. и более, длительность менингеальных симптомов — 2–3 нед. и более	Исследование цереброспинальной жидкости (высокий — до 2000/мкл — лимфоцитарный плеоцитоз, увеличение содержания белка). Вирусологические исследования (выделение вируса из цереброспинальной жидкости и крови). Реакции иммунофлюоресценции или связывания комплемента	Другие вирусные серозные менингиты, туберкулезный менингит, лептоспироз, орнитоз, сыпной тиф, грипп
Начало внезапное. Появляются озноб, жар, головная боль, боль в глазных яблоках, мышцах и суставах. Температура тела повышается до 39–40 °С. Продолжительность лихорадки 14–16 дней. Лицо гиперемировано, одутловатое, гиперемия конъюнктивы, склер. Первичный аффект в месте укуса клеща в виде инфильтрата, покрытого черной коркой. Полиаденит, селезенка и печень увеличены. На 4–7-й день болезни появляется пятнисто-папулезная сыпь. Отмечаются головная боль, бессонница, эйфория, мышечный тремор, приглушенность тонов сердца, артериальная гипотензия	Исследование крови (умеренный нейтрофильный лейкоцитоз). Реакции связывания комплемента и агглютинации. Выделение возбудителя путем заражения кровью большого белых мышей	Сыпной тиф, другие риккетсиозы, псевдотуберкулез, геморрагические лихорадки, денге, токсико-аллергический дерматит

Продолжение таблицы ⇨

1	2	3	4	5
Чума	Бактерии — <i>Yersinia pestis</i>	В природных очагах основные источники инфекции — сурки, суслики, песчанки, возможно заражение и от мышевидных грызунов и зайцеобразных. В синантропных очагах — крысы (серая и черная), реже домовая мышь, кошки, верблюды. В антропонозных очагах — больной человек	Пути передачи — трансмиссивный, переносчики возбудителей — блохи; воздушно-капельный, пищевой, бытовой	От нескольких часов до 6 сут, у вакцинированных до 8–10 сут и более
Эбола геморрагическая лихорадка	Вирус из семейства <i>Arenaviridae</i>	Больной человек	Заражение происходит через кровь, испражнения при попадании их на поврежденную кожу или слизистые оболочки. Возможен воздушно-капельный путь передачи	От 2 до 16 дней
Энцефалит клещевой	Вирус — <i>Encephalophilus silvestris</i> , из семейства <i>Togaviridae</i>	Млекопитающие и птицы	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — иксодовые клещи. <i>Ixodes persulcatus</i> , <i>I. ricinus</i> , <i>Dermacentor silvarum</i> , <i>Haemophysalis concinna</i> . Возможно заражение людей через молоко коров, коз	От 8 до 23 дней, чаще 10–14 дней

Продолжение табл. 327

6	7	8
<p>Начало внезапное. Появляются сильный озноб, головная боль, боли в мышцах. Температура тела повышается до 39–40 °С. Возбуждение, гиперемия лица, конъюнктивит. Язык сухой, отечный, покрыт белым налетом. Тахикардия, аритмия, выраженная артериальная гипотензия, глухость тонов сердца, одышка. Печень и селезенка увеличены. Часто бессонница, бред, галлюцинации. В месте внедрения возбудителя болезненная пустула, затем язва. При бубонной форме отмечается резкая болезненность в области регионарных лимфатических узлов (паховых, подмышечных и др.), которые резко увеличены, болезненны, спаяны между собой и окружающими тканями. Кожа над ними багрово-синюшная. После вскрытия бубона образуется свищ, затем язва. При легочной форме — боли в груди, кашель с кровянистой мокротой, цианоз, одышка, сердечно-легочная недостаточность, кома</p>	<p>Исследование крови (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ). Рентгенологически — пневмония. Бактериологическое исследование пунктата бубона, содержимого пустул, язв, крови, мокроты. Биопроба на морских свинках и белых мышцах. Реакции связывания комплемента и непрямой гемагглютинации, экспресс-методы диагностики</p>	<p>Сибирская язва, туляремия, гнойный лимфаденит, крупозная пневмония</p>
<p>Начало внезапное. Появляются интенсивная головная боль, боли в суставах, мышцах. Температура тела 38–40 °С. Боли в груди, сухой кашель, сухость слизистой оболочки зева. Со 2–3-го дня отмечаются боли в животе, рвота, частый обильный стул с кровью. Обезвоживание. С 3–4-го дня болезни геморрагические проявления в виде носовых, желудочных, маточных, кишечных кровотечений, кровоточивости слизистой оболочки рта. На 6–7-й день болезни появляется кореподобная сыпь. При благоприятном исходе длительность болезни 10–12 дней</p>	<p>Исследование крови (лейкопения, затем лейкоцитоз со сдвигом формулы влево), Вирусологические и серологические исследования</p>	<p>Другие геморрагические лихорадки</p>
<p>Начало острое. Появляется озноб, температура тела повышается до 38–39 °С. Длительность лихорадки 3–14 дней, возможна двухволновая лихорадка. С первого дня отмечаются головная боль, боли во всем теле, разбитость, тошнота, рвота, нарушение сна. Кожа лица, шеи, груди, слизистая оболочка ротоглотки гиперемированы, инъекция склер и конъюнктив. Менингеальный синдром. Заторможенность, сонливость, спутанность сознания, бред, судороги, гиперкинезы, вялые параличи верхних конечностей и шейно-плечевой мускулатуры с атрофией мышц, боли по ходу нервных стволов, парестезии, нарушение чувствительности. Возможно хроническое прогрессирующее течение болезни</p>	<p>Исследование крови (умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, лимфопения, увеличение СОЭ). Исследование цереброспинальной жидкости (лимфоцитарный плеоцитоз до 100–200 в 1 мкл, увеличение содержания белка). Реакции связывания комплемента, непрямой гемагглютинации и нейтрализации</p>	<p>Грипп, лептоспироз, серозные менингиты, комариные энцефалиты, полиомиелит, полирадикулоневрит</p>

Продолжение таблицы ↙

1	2	3	4	5
Энцефалит комариный (японский)	Вирус из семейства <i>Togaviridae</i>	Дикие и домашние птицы, свиньи	Путь передачи — трансмиссивный. Переносчики возбудителей — комары <i>Culex tritaeniorhynchus</i> , а также другие комары рода <i>Culex</i> в различных регионах	От 4 до 21 дня, чаще 8–14 дней
Ящур	Вирус из семейства <i>Picornaviridae</i>	Крупный рогатый скот, реже свиньи, овцы, козы	Путь передачи — пищевой при употреблении в пищу молочных продуктов от больных животных; заражение происходит также при уходе за больными животными	От 2 до 12 дней, чаще 3–5, редко до 15 дней

## Окончание табл. 327

6	7	8
<p>Начало острое, возможен короткий продромальный период. Появляются озноб, головная боль, боли во всем теле, тошнота, сонливость, рвота, потливость. На 3–4-й день выявляются менингеальные симптомы, миоз, акизокория, тризм, бред, агрессивность, судороги, патологические рефлексy, кома</p>	<p>Исследование крови (нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения, увеличение СОЭ). Исследование цереброспинальной жидкости (лимфоцитарный плеоцитоз). Реакции связывания комплемента, непрямоy гемагглютинации и нейтрализации в парных сыворотках</p>	<p>Вирусные менингоэнцефалиты и энцефалиты (герпетический, клещевой и др.), гнойные менингоэнцефалиты</p>
<p>Начало острое. Появляются озноб, головная боль, боли в мышцах, костях, в пояснице. Температура тела повышена до 38–39,5 °С, длительность лихорадки — 6–9 дней. Через 1–2 дня отмечаются сухость и жжение во рту, рези при мочеиспускании. Слизистая оболочка рта гиперемирована и отечна. На губах, твердом и мягком нёбе, слизистой оболочке языка и щек видны мелкие пузырьки, заполненные серозной жидкостью, после вскрытия которых образуются афты. Образование афт возможно на слизистой оболочке носа, глотки, влагалища, уретры, конъюнктиве. Отмечаются резкие боли при глотании, слюнотечение, отек языка, губ. Пузырьки образуются на коже пальцев рук и ног. Заживление афт происходит в течение 3–5 дней</p>	<p>Исследование крови (лейкопения, эозинофилия). Биологическая проба на морских свинках. Реакции связывания комплемента и непрямоy гемагглютинации</p>	<p>Афтозный стоматит, ветряная оспа, герпангина, энтеровирусные болезни с поражением слизистой оболочки рта</p>



Таблица 328

**Синдромный подход к разграничению инфекционных болезней, поддающихся лечению** (по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт., 1993)

Тип инфекции	Этиологические агенты		
	общезвестные	относительно распространенные	необычные, но важные
Поражение кожи и подкожной клетчатки	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Candida</i> Поверхностные грибы	Грамотрицательные бактерии (ожоги, раны)
Синусит	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	<i>S. pyogenes</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i>	<i>Mucorales</i>
Фарингит	Респираторные вирусы <i>S. pyogenes</i>	<i>Gonococcus</i>	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>
Эпиглоттит	<i>H. influenzae</i>	—	—
Отит, мастоидит	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> (дети)	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i>	<i>Pseudomonas</i> <i>Proteus</i>
Пневмонит	<i>S. pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	<i>S. aureus</i> <i>Klebsiella</i> <i>Enterobacter</i> Респираторные вирусы <i>Legionella pneumophila</i>	<i>S. pyogenes</i> , грамотрицательные кишечные бактерии, орнитоз, системные грибы <i>Pneumocystis</i> <i>H. influenzae</i>
Эмпиема и абсцесс легких	<i>S. aureus</i> , анаэробные стрептококки <i>Bacteroides</i> , <i>Fusobacterium</i>	<i>Klebsiella</i> (абсцесс)	<i>Pasteurella multocida</i>
Бактериальный эндокардит	<i>Streptococcus viridans</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterococcus</i>	<i>S. pneumoniae</i> , анаэробные стрептококки	<i>Pseudomonas</i> <i>Candida</i> <i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Listeria monocytogenes</i>
Гастроэнтерит	<i>Salmonella</i> <i>Shigella</i> Энтеровирусы <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Escherichia coli</i> (энтеротоксичная)	<i>S. aureus</i> Клостридии <i>Giardia</i>	<i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Vibrio cholerae</i> <i>V. parahemolyticus</i>
Перитонит, холангит, внутрибрюшинный абсцесс	<i>E. coli</i> энтерококки, <i>Bacteroides</i> , анаэробные стрептококки, <i>Fusobacterium</i>	<i>Klebsiella</i> <i>Enterobacter</i> , <i>Proteus spp.</i>	Клостридии <i>S. aureus</i>
Инфекции мочевых путей (цистит, пиелонефрит)	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> <i>Enterobacter</i> , анокислечные палочки	<i>Pseudomonas</i>	<i>S. aureus</i> <i>S. saprophyticus</i>

Тип инфекции	Этиологические агенты		
	общезвестные	относительно распространенные	необычные, но важные
Уретрит	<i>Proteus</i> , энтерококки, гонококки, <i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Treponema pallidum</i> <i>Mycoplasma</i>	
Воспалительный процесс тазовых органов	Гонококки, <i>E. coli</i> , <i>Bacteroides</i> , анаэробные стрептококки, <i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Klebsiella</i> <i>Enterobacter</i> , энтерококки <i>Fusobacterium</i>	Клостридии <i>S. aureus</i>
Кости (остеомиелит)	<i>S. aureus</i>	<i>Salmonella</i>	<i>S. pyogenes</i>
Суставы	<i>S. aureus</i> , гонококки, <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	<i>S. pyogenes</i> <i>Neisseria meningitidis</i>	
Мозговые оболочки	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>N. meningitidis</i>	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella</i> — <i>Enterobacter</i> <i>Proteus</i> <i>Pseudomonas</i>	<i>S. pyogenes</i> <i>M. tuberculosis</i> <i>Cryptococcus</i> <i>S. aureus</i> <i>Listeria monocytogenes</i>

Таблица 329

**Дифференциальная диагностика вероятной бактериальной инфекции**  
(по В.К. Таточенко, 2004)

Дифференциально-диагностические признаки	Возможное заболевание	Подтверждение
Боль в горле, налеты	Стрептококковая ангина	Посев на ГСГА, АСЛ-О
Боль в ухе	Острый отит	Отоскопия
Увеличение лимфоузла	Лимфаденит	Посев из зева
Заложенность носа в течение 2 нед. и более	Синусит	Рентгенография, УЗИ придаточных пазух носа
Одышка без обструкции	Пневмония	Рентгенография
Температура тела выше 38 °С 3 дня и более	Пневмония или бактериальная инфекция другой локализации (в том числе мочевыводящих путей)	Рентгенография, анализ мочи, наблюдение
Асимметрия хрипов при аускультации	Пневмония, бронхит, вызванный микоплазмой	Рентгенография
«Втяжения» грудной клетки	Пневмония	»
Тяжелый токсикоз	Сепсис, пневмония	Госпитализация
Лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$ , и/или более 5% юных форм, и/или СОЭ > 20 мм/ч	Пневмония или бактериальная инфекция другой локализации (в том числе мочевыводящих путей)	Рентгенография, анализ мочи, наблюдение

### 5.1.1. Скарлатина

Таблица 330

#### Дифференциальная диагностика заболеваний ротоглотки

Заболевания	Характер сыпи
Скарлатина	Мелкоточечная на гиперемизированном фоне, в кожных складках, на сгибательных поверхностях конечностей
Ангины: – банальные; – грибковая; – язвенно-пленочная	– – –
Дифтерия зева: – локализованная; – распространенная; – токсическая	– – –
Инфекционный мононуклеоз	Возможна полиморфная сыпь, вплоть до геморрагической
Эпидемический паротит	–
<i>Изменения в ротоглотке</i>	
Скарлатина	Яркая ограниченная гиперемия («пылающий зев»), рыхлые гнойные налеты на миндалинах, «малиновый язык» с 3-го дня болезни
Ангины: – банальные; – грибковая; – язвенно-пленочная	Яркая разлитая гиперемия, умеренная инфильтрация тканей глотки, рыхлые гнойные наложения (точки, полоски в лакунах) легко снимаются шпателем  Слизистые оболочки бледные, налеты рыхлые, творожистые, легко снимаются  Односторонняя гиперемия, язвенно-некротические кратерообразные дефекты миндалин
Дифтерия зева: – локализованная; – распространенная	Умеренные гиперемия и отечность миндалин, плотные серые налеты (островки, пленки), спаянные с подлежащими тканями, не снимаются шпателем  Гиперемия и отечность зева умеренные, пленчатые налеты, распространяющиеся за пределы миндалин, не снимаются шпателем

Таблица 331

#### Дифференциальная диагностика скарлатины (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемое заболевание			
	скарлатина	корь	краснуха	псевдотуберкулез
Синдром интоксикации	Выраженность зависит от степени тяжести заболевания	Выражен значительно	Умеренный	Выраженность зависит от степени тяжести заболевания

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемое заболевание			
	скарлатина	корь	краснуха	псевдотуберкулез
Температура тела в период высыпаний	Сначала познабливание, затем температура тела достигает 39–39,5 °С, нарастая до 3-го дня болезни, остается повышенной до 6-го дня, затем литически снижается до нормы	В 1-й день высыпаний повышается до 30,5–40 °С, достигает максимума к 3-му дню. В дальнейшем ускоренным лизисом снижается до нормы к 5–7-му дню от начала высыпаний	Высыпания могут сопровождаться повышением температуры тела до 38 °С	Нарастание температуры тела до 39–40 °С к 3–4-му дню болезни. Температурная кривая имеет волнообразный, реже — постоянный или ремиттирующий характер. Длительность лихорадочного периода в большинстве случаев составляет около 2 нед.
Катаральные явления	Отсутствуют	Выражены	Умеренные	Могут быть
Внешний вид больного	Слегка отечное лицо, блестящие глаза, пылающие щеки и бледный носогубный треугольник («кукольное лицо»)	Лицо одутловатое, веки утолщены, нос и верхняя губа отечны, инъекция сосудов склер	Нередко на лице появляется багровая эритема	Гиперемия кожи лица, шеи, верхней части груди, ладоней и подошв
Изменения слизистой оболочки полости рта и ротоглотки	Яркая гиперемия с четким ограничением по краю твердого неба, тонзиллит	Пятна Филатова—Коплика. Пятнистая энантема	Иногда энантема (пятна Форхгеймера)	Умеренная гиперемия слизистой оболочки глотки
Состояние конъюнктив	Не изменены	Конъюнктивит, склерит, утолщение век, слезотечение, светобоязнь	Незначительно выраженный конъюнктивит	Конъюнктивит, склерит
Время появления сыпи	1–2-й день болезни	4–7-й день болезни, поэтапно в течение 3 дней	1–3-й день болезни	3–4-й день болезни
Характер сыпи	Мелкоточечная на гиперемизированном фоне кожи	Пятнисто-папулезная, сливная	Мелкопятнистая, с тенденцией к слиянию	Часто скарлатиноподобная
Локализация сыпи	По всему телу, со сгущением в естественных складках кожи	1-й день — лицо, шея, верхний отдел грудной клетки; 2-й день — туловище и верхние конечности; 3-й день — нижние конечности	Разгибательные поверхности конечностей, ягодичная область	На туловище и конечностях, со сгущением в естественных складках кожи. Симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 331

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемое заболевание			
	скарлатина	корь	краснуха	псевдотуберкулез
Вторичные изменения после угасания сыпи	Шелушение с 5–6-го дня болезни, на лице и шее отрубевидное, на туловище и конечностях — пластинчатое	Бурая пигментация, отрубевидное шелушение кожи в области лица на 15–16-й день	Не характерны	Шелушение со 2-й нед., независимо от локализации сыпи, на подошвах, ладонях, пальцах, лице
Состояние лимфатических узлов	Увеличение и болезненность тонзиллярных лимфоузлов	Умеренное увеличение шейных лимфоузлов	Лимфаденопатия, выраженное увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов	Увеличение и болезненность переднешейных, заднешейных, подчелюстных, реже других групп лимфоузлов
Гепатолиенальный синдром	Не характерен	Не характерен	Не характерен	Характерен
Гемограмма	Нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, эозинофилия	Лейкопения, эозинопения, моноцитопения	Лейкопения, лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток	Нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитоз, эозинофилия, повышение СОЭ

### 5.1.2. Дифтерия

Таблица 332

Дифференциальная диагностика дифтерии ротоглотки локализованной формы (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифтерия ротоглотки локализованная	Стрептококковая ангина	Инфекционный мононуклеоз	Ангина Симановского—Венсана
Симптомы интоксикации	Умеренные: вялость, температура субфебрильная, иногда повышается до 38–39 °С	Резко выражены: острое начало, слабость, ломота в теле, головная боль, температура тела до 40 °С	Слабо выражены, зависят от тяжести течения	Отсутствуют. Температура субфебрильная
Внешний вид больного	Лицо бледное	Гиперемия лица, блеск глаз, иногда бледный носогубный треугольник	Лицо бледное, одутловатое. Дыхание через нос затруднено	Отсутствуют. Температура субфебрильная
Сроки появления тонзиллита	1–2-е сут. Процесс чаще двусторонний	1-е сут болезни. Процесс чаще двусторонний	3–5-е сут болезни. Процесс двусторонний	1-е сут болезни. Процесс односторонний
Боль в горле	Умеренная, с первых часов болезни, нарастает в течение суток	Значительная, появляется в 1-е сут	Значительная	Нет или умеренная

Диагностические клинические признаки	Дифтерия ротоглотки локализованная	Стрептококковая ангина	Инфекционный мононуклеоз	Ангина Симановского—Венсана
Гиперемия слизистой оболочки миндалин	Застойная, синюшная	Яркая	Яркая	Отсутствует
Отек нёбных миндалин	Умеренный	Умеренный	Гипертрофия миндалин, возможен отек	Умеренный отек одной из миндалин
Налет (наложения) на нёбных миндалинах	Налет формируется в первые часы болезни, к концу I-х сут, пленчатый, выступает над поверхностью тканей, после снятия слизистая оболочка кровоточит	Наложения гнойные (фолликулярные, лакунарные), не выступают над поверхностью тканей. Легко снимаются	Наложения рыхлые, никогда не выходят за пределы миндалин, могут иметь дифтеритический характер	Наложения рыхлые, гнойные, располагаются на поверхности язвы, при снятии обнажается кровоточащий дефект
Болезненность пораженных лимфоузлов	Умеренная	Значительная	Незначительная	Незначительная
Изменения гемограммы	Незначительный нейтрофильный лейкоцитоз	Нейтрофильный лейкоцитоз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево	Лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары	Небольшой нейтрофильный лейкоцитоз

Таблица 333

**Дифференциальная диагностика дифтерии и ангин**  
(по А.Г. Рахмановой, В.К. Пригожину, В.А. Неверову, 1995)

Локализованная дифтерия ротоглотки	Ангина кокковой этиологии
<i>Характер температурной реакции</i>	
Температура может быть нормальной, субфебрильной и высокой. Основное отличие температурной реакции — ее быстрое снижение, несмотря на продолжающийся процесс на миндалинах	Острота возникновения и первоначальная выраженность температуры зависит от этиологии ангины. Для стрептококковых ангин характерно резкое и значительное повышение температуры до 39–40 °С в течение 1–3 дней; стафилококковые ангины чаще начинаются при субфебрильной или нормальной температуре. Не обязательно соответствие первоначальной температуры величине патологического выпота на миндалинах, но в дальнейшем она соответствует выраженности местных воспалительных изменений
<i>Общая интоксикация</i>	
Выражена умеренно и проявляется головной болью, вялостью, снижением аппетита. Отмечается бледность кожных покровов	Может быть выражена значительно: головная боль, озноб, рвота, бред, возбуждение. Для стрептококковых ангин характерен яркий румянец лица, блеск глаз, яркость и сухость губ

*Продолжение таблицы* ↗

Продолжение табл. 333

Локализованная дифтерия ротоглотки	Ангина кокковой этиологии
<i>Характер местного воспалительного процесса</i>	
<i>а) увеличение миндалин</i>	
Главным образом за счет отека, рельеф миндалин сглаживается, темпы увеличения быстрые	Преимущественно за счет инфильтрации, структура их поверхности выражена отчетливо, темпы увеличения более медленные
<i>б) гиперемия миндалин и небных дужек</i>	
Чаще умеренная, равномерная, с цианотичным оттенком и четкими границами. При сочетании с ОРВИ может наблюдаться более разлитая и яркая гиперемия миндалин, небных дужек неба, а также задней стенки глотки, их зернистость, сочность, инъекция сосудов	Чаще яркая, разлитая или отграниченная, отмечаются участки более выраженной гиперемии и инфильтрации
<i>в) боль в горле при глотании</i>	
Слабая	Интенсивная, больше выражена при стрептококковых ангинах
<i>г) реакция тонзиллярных лимфоузлов</i>	
Умеренно увеличены, слабо болезненны	Увеличены умеренно (или более значительно при повторных ангинах), болезненны, болезненность более выражена при стрептококковых ангинах
<b>Островчатая форма</b>	<b>Фолликулярная ангина</b>
На поверхности миндалин располагаются единичные или множественные островки налета размером от булавочной головки до чечевичного зерна, плотной консистенции, снимаются с трудом (Таким изменениям в зеве соответствует кратковременная невысокая температура, общее состояние нарушено мало.)	Гнойное расплавление (микроабсцессы) фолликулов. Нагноившиеся фолликулы появляются повторно вслед за каждым повышением температуры (Изменениям в зеве соответствует чаще высокая и более длительная температура, значительное нарушение общего состояния.)
<b>Пленчатая форма</b>	<b>Лакунарная ангина</b>
Фибринозная пленка, занимающая часть или всю поверхность миндалин. Особенности фибринозного налета при дифтерии: — плотная консистенция (не растирается); — расположение преимущественно на выпуклой поверхности миндалин; — в начальном периоде (первые часы или сутки) — белесоватый нежный налет с гладкой поверхностью, может легко сняться без кровоточивости; — быстрое уплотнение и утолщение пленки, поверхность остается гладкой, удаление удаётся с трудом, сопровождается кровоточивостью; — тенденция к появлению новой пленки на месте снятой; — тенденция к распространению по поверхности миндалин и за ее пределы, а также к образованию гребешковых выпячиваний и складок	Гнойный выпот по ходу лакун — точечный, полосчатый, сливающийся в островки различного размера и формы или в сплошной налет на поверхности миндалин. Такой налет состоит из гноя, детрита, он неравномерной толщины (более толстый над лакунами), рыхлый, легко снимается и растирается. Фибринозный или частично фибринозный выпот В наложениях, состоящих из гноя и детрита, могут быть более или менее плотные участки пропитанные фибрином. Налет грубый неравномерной толщины и неоднородной окраски. При снятии плотных участков отмечается кровоточивость. Растирается частично. Некротический налет иногда бывает трудно отличить от дифтерийного, если некротические массы пропитаны фибрином и основной дифференциальный признак некроза — дефицит ткани в первые дни замаскирован и становится очевидным лишь при отторжении поверхностных наложений.

Локализованная дифтерия ротоглотки	Ангина кокковой этиологии
	Следует обращать основное внимание на несоответствие между большими размерами налетов и отсутствием выраженного отека миндалин и дужек. Тенденция к слиянию налетов, а также частично фибринозный характер наблюдается при повторных ангинах, особенно при обострении хронического тонзиллита
<b>Эффект антибиотикотерапии</b>	
Отсутствует. Температура снижается независимо от лечения антибиотиками, местный процесс может продолжаться, независимо от лечения	При стрептококковых ангинах наблюдается быстрый эффект, особенно от пенициллина (в/м) — нормализация температуры, уменьшение интоксикации и болевой реакции через несколько часов, ликвидация местного процесса в течение 1–3 дней. При стафилококковых ангинах эффект от пенициллина может быть слабым или отсутствует; хороший эффект отмечается на антибиотики широкого спектра действия
<b>Эффект лечения противодифтерийной сывороткой</b>	
Через 24 ч	Отсутствует

Таблица 334

### Дифференциальная диагностика токсической дифтерии

Заболевание	Симптомы, сходные с дифтерией	Симптомы, отличные от дифтерии
Паратонзиллит	Отек миндалин. Изменение конфигурации шеи	Сильная боль, болевой тризм. Яркая гиперемия и выбухание одной половины ротоглотки. Увеличенный и очень болезненный тонзиллярный лимфатический узел на стороне поражения
Инфекционный мононуклеоз	Ангина с отеком миндалин, белые налеты на них. Изменение конфигурации шеи	Постепенное развитие, длительная лихорадка. Наложения на миндалинах рыхлые, легко снимаются. Нет отека шейной клетчатки, видны крупные, в виде цепочки, шейные лимфатические узлы; увеличены печень и селезенка. Характерные изменения периферической крови
Эпидемический паротит	Изменение конфигурации шеи	Нет ангины. Нет отека шейной клетчатки. Увеличены слюнные железы — околоушная и/или поднижнечелюстная. В дебюте процесс чаще односторонний



## Дифференциальная диагностика токсической дифтерии ротоглотки (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференцируемые заболевания	Диагностические клинические признаки					
	развитие	боль в горле	состояние миндалин, слизистой оболочки ротоглотки. Отек подкожной клетчатки области шеи	налет (наложения)	реакция лимфоузлов при пальпации	другие особенности
Дифтерия ротоглотки токсическая	Острое, бурное. Температура тела высокая — до 40 °С, озноб, головная боль, разбитость, тошнота	Сильная, с первых часов болезни, нарастает в течение суток	Застойная гиперемия и отек появляются в 1-е сут, одно- или двусторонние, диффузного характера. Отек подкожной клетчатки области шеи со 2-го дня болезни	Формируется с первых часов болезни. Грязно-серый, плотный, спаян с подлежащими тканями, слизистая оболочка кровоточит при снятии налета	Умеренная болезненность	В крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг
Ангина, осложненная перитонзиллярным абсцессом	Острое, может быть постепенное, температура тела высокая, держится до вскрытия абсцесса	Сильная, пульсирующая, с иррадиацией. Тризм жевательной мускулатуры. Улучшение после вскрытия абсцесса	Односторонний отек слизистой оболочки, локальное выбухание, флюктуация. Отек подкожной клетчатки области увеличенного лимфоузла на шее	Характерна локализация наложений на миндалине и отека мягкого неба с одной и той же стороны	Резкая болезненность	В анамнезе повторные ангины, хронический тонзиллит
Эпидемический паротит	Может быть острое и постепенное. Температура может быть нормальной	Незначительная	Отек шеи тестовой консистенции, безболезненный	Нет	Болезненные	В процесс могут вовлекаться другие органы (панкреатит, менингит, орхит)
Некротическая ангина при агранулоцитозе и остром лейкозе	Острое, температура высокая	Умеренная	Неяркая гиперемия, отек слизистой оболочки глотки незначительный	Возможно образование фибринозного налета	»	Гемограмма, характерная для основного заболевания. Возможны профузное кровотечение, кровоизлияния на коже, слизистых оболочках

Таблица 336

**Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с крупом**  
(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифтерия	Парагрипп
Начало	Характерны этапность развития, прогрессирующее течение (4–5 дней), завершающееся афонией и стенозом	Острое (часто ночью), с первого дня болезни (реже со 2–3-го)
Признаки интоксикации	При изолированной дифтерии гортани температура субфебрильная, интоксикация слабо выражена. При комбинированной форме — выраженная интоксикация	Интоксикация умеренная, клиническая картина ОРВИ
Голос	Осиплый, изменение стойкое. Звонкие ноты не появляются даже при крике	Осиплый, перемежающийся. После отхождения мокроты звучность голоса изменяется
Кашель	Вначале мягкий, через сутки становится сухим, грубым, «лающим», на 2–3-й день — беззвучным	Грубый, сухой, «лающий», мало изменяется в процессе заболевания
Стеноз гортани	Нарастает постепенно	Возникает внезапно
Изменение слизистой оболочки ротоглотки	При комбинированной форме — изменения, характерные для дифтерии ротоглотки. При ларингоскопии обнаруживается фибринозный налет	Разлитая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, зернистость задней стенки глотки. При ларингоскопии обнаруживаются гиперемия и отек слизистой оболочки в подсвязочном пространстве

Таблица 337

**Дифференциальная диагностика дифтерии носа**  
(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	дифтерия носа	ринит	инородное тело носа
Возраст больного	Обычно ранний, но может быть любой	Любой	Чаще от 2 до 5 лет
Начало болезни	Чаще постепенное	Чаще острое	Чаще острое
Течение	Чаще затяжное	Чаще острое	Острое
Температура тела	Чаще нормальная	Чаще повышена	Нормальная
Локализация поражения	Сначала почти всегда одностороннее, потом двустороннее	Двустороннее	Всегда одностороннее
Характер отделяемого из носа	Серозно-гнойное, часто с примесью сукровицы	Серозно-гнойное	Гнойное, иногда с примесью крови
Раздражение вокруг носа	Почти всегда есть	Может быть	Редко
Другие особенности	Возможно сочетание с дифтерией другой локализации	Часто сочетается с кашлем	—

### 5.1.3. Коклюш

Таблица 338

Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся приступами кашля (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания (состояния)			
	приступ кашля при коклюше	круп при дифтерии	круп при парагриппе	приступ бронхиальной астмы
Начало	Начало болезни постепенное, выражены периоды: катаральный, спазматический, разрешения. Сухой кашель постепенно усиливается, затем становится приступообразным. Приступы повторяются многократно (при тяжелом течении — 50 р/сут и более)	Характерны этапность развития, прогрессивное течение (4–5 дней), завершающееся афонией и стенозом	Острое (часто ночью), с первого дня болезни (реже со 2–3-го дня)	Начало приступа относительно внезапное, у части больных вслед за индивидуальными предвестниками (аура — першение в горле, заложенность носа, ринорея, кожный зуд и др.)
Признаки интоксикации	Отсутствуют или минимальны	При изолированной дифтерии гортани температура субфебрильная, интоксикация слабо выражена. При комбинированной форме — выраженная интоксикация	Интоксикация умеренная, клиническая картина ОРВИ	Отсутствуют
Голос	После и вне приступа не изменен	Осиплый, изменение стойкое. Звонкие ноты не появляются даже при крике	Осиплый, перемежающийся. После отхождения мокроты звучность голоса усиливается	Не изменен
Кашель	В спазматическом периоде болезни — характерные приступы сухого кашля с «репризами», заканчивающиеся отхождением густой вязкой стекловидной мокроты, иногда — рвотой. При тяжелом течении — апноэ, нарушение мозгового кровообращения	Вначале мягкий, через сутки становится сухим, грубым, «лающим», на 2–3-й день — беззвучным	Грубый, сухой, «лающий», мало изменяется в процессе заболевания	Кашель приступообразный (сухой или с небольшим количеством слизистой вязкой мокроты) в стадии преаастмы. В последующих стадиях развития болезни — приступы удушья с затруднением дыхания вначале только на выдохе, а затем и на вдохе. При тяжелом течении — астматический статус

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания (состояния)			
	приступ кашля при коклюше	круп при дифтерии	круп при парагриппе	приступ бронхиальной астмы
Стеноз гортани	Возникает внезапно, у детей старшего возраста приступу предшествует аура	Нарастает постепенно	Возникает внезапно	Стеноза гортани нет. Бронхоспазм
Изменение слизистой оболочки ротоглотки	У взрослых возможны небольшая гиперемия и «зернистость» слизистой оболочки ротоглотки	При комбинированной форме — изменения, характерные для дифтерии ротоглотки. При ларингоскопии обнаруживается фибриновый налет	Разлитая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, «зернистость» задней стенки глотки, при ларингоскопии гиперемия и отек слизистой оболочки в подвязочном пространстве	Изменений нет
Время суток, в которое возникает приступ	Ночь, часто ближе к утру. Днем приступы редки или отсутствуют	От времени суток не зависит	Ночь, ранние утренние часы	Ночь, ранние утренние часы

Таблица 339

Дифференциальная диагностика коклюша (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	коклюш	пневмохламидиоз	микоплазменная инфекция легких	парагрипп	РС-инфекция
Начало болезни	Постепенное. Течение длительное, со сменой периодов: катарального, спазматического, разрешения	Острое, иногда подострое	Чаще постепенное	Постепенное	Постепенное
Характер лихорадки	Температура тела чаще нормальная, возможен субфебрилитет	Высокая, длится несколько дней, при тяжелых формах — до 2 нед.	В первые дни субфебрильная, с развитием пневмонии подъем до высоких цифр	Чаще умеренная	Субфебрильная. Иногда высокая
Внешний вид больного	Бледность, одутловатость лица. Во время приступа кашля — цианоз, гиперемия лица, высовывание языка; возможно кровоизлияние под конъюнктиву. На уздечке языка язвочка	Бледность	Возможна бледность	Бледность	Бледность

Продолжение таблицы ↪

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	коклюш	пневмохламидиоз	микоплазменная инфекция легких	парагрипп	РС-инфекция
Поведенческие особенности	Возможна раздражительность, повышенная возбудимость	Эмоциональная лабильность	Психический статус без особенностей	Психический статус без особенностей	Психический статус без особенностей
Боль в глазных яблоках	Не характерна	Не характерна	Не характерна	Не характерна	Редко
Головная боль	»	Иногда	Иногда	Слабая	Умеренная
Миалгии	Не характерны	Характерны	При выраженной интоксикации	—	Редко
Артралгии	Не характерны	Характерны	Не характерны	—	»
Катаральные явления	Не характерны. Иногда на- сморг. У взрослых возможна гиперемия и «зернистость» слизистой оболочки задней стенки глотки	Нередко явления фарингита, ринита, заложенность носа	Характерны в продро- мальном периоде (ги- перемия слизистой обо- лочке ротоглотки, крат- ковременный ринит)	Умеренная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки	Возможны умерен- ные признаки ринита. Слабая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки
Поражение респира- торного тракта	Спазм голосовой щели во время приступа. Бронхит	Бронхит	Бронхит, иногда трахеобронхит	Ринит, фарингит, ларингит	Бронхит, бронхиолит
Характер кашля	Сухой кашель постепенно уси- ливается, становится приступо- образным. Во время спазмати- ческого периода — приступы сухого кашля с «репризами», заканчивающиеся выделением прозрачной вязкой стекловидной мокроты, иногда — рвотой. При тяжелых приступах возможно апноэ, нарушение мозгового кровообращения. Приступы по ночам, ближе к утру, днем мо- гут отсутствовать. Уменьшение кашля на морозном воздухе	Сухой, приступо- образный	Сухой, приступо- образный	Грубый, «лающий»	Упорный, сухой, смешанная одышка

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	коклюш	пневмохламидиоз	микоплазменная инфекция легких	парагрипп	РС-инфекция
Изменения в легких	Легочный звук с тимпаническим оттенком. Дыхание жесткое. Часто сухие или непостоянные разнокалиберные влажные хрипы. Возможна пневмония (неспецифическое осложнение)	Интерстициальная пневмония. Жалобы и физикальные данные скудные	Пневмония, чаще интерстициальная, может быть с плевральным выпотом, развивается на 4–6-й день болезни. Жалобы и физикальные данные часто скудные, могут отсутствовать	При неосложненном течении не наблюдаются	При аускультации выявляются жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. Возможна пневмония (осложнение)
Данные рентгенографии органов грудной клетки	Повышение прозрачности легочных полей, усиление легочного рисунка, расширение корней, горизонтальное стояние ребер. При развитии пневмонии — соответствующие изменения	Картина диффузного бронхита и/или интерстициальной пневмонии с расширением и уплотнением корней легких, часто увеличение бифуркационных лимфоузлов	Сегментарные, очаговые или интерстициальные поражения легочной ткани, иногда расширение корней легких. Возможна картина выпотного плеврита и междолевого ателектаза	При неосложненном течении изменений нет	Усиление легочного рисунка, понижение прозрачности легочных полей («пчелиные соты»). Возможна эмфизема. При развитии пневмонии — соответствующие изменения
Гепатолиенальный синдром	Не характерен	Редко	Не характерен	Не характерен	Не характерен
Эпидемиологический анамнез	Контакт с больным коклюшем	Контакт с больными ОРЗ, особенно в организованных коллективах. Растянутасть вспышки заболевания во времени	Контакт с больными ОРЗ, особенно в организованных коллективах	Контакт с больными ОРЗ	Контакт с больными ОРЗ
Гемограмма	Лейкоцитоз или гиперлейкоцитоз (до $70-150 \times 10^9/\text{л}$ ), СОЭ нормальная или пониженная	Количество лейкоцитов нормальное или пониженное, может быть умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет палочкоядерных элементов, нормальная или слегка увеличенная СОЭ	Количество лейкоцитов нормальное. СОЭ умеренно повышена	Количество лейкоцитов обычно нормальное, возможны лейкопения или не-большой нейтрофилез; нормальная или замедленная СОЭ	Количество лейкоцитов обычно нормальное, лимфопения, не-большой нейтрофилез; СОЭ нормальная или умеренно увеличена

Таблица 340

**Дифференциальная диагностика коклюша с другими заболеваниями, сопровождающимися кашлем**

Заболевание	Симптомы, подобные коклюшу	Симптомы, отличные от коклюша
ОРВИ	Кашель	Лихорадка, выраженные катаральные явления (со стороны верхних дыхательных путей, конъюнктивы, глотки), отсутствие прогрессирования кашля
Респираторно-синцитиальная инфекция	Длительный навязчивый кашель	Отсутствие свойственных коклюшу цикличности течения и спазматического кашля с репризами
Микоплазменная инфекция	То же	Лихорадка, симптомы интоксикации и данные рентгенологического исследования легких (интерстициальные изменения, тени различных размеров, форм и плотности)
Инородное тело	Продолжительный кашель	Анамнестические указания на первый внезапный приступ кашля, периодическое его возобновление, чаще при перемене положения тела и в дневное время

### 5.1.4. Менингококковая инфекция

Таблица 341

**Дифференциальная диагностика менингококцемии и сходных заболеваний**  
(по Л.А. Тришковой, С.А. Богатыревой, М.А. Андрейчина и соавт., 1990)

Дифференциально-диагностические признаки	Менингококцемия	Геморрагический васкулит	Тромбоцитопеническая пурпура	Острый лейкоз	Грипп
Начало	Острое (часы)	Острое (сутки)	Постепенное	Острое (сутки)	Острое
Температура тела	39–40 °С	37,8–38 °С	Нормальная	38–39 °С	39–41 °С
День появления сыпи	1-й, через 2–4 ч	1–2-й	1-й	1-й	1-й
Локализация сыпи	Передняя поверхность бедер, конечности, живот	Голен, стопы, суставы, ягодицы, предплечья	Любые участки тела	Любые участки тела	Чаще лицо, шея, слизистые оболочки рта
Симметричность сыпи	Асимметричная	Симметричная	Асимметричная	Асимметричная	Асимметричная
Характер сыпи	Преимущественно геморрагически-некротическая	Петехии, папулогеморрагическая	Кровоподтеки	Петехии и кровоподтеки	Петехии

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Менингококцемия</b>	<b>Геморрагический васкулит</b>	<b>Тромбоцитопеническая пурпура</b>	<b>Острый лейкоз</b>	<b>Грипп</b>
Форма элементов	Неправильная, отсрочатая	Округлые пятна	Округлые	Округлые	Округлые, монморфные
Диаметр элементов сыпи	2 мм – 5 см и более	2–3 мм	2 мм – 5 см	2 мм – 6 см	1 – 1,5 мм
Цвет сыпи	Темно-вишневый, затем черный	Розово-красный	Темно-красный, затем «цветет»	Темно-красный, затем «цветет»	Красный
Менингеальные знаки	Бывают часто	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Могут быть
Анализ спинномозговой жидкости	Изменен при сочетании с гнойным менингитом	Без изменений	Без изменений	Без изменений	Без изменений, реже серозный
Анализ крови	Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных форм, ускоренная СОЭ	Незначительный лейкоцитоз, нейтрофилез	Изменения формулы крови небольшие	Зависят от формы заболевания	Лейкопения, лимфоцитоз
Патогномоничные симптомы	Симптомы инфекционно-токсического шока (ИТШ) при тяжелых формах	Кишечное кровотечение, гематурия	Тромбоцитопения, кровоподтеки	Типичные изменения крови	Интоксикация, катаральное воспаление верхних дыхательных путей



## Дифференциальная диагностика менингококцемии (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	менингококцемия	септицемия	тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа)	геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна– Геноха)
Начало болезни	Острое, бурное	Острое	Постепенное или подострое	Острое
Течение	Острое	»	Длительное	Острое или подострое, возможны рецидивы
Лихорадка	Температура 39–41 °С, повышается в течение нескольких часов	Температура 39–40 °С, до- стигает максимума на 2–4-й день болезни	Не характерна; в тяжелых случаях — до 38,5 °С	До 38–39 °С
Характер сыпи	Звездчатая, геморрагиче- ская, элементы различных размеров, иногда возвы- шаются над поверхностью кожи, возможны некрозы	Геморрагическая, пустулез- ная, при эндокардите — геморрагические некрозы в области кистей и стоп	Геморрагическая, от мелких петехий до крупных экхи- мозов	Папулезная, геморрагиче- ская, уртикарная, эритема- тозная, элементы правиль- ной округлой формы
Преимущественная локализация сыпи	Конечности, ягодицы, в тя- желых случаях — туловище, лицо	Разнообразная	Передняя поверхность туло- вища, сгибательные поверх- ности конечностей	Разгибательные поверх- ности конечностей, области суставов (симметрично)
Сроки появления сыпи	1–2-й день болезни	В конце 1-й нед. болезни	1–2-й день болезни, часто первый симптом	1–3-й день болезни
Продолжительность периода высыпаний	1–3 дня	Волнообразно до примене- ния эффективной терапии	Длительно, волнообразно	Волнообразно, до 2–3 нед.
Кровоизлияния на слизистых оболочках	Часто под конъюнктивы	Часто точечные под конъюнктивы	Очень часто на слизистых оболочках полости рта, реже под конъюнктивы	Не наблюдаются
Носовые кровотечения	Возможны, иногда обильные	Возможны	Часто, нередко профузные	Не наблюдаются
Поражение сердечно- сосудистой системы	Тахикардия, гипотония, в тяжелых случаях коллапс	Тахикардия, гипотония, возможен коллапс	Не характерно	Тахикардия
Ликвор	В 1-е сутки нормальный, затем серозный, серозно- гнойный, позже, при разви- тии менингита, гнойный	При септическом менин- гите — гнойный, с низким нейтрофильным плеоцитозом	При субарахноидальном кровоизлиянии — геморра- гический	При субарахноидальном кровоизлиянии — геморра- гический

## Дифференциальная диагностика менингококкового менингита (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	менингококковая инфекция (гнояный менингит)	туберкулезный менингит	серозный вирусный менингит	субарахноидальное кровоизлияние	грипп	сыпной тиф
Начало болезни	Острое, бурное	Постепенное	Острое	Острейшее	Острое	Острое
Температура тела	Высокая	В начале болезни субфебрильная, в разгаре — высокая	Высокая (часто двухволновая)	В начале болезни нормальная, со 2–3-го дня субфебрильная	Высокая, достигает максимума к концу 1-х суток	Высокая, достигает максимума на 2–3-й день болезни
Головная боль	Сильная, распирающая, с первого дня	В начале болезни умеренная, нарастает и становится резчайшей к 5–6-му дню	Умеренная	Внезапная, по типу удара в затылок, очень сильная	Умеренная, в области лба и надбровных дуг	Интенсивная, диффузная, постоянная
Внешний вид больного	Бледность кожи, при смешанной форме (менингит и менингококцемия) появление геморрагической сыпи на коже, слизистых оболочках	Бледность кожи	Гиперемия лица	Гиперемия лица	Гиперемия лица	Гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктив, с 3-го дня болезни кровоизлияния на переходной складке конъюнктивы (симптом Киари—Авцына). Энантема на слизистой оболочке мягкого неба, а также у корня языка. На 4–6-й день болезни розеолезно-петехиальная сыпь
Поведение больного	Возбуждение или оглушенность	Угнетение, адинамия	Адинамия	Возбуждение	Угнетение, подавленность, адинамия	Возбуждение, в ряде случаев сменяющееся заторможенностью

Продолжение таблицы ↵

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	менингококковая инфекция (гнойный менингит)	туберкулезный менингит	серозный вирусный менингит	субарахноидальное кровоизлияние	грипп	сыпной тиф
Расстройство сознания	При тяжелом течении — заторможенность, оглушенность, при развитии отека мозга — кратковременное психомоторное возбуждение, судороги, кома	На 8–10-й день сонливость сменяется сопором или психомоторным возбуждением	Не характерно	Возможно кратковременное расстройство сознания	Не характерно	Возбуждение, возможно развитие тифозного статуса, бред
Сроки появления менингеальных симптомов	1–2-й день болезни	К концу 1-й нед.	3–4-й день болезни	1-й день болезни	Менингеальные симптомы не характерны. Возможен менингизм	С 7–8-го дня болезни
Очаговые симптомы	Характерны	Поражение черепных нервов с 8–10-го дня	Не характерны	Не характерны	Не характерны	Характерны
Особенности ликвора	Ликвор мутный, плеоцитоз более 1000 в 1 мкл, нейтрофилы до 100%	Ликвор бесцветный, плеоцитоз 200–700 в 1 мкл, лимфоциты 80%	Ликвор бесцветный, плеоцитоз 50–800 в 1 мкл, лимфоциты 80–100%	Ликвор кровянистый, плеоцитоз (эритроциты), с 5–7-го дня до 15–120 лейкоцитов в 1 мкл, преобладают лимфоциты	Ликвор бесцветный, 2–8 клеток в 1 мкл, лимфоциты 80–85%	Ликвор бесцветный, плеоцитоз не более 100 клеток в 1 мкл, лимфоциты до 40%
Особенности гемограммы	Высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, увеличение СОЭ	Небольшой лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, лимфопения, увеличение СОЭ	Изменений нет	Изменений нет	Лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ	Незначительный лейкоцитоз, нейтрофилез, небольшое увеличение СОЭ

Таблица 344

**Дифференциальная диагностика гнойных и серозных (асептических) менингитов по составу цереброспинальной жидкости (ЦСЖ)**  
(по В.П. Зыкову, 2006)

Исследование ЦСЖ у детей	Нормальный ликвор	Гнойные бактериальные менингиты	Серозные вирусные менингиты
Цвет и прозрачность	Бесцветный, прозрачный	Мутный, белесоватый или желтовато-зеленоватый	Бесцветный, прозрачный, иногда опалесцирующий
Давление	90–160 мм вод. ст.	200 мм вод. ст. и выше, иногда вытекает редкими каплями	200–300 мм вод. ст.
Цитоз	5 в 1 мкл (у новорожденных до 25–30 в 1 мкл)	Более 100 от 80 до 8000 в 1 мкл	Более 200 от 100 до 1000 в 1 мкл и выше
Цитограмма: – лимфоциты, %; – нейтрофилы, %	85 и выше 3–5	0–46 46–100	80–100 0–20
Белок, г/л	0,22–0,33	До 6–10	До 1,5
Осадочные реакции (Панди, Нонне–Аппельта)	–	+++	+, ++
Диссоциация	Отсутствует	Клеточно-белковая на высоком уровне	Клеточно-белковая на низком уровне
Глюкоза, ммоль/л	65–70% от ее уровня в крови	Менее 60% от ее уровня в крови	60–65% от ее уровня в крови
Фибриновая пленка	Не образуется	В 3–5% случаев	Часто выраженная в виде осадка

**5.1.5. Сепсис**

Таблица 345

**Дифференциальная диагностика сепсиса (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Различия
Малярия	Сочетание симптомов выраженной интоксикации (высокая температура, озноб, пот) с желтухой, увеличением печени и селезенки, систолическим шумом в сердце, гипохромной анемией, билирубинемией и гиперферментемией, изменениями в моче	Эпидемиологический анамнез — нахождение в очаге малярии. Улучшение состояния между приступами, упорядоченный характер температурной кривой, отсутствие входных ворот или первичного очага инфекции, гнойно-септических очагов, плотная селезенка, отсутствие изменений в крови, свидетельствующих об остром воспалении, билирубинемия (в большей степени за счет свободного билирубина). В мазке и толстой капле крови — плазмодии малярии. Посевы крови стерильны
Флегмона, абсцесс, нагноившаяся гематома	Симптомы интоксикации. Местные воспалительные изменения: отек, гиперемия, болезненность, регионарный лимфаденит, лимфангит. Изменения в гемограмме, свидетельствующие о воспалении	Флегмона, абсцесс могут быть первичным очагом при сепсисе, но отсутствие поражения других органов и систем позволяет рассматривать их как местную инфекцию мягких тканей

Продолжение таблицы ↙

## Продолжение табл. 345

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Различия
Пиелонефрит	Лихорадка до 39–40 °С, с ознобом, обильным потоотделением, головная боль, дизурические явления, бледность кожных покровов, нейтрофильный лейкоцитоз, лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия, бактериурия	Острый пиелонефрит может быть первичным септическим очагом, однако для сепсиса характерны полиорганные поражения с увеличением печени, селезенки и положительные результаты посева крови на флору
Тифопаратифозные заболевания	Длительная лихорадка, выраженная интоксикация, бледность кожного покрова, увеличение печени и селезенки, возможна очаговая пневмония	При брюшном тифе и паратифах начало постепенное, лихорадка постоянного типа, ознобы и потливость не характерны, язык отечный, с отпечатками зубов, отмечаются метеоризм, запоры. На коже брюшной стенки с 8–10-го дня розеолезная сыпь. Относительная брадикардия. Лейкопения, лимфоцитоз. При посеве крови, мочи, кала выделяется культура <i>S. typhi abdominalis</i> или <i>S. paratyphi</i> . Положительная РПГА с сальмонеллезными антигенами
Бруцеллез	Длительная волнообразная лихорадка, с ознобами и потами, увеличение печени и селезенки, поражение опорно-двигательного аппарата	При высокой температуре симптомы интоксикации выражены умеренно, характерны полиаденопатия, фиброзиты, целлюлиты, поражения суставов по типу артралгий, очаговые функциональные изменения периферической нервной системы (моновневриты, радикулиты, плекситы), лейкопения, отсутствие выраженных изменений в моче, соответствующие эпидемиологические данные (профессиональный, алиментарный факторы). Положительные результаты реакций Райта, Хеддельсона, Кумбса
Лептоспироз	Острое начало с высокой лихорадкой с симптомами интоксикации, желтушность кожных покровов, петехиальная сыпь, увеличение печени, селезенки, поражение почек, кровоизлияния под конъюнктивы, гипотония, менингеальный синдром, анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Выраженные мышечные боли (поясничные, икроножные), гиперемия и одутловатость лица, инъектированность склер («кроличьи глаза»). Желтуха развивается на фоне снижения температуры. Селезенка плотная. При развитии менингита ликвор имеет серозный характер. Отсутствие гнойно-септических очагов, входных ворот и первичного очага инфекции. В мазках крови и мочи обнаруживаются лептоспиры; положительные РАЛ и РМА с лептоспирами. Соответствующий эпиданамнез
Системная красная волчанка, начальный период болезни	Длительная волнообразная лихорадка, артриты, поражение кожи, легких, сердца, почек, увеличение СОЭ, прогрессирующее течение	Начало постепенное, интоксикация умеренная, озноб не характерен. На лице эритема в виде «бабочки». Возможна полиаденопатия. Поражение суставов проявляется мигрирующими артралгиями, а в более поздние сроки — артритами с поражением преимущественно мелких суставов кистей рук. Часто наблюдаются рецидивирующие серозиты — плеврит, перикардит, перитонит (экссудат серозный). Почки поражаются чаще по типу диффузного гломерулонефрита. Поражение

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Различия
		нервной системы по типу <i>менингоэнцефаломиелополирадикулоневрита</i> . СМЖ без патологических изменений. Нагноительные процессы не характерны. В периферической крови — лейкопения, значительное увеличение СОЭ. Посевы крови и мочи стерильны, в крови обнаруживаются LE-клетки, антиДНК. В поздней стадии болезни возможно развитие сепсиса
Милиарный туберкулез	Длительная интоксикация, лихорадка с ознобами и потами, поражение легких, увеличение печени и селезенки, в крови — анемия, увеличение СОЭ	Рентгенологически выявляется мелкоочаговое диссеминированное поражение легких, часто сопровождающееся выпотом в плевральную полость. Менингит носит серозный характер со значительным снижением уровня глюкозы. В периферической крови — лейкопения, панцитопения. Гнойно-воспалительные очаги отсутствуют. Посевы крови, мочи стерильны. В крови и СМЖ в ИФА обнаруживается антиген микобактерий туберкулеза, в ПЦР — фрагменты генома

## 5.1.6. Легионеллез

Таблица 346

Дифференциальная диагностика легионеллеза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	легионеллез	кокциеллез	орнитоз	микоплазменная инфекция	пневмохламидиоз
Начало болезни	Острое, бурное	Острое	Острое	Чаще постепенное	Острое, может быть подострое
Характер лихорадки	Высокая с начала заболевания. Сохраняется на протяжении 2–3 нед. Характерна ремиттирующая лихорадка	Достигает максимума в первые 1–2 дня, сохраняется на протяжении нескольких (6–9) дней, в ряде случаев до месяца и более. Возможны рецидивы	Высокая, в течение 1–2 сут достигает максимума, длится от нескольких дней до 3–4 нед. (при тяжелых формах), неправильного типа, с повторными ознобами	В первые дни субфебрильная, затем, с развитием пневмонии, поднимается до высоких цифр	Высокая, длится несколько дней, при тяжелых формах сохраняется до 2 нед.
Потливость	Характерны профузные поты	Нередка, иногда изнуряющие поты	Не характерна	Характерна	Может быть в период разгара, иногда в период реконвалесценции
Внешний вид больного, поведенческие особенности	Кожные покровы бледные. Поражение ЦНС развивается у большинства больных (энцефалопатия, дизартрия, атаксия, нистагм, депрессия, эмоциональная лабильность)	В начале и в разгар болезни в большинстве случаев гиперемия кожи лица и шеи, гиперемия конъюнктив. Психический статус без особенностей (изменения возможны при поражении ЦНС)	Кожа лица бледная. Состояние соответствует температуре. Возможны нарушения сна, заторможенность, помрачение сознания	Кожный покров нормальной окраски, может быть бледность. Психический статус без особенностей	Кожа лица бледная. Состояние соответствует температуре. Характерна эмоциональная лабильность
Боль в глазах яблоках	Характерна	Характерна	Не характерна	Не характерна	Не характерна
Головная боль	Характерна, выраженная	»	Характерна	Иногда	Иногда
Миалгии	Характерны	Характерны	Характерны	При выраженной интоксикации	Характерны
Артралгии	»	Не характерны	Могут быть на высоте лихорадки	Характерны	Характерны

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	легионеллез	кокциеллез	орнитоз	микоплазменная инфекция	пневмохламидиоз
Экзантема	При одной из форм легионеллеза (лихорадка Форт-Брагг) может быть крупнопятнистая, кореподобная, скарлатиноподобная или петехиальная сыпь	Редко. Возможна на 2–10-й день болезни: розеолезная, розеолезно-папулезная, на коже живота, груди, спины, возможно «подсыпание»	Нет	Возможна (пятнисто-папулезная, уртикарная, узловатая эритема и др.)	Нет
Соответствие пульса температуре	Относительная брадикардия в остром периоде, сменяющаяся тахикардией. Гипотония	Относительная брадикардия	Брадикардия, лабильность пульса	Тахикардия	Тахикардия, лабильность пульса. Склонность к гипотонии
Катаральные явления	Не характерны	Возможны. Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Редко ринит (небольшая заложенность носа)	Отсутствуют	Характерны в продромальном периоде (гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, кратковременный ринит)	Нередко явления фарингита, ринита, заложенность носа
Поражение респираторного тракта	Выражены явления бронхита	Более чем у половины больных — трахеит, бронхит, трахеобронхит	Нерезко выражено. Возможно со 2–4-го дня болезни. Ларингит, трахеобронхит	Явления бронхита, иногда трахеобронхита	Выражены явления бронхита
Изменения в легких	Пневмония (со 2–4-го дня болезни), нередко плевропневмония. Определяется клинически, физикально и рентгенологически. Быстро развиваются и нарастают симптомы дыхательной недостаточности	Возможна интерстициальная пневмония (2–10-й день болезни). Жалобы и физикальные данные часто скудные, могут отсутствовать	Характерны. На 2–4-й день болезни возможно развитие пневмонии	Пневмония, чаще интерстициальная, может быть с плевральным выпотом, развивается на 4–6-й день болезни. Жалобы и физикальные данные часто скудные, могут отсутствовать	Характерна интерстициальная пневмония. Жалобы и физикальные данные скудные

Продолжение таблицы ↪



Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	легионеллез	коксиеллез	орнитоз	микоплазменная инфекция	пневмохламидиоз
Рентгенография органов грудной клетки	Разнообразная локализация патологического процесса, тотальное и субтотальное поражение легких, развитие фибринозного плеврита, длительное сохранение инфильтрации и плевральных изменений	Картина интерстициальной пневмонии: пятнистые уплотнения, обычно небольших размеров, «облаковидное» затемнение. Возможно вовлечение плевры. Рисунок корней легких уплотнен и расширен. Часто увеличение паратрахеальных, трахеобронхиальных и перибронхиальных лимфоузлов	Расширение корней легких, усиление бронхосудистого рисунка, в отдельных случаях — увеличение бифуркационных лимфоузлов. Поражение нижних долей, чаще справа. Возможны интерстициальные, мелкоочаговые, крупноочаговые, лобарные пневмонии	Сегментарные, очаговые или интерстициальные поражения легочной ткани, иногда расширение корней легких. В ряде случаев картина выпотного плеврита и междолевой ателектаз	Картина диффузного бронхита и/или интерстициальной пневмонии с расширением и уплотнением корней легких, часто увеличение бифуркационных лимфоузлов
Изменения органов пищеварения	Отсутствие аппетита, тошнота, боли в животе различной локализации, урчание, водянистый стул (до 7 дней)	Язык может быть обложен, с отпечатками зубов. Могут быть боли в животе различной локализации. Возможны запоры или жидкий стул	Отсутствие аппетита, тошнота, реже рвота, возможен жидкий стул	Возможны снижение аппетита, тошнота, рвота, жидкий стул	Снижение аппетита, может быть тошнота
Гепатолиенальный синдром	Характерны гепатомегалия и явления гепатита	Типичен, с первых дней болезни	Характерен, с 6–7-го дня болезни	Не характерен	Редко
Эпидемиологический анамнез	Работа на гидростанциях; земляные и строительные работы. Пользование кондиционерами рециркуляторного типа	Профессиональный контакт с животными и различными продуктами животноводства	Контакт с птицами	Контакт с больными ОРЗ, особенно в организованных коллективах. Растянность вспышки заболевания во времени	Контакт с больными ОРЗ, особенно в организованных коллективах. Растянность вспышки заболевания во времени

Дифференциальная диагностика пневмохламидиоза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	пневмохламидиоз	микоплазменная инфекция легких	орнитоз	коксиилез	легионеллез
Начало заболевания	Острое, может быть подострое	Чаще постепенное	Острое	Обычно острое	Острое, бурное
Характер лихорадки	Высокая, длится несколько дней, при тяжелых формах сохраняется до 2 нед.	В первые дни температура субфебрильная, затем, с развитием пневмонии, поднимается до высоких цифр	Высокая, в течение 1–2 сут достигает максимума, длится от нескольких дней до 3–4 нед. (при тяжелых формах), неправильного типа, с повторными ознобами	Достигает максимума в первые 1–2 дня, сохраняется на протяжении нескольких (6–9) дней, в ряде случаев до месяца и более. Возможны рецидивы	Высокая с начала заболевания. Сохраняется до 2–3 нед. Характерна ремиттирующая лихорадка
Внешний вид больного, поведенческие особенности	Бледность. Состояние соответствует температуре тела. Эмоциональная лабильность	Возможна бледность. Психический статус без особенностей	Бледность. Состояние соответствует температуре тела. Возможны нарушения сна, заторможенность, помрачение сознания при тяжелом течении	В начале и разгаре заболевания в большинстве случаев гиперемия кожи лица и шеи, конъюнктив. Психический статус без особенностей (изменения возможны в редких случаях при поражении ЦНС)	Бледность. Поражение ЦНС у большинства больных: энцефалопатия, дизартрия, атаксия, нистагм, депрессия, эмоциональная лабильность
Потливость	Может быть в период разгара, иногда в период реконвалесценции	Характерна	Не характерна	Возможна, иногда изнуряющие поты	Профузные поты
Боль в глазных яблоках	Не характерна	Не характерна	»	Характерна	Характерна
Головная боль	Иногда	Иногда	Характерна	»	Характерна, выраженная

Продолжение таблицы ↵

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	пневмохламидиоз	микоплазменная инфекция легких	орнитоз	кокциеллез	легионеллез
Миалгии	Характерны	При выраженной интоксикации	Характерны	Характерны	Характерны
Артралгии	»	Характерны	Могут быть на высоте лихорадки	Не характерны	»
Экзантема	—	Возможна (пятнисто-папулезная, уртикарная, узловатая эритема и др.)	—	Редко. На 2–10-й день болезни. Преимущественно розеолезная или розеолезно-папулезная сыпь на коже живота, груди, спины, боковых поверхностях грудной клетки. Иногда «подсыпание»	—
Частота пульса	Тахикардия, лабильность пульса. Склонность к гипотонии	Тахикардия	Брадикардия, лабильность пульса	Относительная брадикардия	Относительная брадикардия в остром периоде, сменяющаяся тахикардией. Гипотония
Катаральные явления	Нередко явления фарингита, ринита, заложенность носа	Характерны в продромальном периоде (гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, кратковременный ринит)	Отсутствуют	Возможны. Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Редко ринит (небольшая заложенность носа)	Не характерны
Поражение респираторного тракта	Бронхит	Бронхит, иногда трахеобронхит	Ларингит, трахеобронхит	Более чем у половины больных — трахеит, бронхит, трахеобронхит	Бронхит
Изменения в легких	Интерстициальная пневмония. Жалобы и физикальные данные скудные	Пневмония, чаще интерстициальная, может быть с плевральным выпотом, развивается на 4–6-й день болезни. Жалобы и физикальные данные часто скудные, могут отсутствовать	Характерны. На 2–4-й день болезни возможно развитие пневмонии	Возможна интерстициальная пневмония (развивается на 2–10-й день болезни). Жалобы и физикальные данные часто скудные, могут отсутствовать	Пневмония (со 2–4-го дня болезни), нередко плевропневмония. Определяется клинически, физикально и рентгенологически. Быстро развиваются и нарастают симптомы дыхательной недостаточности

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	пневмохламидиоз	микоплазменная инфекция легких	орнитоз	коксиеллез	легионеллез
Данные рентгенографии органов грудной клетки	Картина диффузного бронхита и/или интерстициальной пневмонии с расширением и уплотнением корней легких, часто увеличение бифуркационных лимфоузлов. Рентгенологические изменения сохраняются до 2–3 нед.	Сегментарные, очаговые или интерстициальные поражения легочной ткани, иногда расширение корней легких. Возможна картина выпотного плеврита и междолевого ателектаза. Регресс в течение 3–4 нед. (иногда 2–3 мес.)	Расширение корней легких, усиление сосудистого рисунка, в отдельных случаях увеличение бифуркационных лимфоузлов. Поражение нижних долей легких. Возможны интерстициальные, мелкоочаговые, крупноочаговые, лобарные пневмонии, чаще справа	Картина интерстициальной пневмонии: пятнистые уплотнения, обычно небольших размеров, «облаковидное» затемнение. Возможно вовлечение плевры. Рисунок корней легких уплотнен и расширен. Часто увеличение паратрахеальных, трахеобронхиальных и перибронхиальных лимфоузлов	Характерны разнообразные локализации патологического процесса, тотальное и субтотальное поражение легких, развитие фибринозного плеврита, длительное сохранение инфильтрации и плевральных изменений
Система органов пищеварения	Снижение аппетита, может быть тошнота	Возможны снижение аппетита, рвота, жидкий стул	Отсутствие аппетита, тошнота, реже рвота, возможен жидкий стул	Язык обложен, с отпечатками зубов. Могут быть боли в животе различной локализации. В ряде случаев жидкий стул или запоры	Отсутствие аппетита, тошнота, боль в животе различной локализации, урчание, жидкий водянистый стул (до 7 дней)
Гепатолиенальный синдром	Редко	Не характерен	Характерен с 6–7-го дня болезни	Типичен, с первых дней болезни	Характерны гепатомегалия и явления гепатита
Эпидемиологический анамнез	Контакт с больными ОРЗ, особенно в организованных коллективах. Растянность вспышки заболевания во времени	Контакт с больными ОРЗ, особенно в организованных коллективах. Растянность вспышки заболевания во времени	Контакт с птицами	Профессиональный контакт с животными или продуктами животноводства	Работа на гидростанциях, земляные и строительные работы. Пользование кондиционерами рециркуляционного типа

## 5.1.8. Чума

Таблица 348

**Дифференциальная диагностика первично-легочной формы чумы**  
(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференцируемые заболевания	Клинические признаки	
	сходство	отличия
Пневмония (крупозная)	Острое начало с озноба, быстрый подъем температуры до высоких цифр, боль в грудной клетке при дыхании, кашель, одышка. Тахикардия. Укорочение перкуторного звука, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация	При крупозной пневмонии интоксикация выражена, но менее тяжелая, чем при чуме, и развивается не столь стремительно. Нет сильнейшей, «разрывающей» боли за грудиной. Мокрота скудная, густая, ржавая, в отличие от обильной и жидкой при чуме. Часто наблюдаются герпетические высыпания на губах и крыльях носа. Физикальные данные соответствуют тяжести состояния больного, а при чуме этого соответствия нет. Не бывает гепатоспленомегалии, свойственной чуме
Малярия тропическая, тяжелое течение	Острое начало, озноб, быстрый подъем температуры до высоких цифр, сильные головные боли, заторможенность, тахикардия. При осложнении малярии отеком легких — одышка, кашель с ржавой мокротой, влажные хрипы в легких, геморрагические высыпания на коже и слизистых оболочках	Для малярии характерно наличие приступов сменной фаз озноба, жара, пота (со снижением температуры тела). Поражение легких если и развивается, то не с первого дня болезни. Нет сильной боли в грудной клетке, обильной жидкой мокроты, «мелового» языка. Не бывает носовых, желудочных, кишечных кровотечений. В мазке и толстой капле крови при малярии обнаруживается <i>P. falciparum</i>
Туляремия (легочная форма)	Острое начало болезни, высокая температура, боль в грудной клетке, скудные физикальные данные (укорочение перкуторного звука, скудные сухие и влажные хрипы), гепатолиенальный синдром	Начало болезни при чуме стремительное, характерна выраженная интоксикация. Резчайшая боль в грудной клетке, боязнь вдоха, обильная, пеннистая, кровянистая мокрота. Кашель сильный, резкая тахикардия, гипотония. Бред, галлюцинации. Нарушение речи, координации. Быстрое течение болезни с катастрофическим ухудшением в считанные часы. Все это не свойственно туляремии

## 5.1.9. Орнитоз

Таблица 349

**Дифференциальная диагностика орнитоза** (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	орнитоз	грипп	лептоспироз	лихорадка Ку (кокциеллез)	иерсиниоз
Начало болезни	Острое	Внезапное	Острое, бурное	Часто острое	Постепенное
Интоксикация	Умеренная	Выраженная	Выраженная	Умеренная	Умеренная

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	орнитоз	грипп	лептоспироз	лихорадка Ку (кокциеллез)	иерсиниоз
Заложенность носа	Нет	Характерна	—	—	Возможна
Преимущественное поражение респираторного тракта	Ларингит, трахеобронхит	Трахеит	Не выражено	Фарингит, ларингит	Фарингит
Головная боль	Умеренная или сильная	Сильная	Сильная	Умеренная	Умеренная
Кашель	Умеренный, сухой, появляется на 2–4-й день болезни	Сухой	—	—	Слабо выражен
Миалгии, артралгии	Умеренные	Выражены	Резкие, в икроножных мышцах	Выражены	Выражены
Гиперемия лица	Отсутствует (бледность)	Выражена	Выражена, может быть иктеричность	Выражена	Может быть симптом «капюшона»
Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки	—	Яркая	—	Выражена	Диффузная
Сыпь	—	—	Розеолезная	Розеолезная	Скарлатиноподобная, разнообразная, симптомы «перчаток», «носок»
Рвота	—	—	Часто	—	Возможна
Печень, селезенка	Увеличены	Не увеличены	Часто увеличены	Увеличена печень, реже селезенка	Увеличены
Картина крови	Лейкопения	Лейкопения	Лейкоцитоз	Лейкопения	Умеренный лейкоцитоз
Эпидемиологический анамнез	Контакт с птицами	Контакт с больными гриппом в сезон повышенной заболеваемости	Купание, употребление воды из естественных и искусственных водоемов	Тесный контакт с животными и продуктами их жизнедеятельности, шерстью, употребление сырого молока	Употребление в пищу сырых овощей, корнеплодов, молока, некипяченой воды

## 5.1.10. Туляремия

Таблица 350

Дифференциальная диагностика бубонной формы туляремии, бубонной формы чумы, гнойного лимфаденита, инфекционного мононуклеоза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	туляремия	чума	гнойный лимфаденит	инфекционный мононуклеоз
Начало	Острое	Острейшее	Постепенное	Подострое
Инттоксикация	Умеренная	Выраженная	Умеренная	Умеренная
Внешний вид больного	Лицо гиперемировано, одутловатое	Лицо гиперемировано, впоследствии цианоз	Обычный	Одутловатость лица, конъюнктивит, склерит, отечность век. Затруднение носового дыхания. Иногда желтуха
Изменения АД и пульса	Относительная брадикардия	Выраженная тахикардия, резкое снижение АД	Изменения невелики, зависят от повышения температуры тела	Небольшая тахикардия
Состояние ЦНС	Может быть эйфория	Бред, галлюцинации, возбуждение, нарушение речи и координации	Без изменений	Без изменений
Изменения кожи	—	—	Наличие первичного гнойного очага	Иногда полиморфная сыпь на теле
Степень и сроки увеличения лимфоузлов	Увеличение регионарного лимфоузла (бубон) на 1–3-й день болезни до 3–5 см и более	Инфильтрат в области регионарного лимфоузла (бубон) 5–10 см и более	Незначительное увеличение регионарного лимфоузла	Полиморфная лимфаденопатия (преимущественно шейной группы) с 1–5-го дня болезни
Состояние кожи в области лимфоузлов	Не изменена	Напряжена, лоснится, имеет синюшный оттенок	Может быть гиперемия	Не изменена
Болезненность лимфоузлов	Незначительная	Резкая	Умеренная	Лимфоузлы безболезненные
Четкость контуров лимфоузлов, спаянность с клетчаткой и кожей	Контур четкий, спаянности с окружающими тканями нет	Контур сглажен, периаденит, спаянность с окружающими тканями	Четкий контур, отсутствие спаянности с окружающими тканями, может быть лимфангит, периаденит	Четкий контур, отсутствие спаянности с окружающими тканями, периаденита нет
Нагноение лимфоузлов	В ранние сроки не наблюдается	Возможно раннее	Раннее	—

**Дифференциальная диагностика кожно-бубонной формы туляремии, кожно-бубонной формы чумы, сибирской язвы, содоку (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	туляремия	чума	сибирская язва	содоку
Начало	Острое	Острейшее	Постепенное	Острое
Интоксикация	Умеренная	Выраженная	Умеренная	Умеренная
Внешний вид больного	Гиперемия, одутловатость лица	Гиперемия лица, затем цианоз	Без изменений	Без изменений
Изменения АД и пульса	Относительная брадикардия	Резкая тахикардия, выраженная гипотония	Небольшая тахикардия	»
Состояние ЦНС	Может быть эйфория	Бред, галлюцинации, возбуждение, нарушение речи, походки	Без изменений	»
Изменения на коже	Язвочка размером до 1–2 см, одиночная, иногда несколько. Дно язвочки — темная корка со светлыми шелушащимися краями	Язва размером 3–5 см. Окружающая ткань ярко гиперемирована и инфильтрирована. Дно язвы сначала желтоватое, затем покрывается темным струпом. Чумной «карбункул»	Язвочка размером 1–3 см с приподнятыми краями, вокруг дочерние пузырьки, в центре — черный струп. Выраженный перифокальный отек	В месте внедрения возбудителя — инфильтрат темнокрасного цвета, иногда с некрозом и язвой
Болезненность	Небольшая	Резкая	—	Умеренная
Характеристика регионарного лимфоузла	Регионарный лимфаденит со всеми признаками туляремийного бубона	Регионарный лимфаденит со всеми признаками чумного бубона	Увеличение регионарного лимфоузла, его плотность, подвижность, незначительная болезненность	Увеличение, болезненность регионарного лимфоузла, лимфангит
Эпиданамнез	Контакт с грызунами, укусы эктопаразитов, принадлежность больного к группе риска. Выезд в эндемичные по туляремии районы	Выезд в эпидохаги чумы, контакт с грызунами, укусы блох	Профессиональный фактор, контакт с домашними животными	Контакт с крысами, укусы, царапины



Таблица 352

**Дифференциальная диагностика кожно-бубонной формы туляремии,  
токсической дифтерии и язвенно-некротической ангины**  
(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	туляремия	дифтерия	язвенно-некротическая ангина (Венсана)
Интоксикация, лихорадка	Умеренная, температура тела 38 °С и выше	Выраженная температура тела 38 °С и выше	Интоксикация отсутствует, температура тела субфебрильная
Боль в горле	Слабая, умеренная	Сильная, с первых часов болезни	Отсутствует или слабая
Внешний вид больного	Лицо гиперемировано, одутловато	Бледность лица	Выраженных изменений нет
Сроки появления и особенности тонзиллита	С 3-х сут болезни. Процесс, как правило, односторонний	С 1–2-х сут болезни. Процесс обычно двусторонний	Процесс односторонний
Окраска слизистой оболочки миндалин	Умеренная гиперемия	Багрово-синюшная гиперемия	Обычная, бледная
Отечность небных миндалин	Выраженный отек миндалин на пораженной стороне	Отек миндалин и мягкого неба	Отек отсутствует
Характер налета (наложений)	Налет серо-белого цвета, снимается с трудом, не распространяется за пределы миндалин. Возможен глубокий некроз	Налет выступает над поверхностью слизистой оболочки, распространяется за пределы миндалин (небо, дужки, язычок), кровоточивость при снятии налета	Наложения рыхлые, творожистые, на поверхности язвы, не распространены, при снятии — кровоточащий дефект
Состояние регионарных лимфоузлов	Углочелюстной лимфоузел увеличен до 5 см и более (бубон), эластический, подвижный, малоблезненный, кожа над ним не изменена	С 1–2-го дня болезни углочелюстные лимфоузлы увеличены, умеренно болезненные, плотные, нечетко контурируются, вокруг них отек подкожной клетчатки, спускающийся на шею	Лимфаденит не характерен
Эпиданамнез	Употребление сырой воды из открытых источников, недостаточно термически обработанного мяса (зайца, кролика), некипяченого молока, продуктов, загрязненных выделениями грызунов	Контакт с больными дифтерией за 7 дней до заболевания	Без особенностей

Таблица 353

**Дифференциальная диагностика легочной формы туляремии, легочной формы чумы, пневмококковой пневмонии и гриппа (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)**

Дифференцируемые заболевания	Сходство с легочной формой туляремии	Отличия от легочной формы туляремии
Чума, легочная форма	Острое начало болезни, высокая температура тела, боль в грудной клетке, скудные физикальные данные (укорочение перкуторного звука, единичные сухие и влажные хрипы), гепатолиенальный синдром	Начало заболевания стремительное, интоксикация более выражена. Боль в грудной клетке резчайшая, боязнь вдоха, обильная пенистая кровянистая мокрота. Кашель сильный. Резкая тахикардия, гипотония. Бред, галлюцинации. Нарушение речи, координации. Быстрое течение со стремительным ухудшением состояния в считанные часы
Пневмококковая пневмония	Острое начало, озноб, высокая температура тела, боль в грудной клетке при дыхании, кашель, одышка, тахикардия. Укорочение перкуторного звука, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация	Интоксикация более выражена, начало более острое. Боль в груди сильная. Заболеванию предшествуют катаральные явления. Физикальные данные соответствуют тяжести состояния. Мокрота может быть «ржавой». Кашель влажный, постепенно становится продуктивным. Нет гепатоспленомегалии. Отсутствует эпиданамнез, характерный для туляремии
Грипп	Острое начало заболевания, повышение температуры тела	Характерна более выраженная интоксикация. Высокая температура тела, катаральные явления, боль в основном за грудиной. Нет гепатоспленомегалии. Отсутствует эпиданамнез, характерный для туляремии, но есть указания на контакт с больными гриппом. Продолжительность лихорадки — не более 5 дней

**5.1.11. Лептоспироз**

Таблица 354

**Дифференциальная диагностика лептоспироза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	лептоспироз	ГЛПС	грипп	сыпной тиф	острый пиелонефрит
Начало	Острое, бурное	Острое, бурное	Острое	Острое, подострое	Острее
Лихорадка 38 °С и более	Характерна	Характерна	Характерна	Характерна	Характерна
Озноб	Сильный	Характерен	В первый день болезни	Познабливание в первые 2–3 дня	Характерен
Мышечные боли	Выраженные миалгии, резкие в икроножных мышцах	Ощущение разбитости	Ломота в мышцах	Отсутствуют или незначительны	Не характерны

Продолжение таблицы 5

Окончание табл. 354

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	лептоспироз	ГЛПС	грипп	сыпной тиф	острый пиелонефрит
Боли в пояснице	Характерны	Сильные	Не характерны	Не характерны	Сильные
Гиперемия лица, инъекция сосудов склер, склерит	»	Выражены	Умеренно выражены	Выражены	Не характерны
Катаральные явления	Не характерны	Не характерны	Характерны	Не характерны	»
Сыпь на теле	Может наблюдаться (эфемерная, пятнисто-папулезная, с 3–5-го дня болезни)	Может наблюдаться (петехиальная, необильная — на груди, в подмышечных впадинах)	Не характерна	Обильная, розеолезно-петехиальная, с 4–6-го дня болезни	Не характерна
Тошнота, рвота	Часто	Часто	Не характерны	Иногда	Иногда
Увеличение печени	Характерно	Не характерно	Не характерно	Характерно, с 3–4-го дня болезни	Не наблюдается
Увеличение селезенки	Возможно	»	Не наблюдается	Характерно	»
Изменения мочевого осадка	Протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, клетки почечного эпителия	Массивная протеинурия, микрогематурия, клетки Дунаевского, фибринные цилиндры	Изменения незначительны	Изменения незначительны	Небольшая протеинурия при массивной лейкоцитурии
Дизурические проявления	Олигурия	Олигурия	Не характерны	Парадоксальная ишурия	Характерны
Картина крови	Нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ, анемия в поздние сроки	Лейкопения на ранних стадиях, затем лейкоцитоз, тромбоцитопения	Лейкопения, лимфоцитоз	Умеренный лейкоцитоз	Лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ
Сезонность	Лето, осень	Лето, осень	Осень, зима	Чаще зима, весна	В любое время года
Данные серологических исследований	Положительная реакция микроагглютинации с лептоспирами	Нарастание титров антител в реакции непрямой иммунофлюоресценции	Нарастание титров в реакции торможения агглютинации с вирусными антигенами	Положительные РСК и РИГА с антигеном Провачека	Отрицательные результаты

## Дифференциальная диагностика иктерогеморрагической формы лептоспироза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	лептоспироз	вирусный гепатит	иерсиниоз	инфекционный мононуклеоз	отравление ядами (бледной поганкой)
Начало	Острое, бурное	Постепенное, с продромальным периодом	Острое или с коротким продромальным периодом	Постепенное	Острое
Высокая температура	Есть	Может быть	Есть	Может быть	Отсутствует
Гиперемия лица, склерит	Характерны	Отсутствуют	Возможны	Не характерны	Отсутствуют
Сыпь	Эфемерная, розеолезно-папулезная	Редко, единичные петехии	Мелкопапулезная, скарлатиноподобная	Редко, пятнистая	Не наблюдается
Боли, в икрожных мышцах	Выражены	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Геморрагические проявления	»	Могут наблюдаться при тяжелом течении	»	»	»
Печень и селезенка	Увеличены	Увеличены	Увеличены	Увеличены, особенно селезенка	Не увеличены
Лимфаденопатия	Возможна	Не наблюдается	Возможна	Выражена	Не наблюдается
Изменения мочевого осадка	Протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия	Не характерны	Незначительная альбуминурия, микрогематурия	Не выражены	Выражены
Картина крови	Нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Лейкопения, пониженная СОЭ	Нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Лимфоцитоз, атипичные мононуклеары	Характерных изменений нет
Данные серологических исследований	Положительная РАЛ (РМАЛ) с лептоспирами	Наличие маркеров вирусных гепатитов	Положительная РИГА с иерсиниозными антигенами	Положительная реакция Хоффа – Бауэра	–
Повышение уровня трансаминаз	Незначительное	Значительное	Умеренное	Умеренное	Возможно
Азотемия	Может быть при тяжелом течении	Не характерна	Не характерна	Не характерна	Выражена резко

## 5.1.12. Пищевые токсикоинфекции

Таблица 356

### Дифференциальная диагностика пищевых токсикоинфекций и других болезней, протекающих с диареей (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	пищевые токсикоинфекции	острый шигеллез	холера	ротавирусный гастроэнтерит	эшерихиоз, вызванный энтеротоксигенной бактерией
Характер стула	Водянистый, с неприятным запахом, часто зеленоватый, цвета болотной тины	Скудный, иногда бескаловый, с примесью слизи и прожилками крови	Водянистый, часто обесцвеченный, цвета рисового отвара, иногда с запахом сырой рыбы	Водянистый, обильный, пенистый, ярко-желтого цвета	Водянистый, типа рисового отвара, без примесей слизи и крови
Дефекация	Болезненная при гастроэнтероколитическом варианте	Тенезмы	Безболезненная	Безболезненная	Безболезненная
Боль в животе	Умеренная, схваткообразная	Часто сильная, ложные позывы к дефекации	Не характерна	Умеренная	Умеренная, схваткообразная
Локализация боли	В эпигастрии или в параумбиликальной области	В нижнем отделе живота или в левой подвздошной области	Боли нет	Разлитая	В эпигастрии и мезогастрии
Рвота	Многочисленная, приносящая временное облегчение	При тяжелом течении	Многочисленная, водянистая, не приносящая облегчения, появляется позже, чем понос	До 3–4 р/сут, чаще одновременно с поносом	До 2–5 р/сут
Озноб	Типичен	Типичен	Не характерен	Встречается редко	Не характерен
Температура тела	Повышенная, но может быть снижена при обезвоживании	Повышенная	Нормальная или пониженная	Субфебрильная	Нормальная или субфебрильная
Урчание в животе	Незвучное, изредка	Не типично	Типично, звучное и постоянное	Громкое	Незвучное, непостоянное
Спазм и болезненность сигмовидной кишки	При гастроэнтероколитическом варианте	Характерны	Не отмечаются	Не отмечаются	Не отмечаются
Изменения слизистой оболочки мягкого нёба	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Гиперемия и зернистость	Отсутствуют
Дегидратация III–IV степени	Редко	Не типична	Типична	Не отмечается	Редко. Обычно дегидратация I–II степени

Таблица 357

**Дифференциальная диагностика ПТИ и острого аппендицита**  
(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания	
	ПТИ	острый аппендицит
Анамнез	Употребление недоброкачественной пищи; возможность групповых вспышек	Без особенностей
Начало заболевания	Острое начало с выраженным синдромом интоксикации и обезвоживания, клиникой острого гастроэнтерита	Боль в животе, часто в эпигастрии
Характер боли в животе	Обычно умеренная, схваткообразная, с локализацией в эпигастрии или разлитая. Исчезает раньше или одновременно с прекращением диареи	Сильная, постоянная, усиливающаяся при кашлевом толчке. Сохраняется или усиливается после прекращения диарей. У части больных начинается в эпигастрии, а затем перемещается в правую подвздошную область
Стул	Жидкий стул у большинства больных, обильный, зловонный, часто с примесью зеленой слизи, многократный	Задержка стула и газов. Однако стул может быть разжиженным, жидким и учащенным
Судороги, обезвоживание и озноб	Часто наблюдаются в разгаре заболевания	Отсутствуют
Осмотр живота	Обычно умеренно вздут, урчит при пальпации, болезненность в эпигастрии или разлитая	Преимущественная болезненность в правой подвздошной области с защитным напряжением мышц на ограниченном участке. Положительные симптомы раздражения брюшины
Рвота	Частая в первые два дня болезни, иногда изнуряющая	Может быть в начале заболевания, 1–2 раза в день
Пальцевое ректальное исследование	Изменения не выявляются	Имеется болезненность в самом низком участке брюшной полости. Выраженные изменения выявляются преимущественно при тазовом расположении отростка
Лейкоцитоз	Чаще умеренный	Выражен
Бактериологическое исследование рвотных масс и испражнений	Выделение патогенной или условно-патогенной флоры	Отрицательный
Эффективность регидратационной терапии	Высокая	Отсутствует

Таблица 358

### Дифференциальная диагностика ПТИ и инфаркта миокарда (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания	
	ПТИ (сальмонеллез)	инфаркт миокарда
Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы	Возможны у лиц пожилого возраста	Атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь
Боль в области сердца	Может иметь место у части больных, особенно в пожилом возрасте	Ведущий симптом у большинства больных, часто носит интенсивный характер
Рвота и тошнота	Характерны в большинстве случаев	Могут быть
Понос	Наблюдается у 95% больных, может быть ведущим симптомом. Стул жидкий, порой водянистый, часто зеленоватый	Наблюдается относительно редко, неинтенсивный
Лихорадка	Характерна с первых часов болезни, снижается на 3–4-й день. Часто сочетается с ознобом	Не характерна в первые часы болезни. Возможна на 2–3-й день
Живот	Вздутие, урчание, болезненность при пальпации в эпигастрии и мезогастррии	Не изменен при осмотре и пальпации
Артериальное давление	Снижение на фоне интоксикации и обезвоживания	В первые часы болезни может быть повышено, затем резкое снижение
Аритмии	Не характерны	Характерны
Сердечная недостаточность	Не выражена	Выражена
Нарушение психики	Не характерны	Периоды возбуждения и страха
Потеря сознания	Не характерна	Может быть
Эффективность регидратационной терапии	Высокая	Отсутствует, при интенсификации ухудшение состояния
Нарушение кислотно-основного состояния	Резко выражено в тяжелых случаях; чаще метаболический ацидоз, в части случаев декомпенсированный	Нерезкое; умеренный метаболический ацидоз
Повышение активности кардиоспецифических ферментов (АСТ, КФК, ЛДГ)	Отсутствует	Имеется
Изменения ЭКГ	Диффузные изменения миокарда дистрофического характера (депрессия сегмента ST и снижение зубца T, переход его в отрицательный). В период реконвалесценции быстрое исчезновение указанных изменений	Характерные для инфаркта миокарда, в первые часы могут отсутствовать
Нарушение гемодинамики	Инфекционно-токсический шок	Кардиогенный шок
Тромбоэмболические осложнения	Не характерны	Характерны

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания	
	ПТИ (сальмонеллез)	инфаркт миокарда
Эпиданамнез — связь заболевания с недоброкачественными продуктами. Возможность групповых вспышек	Характерна	Отсутствует

Таблица 359

### Дифференциальная диагностика пищевых токсикоинфекций (ПТИ) и острого панкреатита (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания	
	острый панкреатит	ПТИ
Анамнез	Связь заболевания с употреблением жирной пищи и алкоголя	Употребление недоброкачественной пищи, возможность групповых вспышек
Начало болезни	Внезапное и очень быстрое	Менее острое, хотя с быстрым развитием клинических симптомов
Поведение больного	Возбужденное	Беспокойное при выраженном обезвоживании и интоксикации
Боль в животе	Ведущий симптом. Боль постоянная, резкая, иногда нестерпимая. Локализуется в левой части эпигастрия, иногда носит опоясывающий характер. Часто иррадирует в левую половину грудной клетки	Не ведущий симптом. Боль схваткообразная. Часто локализуется в эпигастрии или носит разлитой характер, без иррадиации. Может усиливаться перед дефекацией
Рвота	Ведущий симптом. Многократная, неукротимая, не облегчающая состояние больного. Усиливается синхронно с усилением боли в животе	Не ведущий симптом. Может быть многократной, облегчает состояние больного, не связана по интенсивности с болью в животе
Диарея	Наблюдается редко, чаще задержка стула	Ведущий симптом, встречается у 95% больных. Стул жидкий, порой водянистый, с примесью зеленоватой слизи, многократный
Парез кишечника	Очень часто	Не наблюдается
Метеоризм	То же	Наблюдается редко
Напряжение передней брюшной стенки	На ограниченных участках эпигастрия	Отсутствует
Пальпация передней брюшной стенки	Резко болезненная	Умеренно болезненная
Повышение температуры тела	Может быть, чаще субфебрильная температура	Характерно в первые дни болезни, иногда до 38–39 °С
Повышение уровня амилазы крови и мочи	Характерно	Не наблюдается
Бактериологические исследования кала и рвотных масс	Отрицательные результаты	Выделение патогенной или условно-патогенной флоры
Эффективность промывания желудка	Ухудшает состояние больного	Состояние больного улучшается
Водно-солевая терапия и ее результаты	Незначительный эффект	Высокая эффективность



Таблица 360

**Дифференциальная диагностика пищевых токсикоинфекций (ПТИ)  
и тромбоза мезентериальных сосудов**  
(по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания	
	тромбоз мезентериальных сосудов	ПТИ
Анамнез болезни и эпидемиологический анамнез	Патология сердечно-сосудистой системы, в первую очередь атеросклероз, эндокардит	Употребление недоброкачественной пищи, возможность групповых вспышек
Начало болезни	Чаще всего острое, реже постепенное	Острое
Общее состояние	Крайне тяжелое, с нарастанием тяжести	Может быть тяжелым, средне-тяжелым и легким
Темп развития болезни	Бурный	Бурный
Рвота	Наблюдается часто, возможна примесь крови в рвотных массах	Наблюдается очень часто, многократная, примеси крови нет
Понос	Наблюдается часто в раннем периоде	Наблюдается у 95% больных, кал водянистый, обильный, с примесью зеленой слизи, редко — крови
Температура тела	Нормальная или пониженная	Чаще всего повышенная
Озноб	Не характерен	Характерен
Судороги мышц конечностей	Не характерны	Характерны в тяжелых случаях
Боль в животе	Ведущий симптом болезни. Боль интенсивная, порой невыносимая, без определенной локализации и иррадиации, постоянная или приступообразная	Умеренная по интенсивности, более выраженная в эпигастрии или разлитая. Болевой синдром не является ведущим в клинической картине
Перистальтика кишечника	Отсутствует	Обычная
Болезненность при пальпации передней брюшной стенки	Выражена ярко, носит разлитой характер	В большинстве случаев незначительная
Напряжение передней брюшной стенки и раздражение брюшины	Отсутствует в начальном периоде болезни, выражено при развитии перитонита	Отсутствует
Задержка стула и газов	Характерна для позднего периода болезни	Не характерна
Рентгенография органов брюшной полости	Выявляется рентгенологическая картина кишечной непроходимости (чаши Клойбера, арки)	Нет признаков кишечной непроходимости
Динамика состояния в зависимости от лечения	Быстрое ухудшение состояния несмотря на регидратационную терапию	Быстрое улучшение состояния после регидратационной терапии

### 5.1.13. Эшерихиоз

Таблица 361

Дифференциальная диагностика эшерихиоза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	эшерихиоз	холера	шигеллез	бактериальные пищевые отравления, сальмонеллез	острый аппендицит	острый холецистопанкреатит
Начало болезни	Острое	Бурное	Острое	Острое	Острое	Острое
Интоксикация	Умеренная	Не выражена	Выражена в разгар болезни	Кратковременная и отчетливая	Незначительная	Умеренная
Симптомы обезвоживания	Характерны при энтеротоксигенных штаммах	Характерны (чаще II–III степени)	Возможны (обычно I степени)	Характерны	Отсутствуют	Возможны при частой рвоте
Лихорадка	Умеренная, в течение 2–3 дней	Отсутствует	Может быть высокая, до 3–4 сут	Чаще умеренная, может быть высокая, кратковременная	Типична, нарастает	Умеренная, длительная
Рвота	Редко	Типична	Редко	Характерна	Не характерна	Часто
Боль в животе	Нижние отделы	Не характерна	Схваткообразная, чаще в левой подвздошной области	В околопупочной, эпигастральной областях, может быть по всему животу	Интенсивная, в правой подвздошной области	Сильная, в верхних отделах живота, с иррадиацией в спину
Кожа и слизистые оболочки (наличие цианоза, тургор)	Изменения соответствуют степени обезвоживания	В зависимости от степени обезвоживания	Обычно не изменены, может быть снижение тургора	В зависимости от степени обезвоживания	Не изменены	Не изменены, возможна иктеричность
Пальпация органов брюшной полости	Умеренная болезненность по ходу толстой кишки	Безболезненная	Болезненная, спазмированная сигмовидная кишка	Болезненный тонкий отдел кишечника, урчание	Резкая болезненность в области слепой кишки	Болезненность в правом и левом подреберьях, точка желчного пузыря

Продолжение таблицы ↪

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	эшерихиоз	холера	шигеллез	бактериальные пищевые отравления, сальмонеллез	острый аппендицит	острый холецистопанкреатит
Симптомы раздражения брюшины	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Положительные	Могут быть
Характер стула	Жидкий, с примесью слизи и крови, может быть типа «рисового отвара»	Обильный, типа «рисового отвара»	Жидкий, со слизью, может быть кровь, «ректальный плевок»	Обильный, зловонный, зеленоватого цвета	Типична задержка стула. При атипичном расположении отростка стул может быть жидким	Нормальный, может быть кашицеобразным
Эпиданамнез	Употребление сырой воды, некипяченого молока, пребывание в развивающихся странах	Пребывание в регионах, эндемичных по холере	Употребление сырой воды, молочных продуктов, контакт с больным шигеллезом	Употребление мясных, молочных продуктов, яиц, приготовленных с нарушением технологии	Без особенностей	Без особенностей. Частая причина развития болезни — нарушение диеты

**5.1.14. Шигеллез**

Таблица 362

**Схема ориентировочной основы действий врача при проведении дифференциальной диагностики острого шигеллеза и других острых болезней, протекающих с диареей (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)**

Дифференцируемые заболевания	Отличительные признаки
Сальмонеллез (гастроэнтероколитический вариант)	Кровь равномерно окрашивает испражнения (стул в виде «мясных помоев»). Выделение возбудителя из испражнений, рвотных масс
Кампилобактериоз	Стул обильный, водянистый. Тенезмы и ложные позывы на дефекацию встречаются редко. Увеличение печени. Выделение возбудителя из испражнений
Ротавирусный гастроэнтерит	Боль в эпигастральной и умбиликальной областях. Нет спазма и болезненности сигмовидной кишки. Стул обильный, водянистый, пенистый, с резким запахом. Нет примеси крови в кале. Гиперемия и зернистость слизистой оболочки глотки. Инъекция сосудов склер. Количество лейкоцитов крови в норме или ниже нормы
Амебиаз	Постепенное начало. Склонность к затяжному и хроническому течению. Боль в животе, больше справа. Утолщение слепой кишки. Кровь и слизь перемешаны с калом (стул в виде «малинового желе» ). Увеличение печени. Похудание, астенический синдром. Анемия. Эозинофилия. Пребывание в тропиках и субтропиках, среднеазиатском регионе
Иерсиниоз (гастроинтестинальная форма)	Катаральные явления. Артралгии, миалгии. «Малиновый» язык. Сыпь, шелушение кожи кистей и стоп. Полиаденопатия. Увеличение печени
Балантидиаз	Волнообразное течение, склонное к переходу в хроническое. Стул обильный, водянистый, с гнилостным запахом. Гепатолиенальный синдром. Эозинофилия, увеличение СОЭ, анемия. В эпиданамнезе — профессиональная деятельность, связанная со свиноводством
Кишечный шистосомоз	Длительное течение. Лихорадка. Кашель с мокротой. Одышка. Гепатолиенальный синдром. Портальная гипертензия. Дерматит. Эозинофилия. Пребывание в тропическом и субтропическом поясах. Употребление воды из водоемов со стоячей водой

Таблица 363

**Схема ориентировочной основы действий врача при проведении дифференциальной диагностики острого шигеллеза, хирургических и других болезней желудочно-кишечного тракта (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Дифференцируемые заболевания	Отличительные признаки
Острый аппендицит (может сопутствовать острому шигеллезу)	<p>Боль в животе предшествует повышению температуры и расстройству стула и носит не схваткообразный, а постоянный характер.</p> <p>Нет спазма и болезненности сигмовидной кишки.</p> <p>Стул сохраняет каловый характер.</p> <p>Нет примеси крови в кале.</p> <p>Есть симптомы острого аппендицита.</p> <p>Прогрессирующее нарастание симптомов раздражения брюшины.</p> <p>Лейкоцитоз в пределах <math>(10,0-20,0) \times 10^9/\text{л}</math> с тенденцией к нарастанию</p>
Острая непроходимость кишечника	<p>Интенсивная боль в животе, сначала локализованная, затем разлитая</p> <p>задержка стула и газов.</p> <p>Вздутие живота, усиленная перистальтика.</p> <p>Температура тела в начале болезни нормальная, повышается при развитии перитонита.</p> <p>Характерные данные при обзорной рентгенографии брюшной полости (горизонтальные уровни в тонкой кишке).</p> <p>Быстрое ухудшение состояния больного</p>
Тромбоз мезентериальных сосудов	<p>Чаще всего в возрасте старше 40–50 лет, при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы.</p> <p>Сильная (невыносимая), постоянная боль в животе без определенной локализации.</p> <p>Нет спазма и болезненности сигмовидной кишки.</p> <p>Ослабление, затем исчезновение перистальтики.</p> <p>Несоответствие тяжести общего состояния больного и выраженности болевых ощущений со скудными данными физикального обследования живота.</p> <p>Прогрессирующее ухудшение состояния больного</p>
Неспецифический язвенный колит	<p>Постепенное начало.</p> <p>Появление примеси крови в оформленном кале.</p> <p>Похудание, лихорадка, анемия.</p> <p>Увеличение печени, селезенки.</p> <p>Значительное увеличение СОЭ.</p> <p>Отсутствие эффекта от традиционной терапии, проводимой при остром шигеллезе</p>
Рак прямой кишки и сигмовидной кишки	<p>Чаще у больных в возрасте старше 50 лет.</p> <p>Постепенное развитие болезни.</p> <p>Один из первоначальных признаков болезни — появление патологических выделений из кишки (слизь, кровь, гной).</p> <p>Кровь в испражнениях преимущественно темного цвета.</p> <p>Чувство неполного опорожнения кишечника, затруднение акта дефекации.</p> <p>Чередование запоров и поносов.</p> <p>Боль в животе постоянная, соответствующая локализации опухоли.</p> <p>Ограничение подвижности сигмовидной кишки.</p> <p>Синдром «малых признаков»</p>
Отравление тяжелыми металлами (ртуть, свинец и их соли)	<p>Наряду с желудочно-кишечными расстройствами отмечаются поражения других органов и систем (ЦНС, печень, почки, кровь).</p> <p>Указание на контакт с тяжелыми металлами в анамнезе</p>

**5.1.15. Иерсиниозы**

Таблица 364

**Дифференциальная диагностика иерсиниозов, пищевых токсикоинфекций (ПТИ) и острой дизентерии (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниозы	ПТИ	острый шигеллез
Начало болезни	Острое	Бурное	Острое
Интоксикация	Выражена с первого дня, длительная	Выраженная, кратковременная	Выраженная, кратковременная
Лихорадка	Фебрильная, держится 1–2 нед.	Фебрильная, кратковременная (2–3 дня)	Фебрильная или субфебрильная, кратковременная (2–3 дня)
Катаральные явления	Часто	–	–
Экзантема	Полиморфная, появляется в разные сроки	–	–
Симптомы «капошо-на», «перчаток», «носков»	Характерны, но могут отсутствовать	Не бывает	Не бывает
Артралгии, артриты	Характерны	Отсутствуют	Отсутствуют
Тошнота, рвота	Бывают	Характерны	Редко
Язык	Обложен, со 2-й нед. «малиновый»	Обложен, сухой	Обложен, влажный
Боли в животе	Схваткообразные, чаще в правой подвздошной и околопупочной областях	Разной интенсивности, в верхних отделах живота и вокруг пупка	Схваткообразные, в нижних отделах живота, в области сигмовидной кишки
Характер стула	Жидкий, иногда с примесью слизи и крови	Обильный, зловонный, зеленоватого цвета	Скудный, со слизью и кровью, «ректальный плевок»
Дизурические симптомы	Характерны	При тяжелом течении	Не бывает
Поражение сердца	Редко — миокардит	Сердечно-сосудистая недостаточность на пике интоксикации и обезвоживания	Сердечно-сосудистая недостаточность при тяжелом течении
Увеличение печени и селезенки	Характерно	Не бывает	Не бывает
Желтуха	На высоте лихорадки и интоксикации, нестойкая. Исчезает одновременно с симптомами интоксикации	Отсутствует	Отсутствует
Увеличение периферических лимфатических узлов	Характерно	Не бывает	Не бывает
Гемограмма	Чаще лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ	Без изменений	Без изменений

Продолжение таблицы 5

Окончание табл. 364

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниозы	ПТИ	острый шигеллез
Данные эпиданамнеза	Употребление в пищу термически не обработанных свежих овощей, особенно капусты, моркови, свеклы, длительно хранившихся в холодильнике молока и продуктов из него	Пищевой фактор. В окружении — лица с гнойничковыми заболеваниями кожи, ангиной, ринофарингитом, ларинготрахеобронхитом, пневмонией. Контакт с больными маститом сельскохозяйственными животными (коровами, козами, лошадьми)	Употребление контаминированных продуктов и воды, контакт с загрязненными предметами обихода, контакт с больными острой и хронической дизентерией, бактерионосителями

Таблица 365

### Дифференциальная диагностика иерсиниозов, вирусных гепатитов и ревматизма (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниозы	вирусные гепатиты	ревматизм
Начало болезни	Острое	Постепенное	Чаще постепенное, может быть бурным
Интоксикация	Выражена с первого дня, длительная	Выражена, длительная	Выражена, длительная
Лихорадка	Фебрильная, держится 1–2 нед.	Фебрильная температура характерна для гепатита D и преджелтушного периода гепатита A	Фебрильная — кратковременная, субфебрильная — длительная
Катаральные явления	Часто	Характерны для преджелтушного периода гепатита A	За 2–4 нед. до заболевания эпизод стрептококковой ангины или обострения хронического тонзиллита
Кожные проявления	Экзантема полиморфная, появляется в разные сроки	Возможна экзантема по типу крапивницы	Узловатая и кольцевидная эритема. Ревматические узелки в области суставов, по ходу сухожилий и на волосистой части головы
Симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»	Характерны, но могут отсутствовать	Отсутствуют	Отсутствуют
Артралгии, артриты	Характерны	Летучие, характерны для D-инфекции и артралгического варианта преджелтушного периода гепатита B	Летучие, характерно симметричное поражение крупных суставов
Тошнота, рвота	Бывают	Возможны	Не характерны
Язык	Обложен, со 2-й нед. «малиновый»	Обложен, влажный	Обложен

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниозы	вирусные гепатиты	ревматизм
Боли в животе	Схваткообразные, чаще в правой подвздошной и околопупочной областях	Не характерны, встречаются лишь при D-инфекции (сильные боли в области печени)	Не характерны
Характер стула	Жидкий, иногда с примесью слизи и крови	Склонность к запорам	Чаще не изменяется
Дизурические симптомы	Характерны	—	Возможен нефрит
Поражение сердца	Редко — миокардит	Сердечно-сосудистая недостаточность при тяжелом (фульминантном) течении	Кардит и ревмокардит с поражением клапанного аппарата или без него
Увеличение печени и селезенки	Характерно	Характерно	—
Желтуха	На высоте лихорадки и интоксикации, кратковременная. Исчезает одновременно с симптомами интоксикации	Чаще — яркая, длительная	Отсутствует
Увеличение периферических лимфатических узлов	Характерно	Отсутствует	Чаще увеличиваются подчелюстные лимфоузлы
Неврологические симптомы	Вегетососудистые нарушения и менингеальный синдром	Острая или подострая печеночная энцефалопатия	Разнообразные — малая хорея, менингоэнцефалит, серозный ревматический менингит, церебральный васкулит
Данные лабораторных исследований	Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ	Лейкопения, лимфоцитоз, снижение СОЭ	Лейкоцитоз со сдвигом вправо, лимфопения
	Умеренная и нестойкая гипербилирубинемия и гиперферментемия, показатель тимоловой пробы в пределах нормы	Длительная гипербилирубинемия и гиперферментемия, изменение показателей тимоловой и сулемовой проб	Диспротеинемия: повышение СОЭ, гиперфибриногенемия, появление СРБ, повышение уровней $\alpha_2$ - и $\gamma$ -глобулинов, сывороточных мукопротеинов и гликопротеидов
	Выделение культуры иерсиний, их антигенов и антител к ним	Обнаружение маркеров вирусных гепатитов	Обнаружение стрептококкового антигена, АСЛ-О, АСК, АСГ
Данные эпиданамнеза	Употребление в пищу термически не обработанных свежих овощей, особенно капусты, моркови, длительно хранившихся в холодильнике молока и продуктов из него	Употребление продуктов и воды, контаминированных вирусами гепатитов А и Е, контакт с больными гепатитом А, парентеральный анамнез (гепатиты В, С, D-инфекция)	Без особенностей

*Примечание.* СРБ — С-реактивный белок; АСЛ-О — антистрептолизин О; АСК — антистрептокиназа; АСГ — антистрептогигалуронидаза.



## Дифференциальная диагностика иерсиниозов в ранние сроки болезни (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	иерсиниозы	грипп	скарлатина	менингококцемия
Начало	Острое	Острое, иногда бурное	Острое	Бурное
Интоксикация	Выражена с 1-го дня болезни, длительная	Выражена с первых часов, кратковременная	Выражена	Резко выраженная, длительная
Лихорадка	Фебрильная, держится 1–2 нед.	Фебрильная, кратковременная (не более 5 дней)	Фебрильная, сохраняется 7–8 дней	40 °С и выше, длительная
Гиперемия лица	Характерна	Характерна	Характерна, носогубный треугольник бледный	—
Экзантема	Полиморфная, иногда с геморрагическим компонентом, узловатая эритема. Появляется на 2–4-й день болезни, преимущественно на туловище, конечностях, ладонях, стопах, на фоне гиперемии, иногда зудящая. После исчезновения — шелушение	—	На гиперемированной коже, со сгущением в естественных складках, с геморрагическим компонентом. Появляется на 1–2-е сут болезни, держится 5–7 дней, с последующим шелушением	Звездчатая геморрагическая, сливная, с некрозами. Появляется в первые часы болезни, преимущественно на конечностях и ягодицах. Сохраняется длительно
Изменения в ротоглотке	Умеренно выраженная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки. Реже — ангина	Умеренно выраженная гиперемия	Яркая зона гиперемии резко отграничена от бледного твердого нёба. Язвенно-некротический тонзиллит, иногда с наличием фибринозных пленок	Глотка гиперемирована, отечность задней стенки с гиперплазией лимфоидных фолликулов
Катаральные явления	В начале болезни	Не характерны	Не характерны	Иногда явления ринофарингита
Боли в животе	Схваткообразные, чаще в окологупочной и правой подвздошной областях	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	иерсиниозы	грипп	скарлатина	менингококцемия
Диспепсические явления	Характерны	Нет	»	»
Артралгии, артриты	»	Отсутствуют	»	Возможны
Гепатолиенальный синдром, увеличение периферических лимфатических узлов	»	»	Увеличение и болезненность тонзиллярных лимфоузлов	Характерны
Гемограмма	Чаше — нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ	Лейкопения, лимфоцитоз	Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ. В конце 1-й — начале 2-й нед. — эозинофилия	Резко выраженный нейтрофильный лейкоцитоз (до $20-40 \times 10^9/л$ ) со сдвигом формулы влево

Таблица 367

**Дифференциальная диагностика иерсиниозов в разгар болезни**  
(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниозы	сыпной тиф	лептоспироз
Начало	Острое, может быть постепенным	Острое	Острое
Лихорадка	Чаше фебрильная, длительная (1–2 нед.)	Ко 2–3-му дню достигает $38-39^{\circ}C$ , реже высокая с 1-го дня болезни. Постоянная, с небольшим снижением на 4, 8, 12-й дни болезни. Сохраняется 8–12 дней, снижается ускоренным лизисом	С 1-го дня достигает $39-40^{\circ}C$ . Сохраняется 5–10 дней, снижается коротким лизисом. Иногда через 3–12 дней вторая волна. Часто после снижения температуры длительно сохраняется субфебрилитет
Инттоксикация	Выражена с 1-го дня, длительная	Резко выражена с первых часов болезни, длительная	Резко выраженная, длительная

Продолжение таблицы ↵

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	нерсиниозы	сыпной тиф	лептоспироз
Экзантема	Полиморфная, иногда с геморрагическим компонентом, узловатая эритема. Появляется на 2–4-й день болезни, преимущественно на туловище, конечностях, ладонях, стопах, на фоне гиперемии, иногда зудящая. Может быть узловатая эритема. После исчезновения — шелушение	С 4–5-го дня болезни, розеолезно-петехиальная, множественная, напоминает звездное небо, преимущественно на боковых поверхностях грудной клетки, гибательных поверхностях рук. Не бывает на лице. Исчезает постепенно, через 7–8 дней, оставляя пигментацию, без шелушения	С 3–5-го дня болезни возможно появление полиморфной (кореподобной, краснухоподобной, скарлатиноподобной) сыпи, иногда с геморрагическим компонентом. Элементы склонны к слиянию. Локализуется на туловище и конечностях. После исчезновения — легкая пигментация и отрубевидное шелушение
Инъекция сосудов склер и конъюнктивит	Характерны	Резко выражены. Пятна Киари–Авцына	Выражены кровоизлияния под конъюнктиву
Боли в животе	Схваткообразные или постоянные ноющие боли в правой подвздошной области и около пупка	—	Не характерны
Расстройство стула	Характерно	Склонность к запорам	Не характерно
Желтуха	Только при развитии гепатита, неяркая, кратковременная	—	Яркая, продолжительная
Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки	Различной степени выраженности, тонзиллит	Диффузная гиперемия. Энантема Розенберга	Возможна
«Малиновый» язык	Характерен	—	—
Артралгии, артриты	Характерны	—	—
Миалгии	Характерны для лихорадочного периода	Не характерны	Резко выражены, особенно в икроножных мышцах и пояснице
Поражение почек	Иногда нерсиниозный пиелонефрит со скудной симптоматикой	При тяжелом течении — парадоксальная ишурия	Олигурия, вплоть до анурии, явления ОПН и уремической комы
Поражение ЦНС	Чаще синдром вегетативной дисфункции. Реже — менингизм и серозный менингит	Общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика (резкая головная боль, галлюцинации, бред, возбуждение, тремор, девиация языка, симптом Говорова-Годелье, дизартрия)	Нередко — менингизм, возможен серозный менингит
Гемограмма	Умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ	Изменения малоспецифичны	Нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ

## Дифференциальная диагностика иерсиниозов в разгар болезни (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниозы	трихинеллез	медикаментозный дерматит
Начало	Острое, может быть постепенным	Часто острое	Обычно постепенное
Лихорадка	Чаще фебрильная, длительная (1–2 нед.)	Ремиттирующего, постоянного или неправильного типа. Нарастает в течение 1–2 нед. до 39–40 °С. Снижается постепенно. Реже — субфебрилитет в течение длительного времени (до нескольких месяцев)	Чаще температура субфебрильная. Может быть нормальной
Интоксикация	Выражена с 1-го дня, длительная	Выраженная, длительная	Умеренная
Экзантема	Полиморфная, иногда с геморрагическим компонентом. Появляется на 2–4-й день болезни, преимущественно на туловище, конечностях, ладонях, стопах, на фоне гиперемии, иногда зудящая. После исчезновения — шелушение. Может быть узловатая эритема	Чаще макулезная, сливная, сохраняется в течение 5–8 дней, оставляет после себя пигментацию и отрубевидное шелушение. Отсутствие характерной локализации и этапности высыпаний. Иногда отмечается зуд элементов сыпи. Характерно несколько волн высыпаний	Чаще — макулезная, кореподобная, с первых дней приема лекарственного средства. Зудящая, сливная. Исчезает постепенно после отмены препарата
Инъекция сосудов склер и конъюнктивит	Характерны	Конъюнктивит с геморрагиями в стадии периорбитального отека	—
Гиперемия и одутловатость лица	»	Чаще одутловатость лица (особенно век) при нормальном цвете кожи	Чаще одутловатость лица, ощущение жжения кожи лица без ее гиперемии
Боли в животе	Схваткообразные или постоянные ноющие боли в правой подвздошной области и около пупка	При тяжелом течении	Иногда
Расстройство стула	Характерно	Только при тяжелом течении	Встречается редко
Желтуха	Только при развитии гепатита, неяркая, кратковременная	Возможна	—
«Малиновый» язык	Характерен	—	Редко — красный, без гипертрофированных сосочков

Продолжение таблицы ⇨

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниозы	трихинеллез	медикаментозный дерматит
Артралгии, артриты	Характерны	—	Редко
Гепатолиенальный синдром, полиаденопатия	»	Характерны	Крайне редко
Миалгии	В лихорадочном периоде	Выражены, при тяжелом течении распространенные, приводящие к контрактурам и обездвиживанию. Появляются в конечностях, затем в мышцах языка, глотки и жевательных мышцах	То же
Поражение почек	Иногда — иерсиниозный пиелонефрит со скудной симптоматикой	Не характерно	Крайне редко — аллергический нефрит
Поражение ЦНС	Чаще синдром вегетативной дисфункции. Реже — менингизм и серозный менингит	Головная боль, сонливость, реже — бред и явления менингизма. В поздние сроки — полиневриты, острый передний полиомиелит, менингит, энцефалит, миастении, парезы, психозы и др.	—
Гемограмма	Умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ	Лейкоцитоз, эозинофилия (10–15%) в течение 2–3 месяцев	Изменения малоспецифичны. Редко — умеренная эозинофилия

## 5.1.16. Брюшной тиф

Таблица 369

**Дифференциальная диагностика брюшного тифа в ранние сроки болезни**  
(по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	брюшной тиф	сыпной тиф	грипп	острый бруцеллез	инфекционный мононуклеоз
Начало	Постепенное, иногда подострое	Острое	Острое	Острое, реже постепенное	Острое, реже постепенное
Озноб	Не характерен	В первые 2–3 дня болезни	Озноб в первый день болезни сменяется чувством жара	Потрясающий, повторный	Не характерен
Лихорадка, ее продолжительность	38–39 °С, постоянная, достигает максимума на 5–8-й день, держится 2–3 нед.	39–40 °С, достигает максимума на 2-й день, держится 9–10 дней	38–40 °С, достигает максимума к концу 1-го или 2-го дня, держится 2–3 дня	38–39 °С, неправильная, достигает максимума на 2–3-й день, держится несколько дней, с повторными волнами, легко переносится больными	37,5–39 °С, неправильная, держится до 20–25 дней
Потливость	Не наблюдается	Не выражена	Обильная	Профузные поты, бывают даже при нормальной температуре	В период реконвалесценции
Состояние нервно-психической сферы и самочувствие больного	Угнетение, адинамия, заторможенность, может быть затемнение сознания	Возбуждение, эйфория, многословность, быстрое истощение	Резкая слабость с 1-го дня болезни	В первые 7–9 дней общее состояние мало нарушено, с начала 2-й нед. — эмоциональная лабильность, возбудимость	Без изменений
Головная боль	Нарастающая по интенсивности, без четкой локализации	Резкая, диффузная, постоянная	Сильная в области лба и надбровных дуг, глазных яблок при их движении	Умеренная, непостоянная	Непостоянная

Продолжение таблицы ↗

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	брюшной тиф	сыпной тиф	грипп	острый бруцеллез	инфекционный мононуклеоз
Нарушения сна	Выражены у значительной части больных	Упорная бессонница у всех больных	Сон не нарушен или сонливость	Не характерны	Не встречаются
Светобоязнь	—	Редко	Характерна	—	—
Катаральные явления (насморк, кашель, конъюнктивит, склерит)	Отсутствуют	Склерит	Наблюдаются у части больных с 3–4-го дня болезни	Отсутствуют	Отек слизистой оболочки полости носа, затруднение носового дыхания, отсутствие выделений из носа
Изменение лица	Бледное, бедная мимика	Гиперемия и одутловатость	Гиперемия лица и шеи без одутловатости	Без особенностей	Бледность, одутловатость и отечность век (нефритическая маска)
Полиаденит	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Полимикролимфаденопатия	Увеличение и болезненность углочелюстных, заднешейных лимфоузлов (нередко и лимфоузлов других групп)
Изменения в легких	Частые бронхиты и бронхопневмонии	Не характерны	При осложнении бронхитом или пневмонией	Редкие, для острого периода болезни не характерны	Не характерны
Частота пульса	Относительная брадикардия	Тахикардия	Лабильность пульса	Соответствует уровню повышения температуры тела	Соответствует уровню повышения температуры
Гепатолиенальный синдром	Характерен	Характерен	Не наблюдается	Характерен	Преимущественное увеличение селезенки, иногда печени (гепатит)
Изменения в ротоглотке, энантема	Умеренно выражена гиперемия миндалин, ангина Дюге — редко	У основания языка — мелкоточечные кровоизлияния (энантема Розенберга)	Неинтенсивная разлитая гиперемия. Мелкоточечная зернистость мягкого нёба (симптом Морозкина)	—	Ангина — катаральная, лакунарная или язвенная, может быть некротической

Дифференциальная диагностика холеры (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	холера	острый шигеллез	пищевые токсикоинфекции	ротавирусный гастроэнтерит	эшерихиоз, вызванный энтеротоксигенной бактерией
Характер стула	Водянистый, часто обесцвеченный, цвета рисового отвара, иногда с запахом сырой рыбы	Скудный, иногда бескаловый, с примесью слизи и прожилками крови	Водянистый, с неприятным запахом, часто зеленоватый, цвета болотной тины	Водянистый, обильный, пенистый, ярко-желтого цвета	Водянистый, цвета рисового отвара, без примесей слизи и крови
Дефекация	Безболезненная	Тенезмы	Болезненная при гастроэнтероколитическом варианте	Безболезненная	Безболезненная
Боль в животе	Не характерна	Часто сильная, ложные позывы к дефекации	Умеренная, схваткообразная	Умеренная	Умеренная, схваткообразная
Локализация боли	Боли нет	В нижнем отделе живота или в левой подвздошной области	В эпигастрии или в параумбиликальной области	Разлитая	В эпигастрии и мезогастрии
Рвота	Множественная, не приносящая облегчения, рвотные массы водянистые	При тяжелом течении	Множественная, приносящая временное облегчение	До 3–4 р/сут, чаще одновременно с поносом	До 2–5 р/сут
Озноб	Не характерен	Типичен	Типичен	Редко	Не характерен
Температура тела	Нормальная или пониженная	Повышенная	Повышенная, но может быть снижена при обезвоживании	Субфебрильная	Нормальная или субфебрильная
Урчание в животе	Типично, звучное и постоянное	Не типично	Незвучное, изредка	Громкое	Незвучное, непостоянное
Спазм и болезненность сигмовидной кишки	Не отмечаются	Характерны	Встречаются при гастроэнтероколитическом варианте	Не отмечаются	Не отмечаются
Изменения слизистой оболочки мягкого нёба	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Гиперемия и зернистость	Отсутствуют
Дегидратация III–IV степени	Типична	Не типична	Встречается редко	Не отмечается	Редко. Обычно дегидратация I–II степени



**Дифференциальная диагностика холеры и острых отравлений, вызванных химическими веществами (хлорированными углеводородами, фосфорорганическими соединениями (ФОС), дигидроксильными спиртами, препаратами мышьяка), бледной поганкой (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	холера	отравление дихлорэтаном	отравление ФОС	отравление полиэтиленгликолем	отравление мышьяком	отравление бледной поганкой
Начало заболевания	Острое, с внезапно-го появления жидкого стула	Через несколько минут после отравления появляются головокружение, атаксия, психомоторное возбуждение	Через 15–20 мин после приема ФОС появляются головокружение, головная боль, чувство страха, психомоторное возбуждение	Постепенное, в первые 12 ч, по типу алкогольного опьянения	Острое	Острое, обычно через 30 мин после употребления грибов
Характер стула	Обильный, водянистый, без запаха, многократный	Жидкий, хлопьевидный, с неприятным запахом	Жидкий, каловый, необильный	Жидкий, каловый	Жидкий, частый, цвета рисового отвара	Обильный, водянистый, многократный
Рвота	Без предшествующей тошноты, обильная, рвотные массы водянистые	Повторная, с обильной примесью желчи	Повторная, необильная	Тошнота, повторная рвота	Упорная, чувство жжения во рту	Неукротимая, обильная
Головная боль	Не характерна	Типична	Типична	Умеренная	Сильная	Типична
Боль в животе	Не характерна	»	»	»	»	»
Сухость кожи	Выраженная	Отсутствует	Отсутствует	»	Умеренная	Выраженная
Гипергидроз	Не характерен	Потливость, саливация, бронхорея	Резко выражен, потливость, саливация, бронхорея	Не характерен	Не характерен	Не характерен
Гиперкинезы	При III–IV степени дегидратации	Не характерны	Хореодного типа, миофибрилляции	Гипертонус мышц конечностей, тризм жевательной мускулатуры	Генерализованные судороги	Умеренные клонико-тонические судороги

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	холера	отравление дихлорэтаном	отравление ФОС	отравление полиэтиленгликолем	отравление мышьяком	отравление бледной поганкой
Артериальное давление	Понижено	Кратковременное повышение	Повышено	Понижено	Понижено	Понижено
Пульс	Тахикардия	Тахикардия	Брадикардия	Тахикардия	Тахикардия	Тахикардия
Нарушение дыхания	Тахипноэ при IV степени дегидратации	Брадипноэ, при коме — патологические типы дыхания	Брадипноэ, при коме — патологические типы дыхания	Патологические типы дыхания, апноэ	Тахипноэ, патологические типы дыхания	Тахипноэ
Поражение печени	Не характерно	Токсический гепатит, вплоть до развития ОПЭ	Не характерно	Токсический гепатит	Токсический гепатит	Токсический гепатит
Поражение почек	Олигоанурия, при IV степени дегидратации ОПН	Макрогематурия, развитие ОПН	Полиурия	Быстрое развитие ОПН	Олигоанурия, возможно развитие ОПН	ОПН различной степени
Поражение ЦНС	Прострация при IV степени дегидратации	Токсическая энцефалопатия, кома	Кома	Кома различной степени выраженности	Токсическая энцефалопатия, кома	Кома различной степени выраженности

*Примечание.* ОПН — острая почечная недостаточность.

## 5.1.18. Ботулизм

Таблица 372

Дифференциальная диагностика ботулизма (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	ботулизм	дифтерия	пищевые токсикоинфекции	отравление метиловым спиртом	отравление красным мухомором	отравление беленой, дурманом, красавкой, атропином
Начало заболевания	Острое, возможен «светлый промежуток» между гастроинтестинальным и паралитическим синдромами	Острое, с появления озноба, боли в горле, дисфагии, чувства нехватки воздуха	Острое, с появления рвоты и диареи. Выраженная интоксикация	Острое, на фоне алкогольного опьянения появляются головная боль, рвота, нарушения зрения	Острое, с появления рвоты и диареи. Обильное потоотделение, слюно- и слезотечение	Острое, с возбуждения, бреда, появления галлюцинаций, нарушения зрения
Внешний вид больного	Гиперемия лица; кожа влажная, бледная; в тяжелых случаях — цианоз	Кожа влажная, бледная; в тяжелых случаях — цианоз. В начале болезни обнаруживаются фибриновые налеты в ротоглотке. При токсических формах — отек шейной клетчатки	Кожа сухая, бледная; в тяжелых случаях цианоз, тургор снижен	Кожа сухая, гиперемированная, с синюшным оттенком	Кожа влажная, бледная	Кожа сухая, красная; иногда скарлатиноподобная сыпь. Инъекция сосудов склер
Температура тела	Нормальная при легком течении, субфебрильная при среднетяжелом и тяжелом	Высокая	Субфебрильная при легком течении, высокая при среднетяжелом и тяжелом	Нормальная или субфебрильная	Нормальная	От субфебрильной до высокой
Дыхание	Дыхание затруднено, поверхностное, тахипноэ. В тяжелых случаях парез дыхательной мускулатуры и развитие острой дыхательной недостаточности	Одышка. Возможно развитие истинного крупа — при дифтерии гортани	Выраженной патологии нет, при тяжелом течении возможна одышка	Дыхание затруднено, одышка; при тяжелом течении возможен паралич дыхания	Дыхание затруднено, бронхорея	Дыхание затруднено, одышка. Возможно внезапное наступление смерти из-за паралича дыхательного центра

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	ботулизм	дифтерия	пищевые токсикоинфекции	отравление метиловым спиртом	отравление красным мухомором	отравление беленой, дурманом, красавкой, атропином
Артериальное давление	Повышено. При тяжелом течении снижается	Повышено. При развитии миокардиопатии — гипотония	Снижено	В первые часы может быть повышенное, затем быстро падает. Возможен токсический шок	Снижено	Повышено в первой фазе (возбуждения), затем, в фазе угнетения ЦНС, снижается
Сердечный ритм и тоны сердца	Тахикардия, глухость сердечных тонов. При тяжелом течении тахикардия сменяется брадикардией, появляется экстрасистолия, фибрилляция сердца	Тахикардия, гипертония. В начале 2-й нед. болезни возможно развитие миокардиопатии (глухость сердечных тонов, систолический шум на верхушке, аритмия и т.д.)	Тахикардия	Тахикардия, затем (через несколько часов) брадикардия	Брадикардия	Выраженная тахикардия, аритмия
Диспепсический синдром	Тошнота, рвота, жидкий стул возможны в первые сутки, в дальнейшем — вздутие живота, запор	Выраженной патологии нет	Тошнота, рвота, водянистый, обильный стул, боли в животе возможны как локализованные, так и диффузные	Тошнота, рвота. Язык обложен серым налетом	Обильная саливация, тошнота, рвота, водянистый стул, боль в животе, резко усилена перистальтика (урчание слышно на расстоянии)	Сухость во рту, расстройства глотания. В фазе возбуждения возможна непроизвольная дефекация
Симптомы поражения органов мочевого выделения	Выраженной патологии нет	Нефрозонефрит, при тяжелом течении развивается ОПН	При обезвоживании развитие олигоанурии	Возможно развитие олигурии	Выраженной патологии нет	В фазе возбуждения возможно непроизвольное мочеиспускание. В фазе угнетения ЦНС — олигоанурия

Продолжение таблицы ☞

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	ботулизм	дифтерия	пищевые токсикоинфекции	отравление метиловым спиртом	отравление красным мухомором	отравление беленой, дурманом, красав- кой, атропином
Нарушение зрения	В первые дни болезни в виде «тумана», «сетки» перед глазами, двоения предметов. Выявляются мидриаз, анизокория, нарушение аккомодации, косоглазие, опущение верхнего века, нистагм. При тяжелом течении — неподвижность глазных яблок, полный птоз	Выявляется обычно на 2-й нед. болезни (ранняя полинейропатия), иногда на 5–6-й нед. от начала болезни (поздняя полинейропатия). Возможны нарушения аккомодации, диплопия. Выявляются косоглазие, мидриаз, анизокория	—	Неясное видение, «мушки» перед глазами в первый день. Диплопия, мидриаз, ослабление фотореакции появляются обычно на 2-е сут, в последующем развивается слепота	Нарушение аккомодации, миоз, отсутствие реакции на свет выявляются в первые сутки болезни	Мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет, нарушение аккомодации, диплопия выявляются в первые сутки болезни
Бульбарный синдром (дисфагия, дисфония, дизартрия)	Выявляется в первые дни и нарастает по мере прогрессирования болезни	Выявляется обычно на 2-й нед. болезни (ранняя полинейропатия), реже на 5–6-й нед. от начала заболевания (поздняя полинейропатия)	—	—	—	Выявляется в первые дни болезни
Двигательные расстройства	В тяжелых случаях на первой неделе болезни (вплоть до развития тетраплегии)	При развитии поздней полинейропатии на 5–6-й нед. от начала заболевания с нарастанием клиники вплоть до развития тетраплегии	—	Атаксия, гипертонус конечностей, боль в ногах с первых дней заболевания	—	В фазе угнетения ЦНС — снижение рефлексов, мышечная гипотония, нарушение координации движений

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	ботулизм	дифтерия	пищевые токсикоинфекции	отравление метиловым спиртом	отравление красным мухомором	отравление беленой, дурманом, красавкой, атропином
Парез дыхательной мускулатуры	В тяжелых случаях — на первой неделе от начала заболевания	Наблюдается на 7–9-й нед. от начала заболевания при развитии поздней полинейропатии с нарастанием клиники вплоть до развития паралича дыхательной мускулатуры и острой дыхательной недостаточности	—	Пареza дыхательной мускулатуры нет, но при тяжелом течении возможен паралич дыхания из-за токсического поражения дыхательного центра	—	—
Нарушение сознания	—	—	При выраженном обезвоживании — вялость, адинамия, возможна протрация	Спутанное сознание. Возможны психомоторное возбуждение, судороги, коматозное состояние	Спутанное сознание, галлюцинации, бред. Возможно развитие судорог	Речевое, двигательное возбуждение, головная боль, бред, галлюцинации, неадекватный смех, плач, другие психические нарушения. Эпилептиформные судороги с последующей потерей сознания, развитием комы
Эпидемиологический анамнез	Употребление в пищу консервов, копченостей, вяленых рыбы и мяса домашнего приготовления за 2 ч–7 сут до болезни	Контакт с больным дифтерией за несколько дней до заболевания	Употребление в пищу недоброкачественных продуктов за несколько часов–сутки до начала болезни	Употребление спирта за несколько часов — сутки до начала болезни	Употребление в пищу грибов за несколько часов до начала болезни	Употребление в пищу растений за несколько часов до начала болезни. Передозировка лекарственных средств, содержащих белладонну

## 5.1.19. Столбняк

Таблица 373

Дифференциальная диагностика столбняка (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	столбняк	бешенство	отравление стрихнином	тетания, возникающая при гипофункции паращитовидных желез	эпилептический приступ	истерия
Начало болезни	Подострое или острое	Подострое или острое	Острое	Подострое	Острейшее, иногда со зрительной или звуковой ауры	Острое
Данные эпидемиологического анамнеза	Раны и травмы, ожоги, обморожения, укусы животных, внебольничные роды и аборты в течение месяца до заболевания	Укусы животного, попадание его слюны на поврежденную кожу или слизистые оболочки (в течение года до заболевания)	Могут быть сведения о приеме яда	Могут быть сведения о недавних операциях на щитовидной и паращитовидных железах	Могут быть сведения о предшествующих припадках. Иногда приступ развивается при резком прекращении приема алкоголя и барбитуратов при предшествующем длительном их употреблении (абстинентные эпилептики)	Могут быть сведения о предшествующем лечении у психиатра
Температура тела	При легком течении болезни субфебрильная, при тяжелом, с частыми судорогами, высокая	В начале болезни субфебрильная, в разгаре — высокая	Нормальная	Нормальная	Нормальная, при эпистатусе повышается	Вне приступа нормальная, во время приступа может быть субфебрильной
Внешний вид больного	Бледная, влажная кожа, при тяжелом течении — цианоз	Бледная, влажная кожа, экзофтальм и мидриаз, выраженная гиперсаливация	Цианоз кожи, мидриаз	Бледная кожа	Вначале лицо бледное, затем становится цианотичным	Чаще гиперемия лица

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	столбняк	бешенство	отравление стрихнином	тетания, возникающая при гипофункции паращитовидных желез	эпилептический приступ	истерия
Настроение и поведение больного	Беспокоен, раздражителен	В продромальном периоде — подавлен, замкнут, тревожен. В стадии возбуждения — гидро-, фото-, акустико- и аэрофобия	Беспокоен, пуглив, раздражителен	Отмечаются раздражительность, депрессия, иногда психоз	Возможны угнетенность, подавленность, боязнь повторных приступов	Отмечаются возбуждение, самодраматизация, театральность поведения и преувеличенное выражение эмоций
Расстройство сознания	Сознание ясное	В стадии возбуждения — спутанное сознание, бред; в паралитической стадии — прояснение сознания	Не характерно	Возможно кратковременное расстройство сознания	Во время приступа сознание отсутствует	Сознание ясное
Мышечный тонус вне судорожного приступа	Гипертонус	Расслабление мышц в межприступный период	Отсутствие тонического напряжения мышц после приступа судорог	Повышен	Нормальный	Нормальный
Тризм и «сардоническая улыбка»	Есть	Отсутствуют	Иногда тризм, ощущение горького привкуса во рту	Отсутствуют	Отсутствуют вне приступа, при судорогах челюсти крепко сжаты	Отсутствуют

Продолжение таблицы ↪



Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	столбняк	бешенство	отравление стрихнином	тетания, возникающая при гипофункции паращитовидных желез	эпилептический приступ	истерия
Особенности судорожного синдрома	Тетанические судороги чрезвычайно болезненные, в ряде случаев длительные, сопровождающиеся затруднением дыхания; во время приступа — цианоз, усиленное потоотделение, саливация, тахикардия	Короткие (несколько секунд) и частые спастические болезненные приступы судорог мышц глотки, гортани, диафрагмы, сопровождающиеся нарушением дыхания и глотания, резким психомоторным возбуждением и агрессивней	Восходящее распространение судорог (сначала судороги конечностей, затем туловища, в последнюю очередь — мышцы головы). Судороги носят генерализованный характер, сопровождаются тахикардией, затруднением дыхания	При тетании приступы судорог сопровождаются рвотой, поносом, болями в животе, бронхоспазмом. Судороги редко становятся генерализованными и всегда захватывают мелкие мышцы конечностей. Выявляются симптомы Эрба, Труссо, Хвостека, «конской стопы» и «руки акушера»	Тонико-клонические судороги. Возможно прикусывание языка и выделение изо рта кровавой пены. Судорожный приступ завершается сном, полным расслаблением мускулатуры, произвольными дефекацией и мочеиспусканием. Характерна ретроградная амнезия	Приступ сопровождается эмоциональными реакциями (плач, хохот), целенаправленными реакциями (больные рвут одежду, кидают различные предметы и т.д.), повышается мышечный тонус. После приступа происходит полное расслабление мышц
Некоторые дополнительные признаки	Выделение культуры возбудителя из раны	Обнаружение антигена вируса иммунофлюоресцентным методом в отпечатках роговицы, биоптатах кожи и головного мозга, положительный результат биопробы на мышцах	Положительный результат исследования промывных вод крови на стрихнин	Удлинение интервала QT на ЭКГ. В плазме крови — всегда гипокальциемия	При ЭЭГ-исследовании выявляется патологическая активность в виде острых волн, острых медленных волн, спайк-волн и полиспайк-волн	В диагностически сложных случаях назначают снотворное, во время действия которого мышцы полностью расслабляются

## 5.2. ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

### 5.2.1. Грипп

Таблица 374

#### Дифференциальная диагностика различных вариантов гриппа и других респираторно-вирусных инфекций

Диагностические признаки	Грипп	Парагрипп	ТОРС	РС-инфекция	Аденовирусная инфекция	Риновирусная инфекция	Реовирусная инфекция	Птичий грипп
Возбудитель	Вирусы гриппа: 3 серотипа (А, В, С)	Вирусы парагриппа: 5 серотипов (1–5)	Коронавирус новой группы	РС-вирус: 1 серотип	Аденовирусы: 49 серотипов (1–49)	Риновирусы: 14 серотипов (1–114)	Реовирусы: 3 серотипа (1–3)	Вирус гриппа А (H5N1)
Инкубационный период	От нескольких часов до 1,5 сут	2–7 дней, чаще 3–4 дня	2–7 дней, иногда до 10 дней	3–6 дней	4–14 дней	2–3 дня	1–6 дней, чаще 2–3 дня	1–7 дней, в среднем 3 дня
Начало заболевания	Острое	Постепенное	Острое	Постепенное	Постепенное	Острое	Острое	Острое
Течение	»	Подострое	»	Подострое, иногда затяжное	Затяжное, волнообразное	»	»	»
Ведущий клинический синдром	Интоксикация	Катаральный	Дыхательная недостаточность	Катаральный, дыхательная недостаточность	Катаральный	Катаральный	Катаральный	Лихорадка, дыхательная недостаточность
Выраженность интоксикации	Сильная	Слабая или умеренная	Сильно выраженная	Умеренная или слабая	Умеренная	Слабая	Слабая или умеренная	Сильная
Длительность интоксикации	2–5 дней	1–3 дня	5–10 дней	2–7 дней	8–10 дней	1–2 дня	1–3 дня	7–12 дней

Продолжение таблицы ↪

Примечание. ТОРС — тяжелый острый респираторный синдром.

Диагностические признаки	Грипп	Парагрипп	ТОРС	РС-инфекция	Аденовирусная инфекция	Риновирусная инфекция	Реовирусная инфекция	Птичий грипп
Температура тела	Чаще 39 °С и выше, но может быть и субфебрильная	37–38 °С, может длительно сохраняться	38 °С и выше	Субфебрильная, иногда нормальная	Фебрильная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная или нормальная	38 °С и выше
Катаральные проявления	Умеренно выражены, присоединяются позднее	Выражены с первого дня болезни, осиплость голоса	Умеренно выражены. Экссудация слабая	Выражены, постепенно нарастают	Сильно выражены с первого дня болезни	Выражены с первого дня болезни	Умеренно выражены с первого дня болезни	Отсутствуют
Ринит	Затруднение носового дыхания, заложенность носа; серозные, слизистые или сукровичные выделения до 50% случаев	Затруднение носового дыхания, заложенность носа	Возможен в начале заболевания	Заложенность носа, не обильное серозное отделяемое	Обильное слизисто-серозное отделяемое; резкое затруднение носового дыхания	Обильное серозное отделяемое; носовое дыхание затруднено или отсутствует	Умеренное серозное отделяемое	Отсутствует
Кашель	Сухой мучительный, надсадный, с болями за грудиной до 7–10-го дня болезни; на 3-и сут влажный	Сухой, «лающий», может сохраняться длительное время (иногда до 12–21-го дня болезни)	Сухой, умеренно выраженный	Сухой приступообразный продолжительностью до 3 нед., может сопровождаться болями за грудной	Влажный	Сухой, першение в глотке	Редкое покашливание	Выраженный
Изменения слизистых оболочек	Слизистые глотки и миндалин синюшны, умеренно гиперемированы, инъекция сосудов	Слабая или умеренная гиперемия зева, мягкого нёба, задней стенки глотки	Слабая или умеренная гиперемия слизистых оболочек	Слабая гиперемия слизистых оболочек	Умеренная гиперемия, отечность, гиперплазия фолликул миндалин и задней стенки глотки	Слабая гиперемия слизистых оболочек	Слабая или умеренная гиперемия слизистых оболочек	Отсутствует

Диагностические признаки	Грипп	Парагрипп	ТОРС	РС-инфекция	Аденовирусная инфекция	Риновирусная инфекция	Реовирусная инфекция	Птичий грипп
Физикальные признаки поражения легких	Отсутствуют, при наличии бронхита сухие рассеянные хрипы	Отсутствуют	С 3–5-го дня болезни часто выявляются признаки интерстициальной пневмонии с генерализацией	Рассеянные сухие и редко влажные среднепузырчатые хрипы; признаки пневмонии	Отсутствуют, при наличии бронхита — сухие рассеянные хрипы	Отсутствуют	Отсутствуют	Со 2–3-го дня болезни
Ведущий синдром респираторных поражений	Трахеит	Ларингит, ложный круп встречается крайне редко	Бронхит, острый респираторный дистресс-синдром	Бронхит, бронхиолит; возможен бронхоспазм	Ринофарингоконъюнктивит и/или тонзиллит	Ринит	Назофарингит	Нижний респираторный синдром
Увеличение лимфатических узлов	Отсутствует	Угловатые, заднешейные, реже — подмышечные увеличены и умеренно болезненны	Отсутствует	Отсутствует	Может быть полиаденит	Отсутствует	Увеличены шейные	Отсутствует
Увеличение печени и селезенки	»	Отсутствует	Отмечается	Симптомы токсического гепатита	Отмечается	»	Отмечается	Возможно
Поражение глаз	Инъекция сосудов склер	»	Редкое	Отсутствует	Конъюнктивит, кератоконъюнктивит	Инъекция сосудов конъюнктив и склер, век; слезотечение	Инъекция сосудов склер, иногда катаральный конъюнктивит	Отсутствует
Поражение других внутренних органов	Отсутствует	»	Часто диарея в начале заболевания	»	Может быть экзантема, иногда диарея	Отсутствует	Отсутствует	Диарея, возможно поражение печени, почек, лейко-, лимфо-, тромбоцитопении

## Дифференциальная диагностика гриппа и других ОРВИ (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	грипп	парагрипп	РС-инфекция	риновирусная инфекция
Неимущественное поражение участка респираторного тракта	Трахеит	Ринит, фарингит, ларингит	Бронхит, бронхиолит	Ринит
Интоксикация	Выраженная	Умеренная	Умеренная	Слабая
Начало болезни	Внезапное, озноб	Постепенное	Постепенное	Острое
Внешний вид больного	Лицо гиперемировано	Бледность	Бледность	Лицо бледное, пастозное
Температура тела	Высокая	Чаще умеренная	Может быть высокая	Субфебрильная
Головная боль	Сильная	Слабая	Умеренная	Умеренная, возникает редко
Боль в области глазниц	Выражена	—	Редко	—
Миалгия, артралгия	»	—	»	—
Насморк	Незначительный, кратковременный	Умеренный	Умеренный, чаще отсутствует	Резко выраженный, кратковременный
Кашель	Сухой	Сухой, «лающий», грубый	Приступообразный, иногда астматический синдром	—
Конъюнктивит	Инъекция сосудов склер и конъюнктив	—	—	—
Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки	Яркая, цианотичная	Слабая	Слабая	Слабая
Кровотечение из носа	Бывает	—	—	—
Лимфаденит	—	—	Редко — шейный, подчелюстной	—
Печень и селезенка	Не увеличены	Не увеличены	Не увеличены	Не увеличены

Таблица 376

**Дифференциальная диагностика ОРВИ и инфекционных болезней, протекающих с синдромом воспаления дыхательных путей (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Различия
Корь	Синдром интоксикации, симптомы воспаления дыхательных путей	Двусторонний выраженный конъюнктивит, пятна Филатова—Коплика. Циклично появляющаяся сыпь
Краснуха		Лимфаденит заднешейных и затылочных лимфоузлов, неяркая мелкопятнистая сыпь на коже
Ветряная оспа		Ранняя полиморфная везикулезная сыпь, энантема
Дифтерия носа		Сукровичные выделения из носа, фибринозная пленка на слизистой оболочке носовых ходов
Энтеровирусная инфекция		Боль в животе, жидкий стул. Менингеальный синдром, герпангина
Менингококковый назофарингит		Гиперемия мягкого нёба выражена незначительно. Яркая гиперемия и отек задней стенки глотки. Гипертрофия ее лимфоидных фолликулов, наличие слизисто-гнойного экссудата на стенках глотки
Легионеллез	Симптомы интоксикации, лихорадка, воспаление верхних дыхательных путей (длительность 2–5 дней)	Озноб, миалгия, неврологические симптомы (головокружения, нарушение координации, нарушение памяти), боль в животе, рвота. Лейкоцитоз
Микоплазмоз (пневмония)	Воспаление верхних дыхательных путей (ринит, фарингит)	Часто сочетание со стерто протекающей пневмонией
Хламидиоз (пневмония)	Симптомы интоксикации, симптомы воспаления дыхательных путей	Длительное течение, астмоподобная одышка, воспаление придаточных пазух носа
Орнитоз	Синдром интоксикации, кашель	Преобладание интоксикации, скудные катаральные явления в виде бронхита, длительное течение

Таблица 377

**Дифференциальная диагностика гриппа и инфекционных болезней, протекающих с остро развивающейся интоксикацией (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Различия
Сыпной тиф	Острое начало, озноб, высокая температура тела, гиперемия лица и конъюнктив, головная боль	Выражено возбуждение, плохой сон. Со 2–3-го дня болезни симптом Киари—Авцына. С 3–4-го дня болезни увеличение печени и селезенки. На 4–5-й день болезни появляется обильная розеолезно-петехиальная сыпь на туловище и конечностях. В крови — нейтрофильный лейкоцитоз

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 377

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Различия
Менингококковая инфекция	Бурное начало, высокая лихорадка, озноб, заложенность носа, головная боль	Появление сыпи геморрагического характера на конечностях, ягодицах (в тяжелых случаях — на лице, туловище) на 1–2-й день болезни. Кровоизлияния под конъюнктиву. При сочетании с менингитом — менингеальный синдром, расстройство сознания, очаговые симптомы. В крови — высокий нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до юных форм
Лептоспироз	Острое начало, озноб, гиперемия лица, конъюнктив, инъекция склер, головная боль	Сильная боль в мышцах (особенно в икроножных), отсутствие катаральных явлений, частые носовые кровотечения. С 4–6-го дня возможно появление пятнисто-папулезной или розеолезно-петехиальной сыпи на коже груди и живота. Увеличение печени, селезенки с 3–4-го дня болезни, появление желтухи, анурия. В крови — нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы к палочкоядерным лейкоцитам
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	Острое начало, озноб, сильная головная боль, высокая температура тела, гиперемия лица, слизистой оболочки нёба и глотки	Выражены одутловатость, гиперемия лица и верхнего отдела грудной клетки, шен. Психомоторное возбуждение. Кровоизлияния под конъюнктиву, кровоподтеки, носовые кровотечения. Тяжесть и боль в пояснице, олигоанурия, изменения в моче
Малярия	Острое начало, высокая температура, головная боль	Малярийные приступы (озноб, жар и пот), гепатолиенальный синдром, обнаружение паразитов в мазках и толстой капле крови
Иерсиниозы	Острое начало, высокая температура, головная боль, гиперемия лица, конъюнктивит. Гиперемия слизистой оболочки глотки	Боль в суставах, экзантема, крапивница, симптомы «перчаток», «носов», диарея, желтуха
Лихорадка Ку	Острое начало, озноб, значительное повышение температуры тела, мышечная боль, признаки воспаления верхних дыхательных путей в виде фарингита и ларингита, гиперемия лица	Длительное течение, гепатолиенальный синдром с 3–4-го дня
Инфекционный мононуклеоз	Повышение температуры тела, боль в горле	Длительная лихорадка, ангина, лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, характерная картина периферической крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, широкоплазменные клетки в большом количестве)

## 5.2.2. Острые респираторные вирусные инфекции

Таблица 378

Основные симптомы, развивающиеся при разных ОРВИ (по М.Г. Лукашевич, 2008)

Клинический признак	Грипп	Парагрипп	Респираторно-синцициальная инфекция	Аденовирусная инфекция	Риновирусная инфекция	Энтеровирусная инфекция
Начало заболевания	Острое, внезапное	Постепенное	Постепенное	Острое, постепенное	Острое	Острое, иногда внезапное
Температура	Максимально высокая с быстрым подъемом и ознобом	Субфебрильная или нормальная	Не выше 38 °С или отсутствует	До 38–38,5 °С	Субфебрильная или нормальная	39–40 °С
Длительность лихорадки, сут	3–5	2–4	3–7	5–10, нередко повторные волны	1–2	3–5, затем снижается критически, повторные волны
Интоксикация	Выражена; интенсивная головная боль, преимущественно в лобной и надглазничных областях, головокружение, резко выраженная мышечная слабость, адинамия, боли в мышцах	Умеренно выражена, слабость, разбитость, ломота в мышцах, познобливание. При 3-м серотипе — как грипп	Не выражена	Умеренная, постепенно нарастает до выраженной	Не выражена, но у детей первого года жизни из-за затруднения носового дыхания беспокойный сон, отказ от еды	Выражена; головная боль, головокружение, повторная рвота
Катаральные явления	Выражены умеренно или отсутствуют, появляются уже на фоне токсикоза, особенно типична зернистость слизистой оболочки мягкого нёба	Умеренно выраженный серозный ринит, умеренная гиперемия и зернистость задней стенки, сохраняются долго (в среднем 9 дней)	Незначительны: заложенность носа, небольшое слизистое отделяемое, незначительная гиперемия задней стенки, дужек	Выражены с первых дней, постепенно нарастают явления ринита с обильным серозным отделяемым, умеренная гиперемия дужек, задней стенки с гиперплазией лимфоидной ткани,	В основном выражены явления ринита с обильной ринореей, экссудат водянистый, затем слизисто-гнойный, вокруг ноздрей экскориации	Выражена гиперемия слизистой оболочки миндалин, мягкого нёба, дужек. Могут быть везикулезные высыпания (герпангина), ринит

Продолжение таблицы 5



Клинический признак	Грипп	Парагрипп	Респираторно-синцициальная инфекция	Аденовирусная инфекция	Риновирусная инфекция	Энтеровирусная инфекция
				могут быть белесоватые налеты на миндалинах и в лакунах, которые быстро исчезают		
Характер кашля	Сухой, с болью за грудиной	Грубый, лающий, дисфония	Короткий, сухой, нередко обструктивный синдром	Навязчивое покашливание быстро сменяется влажным кашлем	Кашель отмечается редко, чаще покашливание	Кашель отмечается редко
Характер поражения дыхательных путей	Трахеит	Ринит, ларингит	Нижние отделы дыхательного тракта — бронхит, бронхиолит	Назофарингит, тонзиллит, нижних отделов бронхиального дерева — бронхиолы	Не поражаются	Ротоглотка
Особенности течения	Быстрое нарастание токсикоза, нейротоксикоз. Гемодинамические расстройства (гипотония, слабое наполнение пульса). Геморрагический синдром	Постоянное поражение гортани с развитием клиники стенозирующего ларинготрахеита, возможна реинфекция	Несоответствие минимальной интоксикации и выраженной дыхательной недостаточности, частое развитие синдрома обструкции нижних дыхательных путей	Могут быть конъюнктивит (катаральный, фолликулярный, пленчатый), кератоконъюнктивит, экзантема в виде мелкопапулезной (кореподобной) сыпи на передней брюшной стенке. Кишечная дисфункция в течение 3–5 дней (энтероколит), мезаденит, боли в эпигастральной и параумбиликальной областях, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Часто наблюдается присоединение бактериальных осложнений	Благоприятное, состояние улучшается на 3–5-й день	Могут быть явления склерита, конъюнктивита. На коже пятнисто-папулезная розовая, полиморфная сыпь, быстро переходящая. Очень часто миалгии, явления гастроэнтерита (повторная рвота; обильный водянистый стул до 6–10 р/сут). Редкие формы болезни — серозный менингит, паралитическая (полномиелитоподобная) форма, миокардит

Таблица 379

**Дифференциальная диагностика острого респираторного заболевания  
аденовирусной этиологии (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	ОРЗ аденовирусной этиологии	грипп	инфекционный моноклеоз
Начало болезни	Чаще постепенное	Острое, с ознобом	Обычно постепенное
Лихорадка	Умеренная, иногда волнообразная	Высокая	Чаще умеренная
Интоксикация	Умеренная	Высокая, основной синдром	То же
Головная боль	»	Характерна, выраженная	Умеренная
Боль в области глазниц	Не характерна	Характерна	Не характерна
Затруднение носового дыхания	Выраженное	Небольшое, кратковременное	Выраженное
Ринорея	Обильная	Незначительная	Незначительная при выраженном затруднении носового дыхания
Изменения в ротоглотке	Гиперемия слизистой оболочки, тонзиллит (от катарального до ложноплечатого), увеличение лимфоидных фолликулов задней стенки глотки	Яркая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки	Гиперемия слизистой оболочки, тонзиллит (от катарального до ложноплечатого)
Время появления изменений в ротоглотке	С первых дней болезни	С первых дней болезни	Нередко в конце первой недели болезни
Трахеит	Возможен	Ярко выражен	Не характерен
Конъюнктивит	Нередко. Характерен для фарингоконъюнктивальной лихорадки	Гиперемия конъюнктив	»
Увеличение лимфатических узлов	Полимифаденопатия	Не характерно	Полимифаденопатия, наиболее выраженная в шейной группе
Экзантема	Редко, эфемерная	Не характерна	Пятнисто-папулезная с геморрагическим компонентом (обычно ее появление связано с приемом ампициллина)
Увеличение селезенки и печени	Возможно	Не характерно	Характерно, преимущественно увеличение селезенки
Атипичные мононуклеары в гемограмме	Возможны, немного	Не характерны	Мононуклеары составляют более 60%, из них 15% и более атипичных

## Дифференциальная диагностика ТОРС (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	ТОРС	грипп	энтеровирусная инфекция Коксаки-ЕСНО	микоплазменная пневмония	легионеллез	орнитоз	РС-инфекция
Начало болезни	Острое	Острое	Острое	Постепенное	Острое	Острое	Острое
Интоксикация	Выражена с 1-го дня (рвота, миалгия, головная боль, головокружение)	Выражена с 1-го дня (головная боль, ломота в теле)	Выражена умеренно	Слабо выражена	Резко выражена с 1-го дня (головная боль, слабость)	Выражена (головная боль, нарушение сна)	Выражена (миалгия, головная боль)
Лихорадка	Двухволновая, 10 дней и более	2–5 дней	2–5 дней	Длительная, невысокая	Высокая, длительность до 2 нед.	Длительная, высокая	Только в начальном периоде, 2–7 дней, во втором периоде температура нормальная
Катаральные явления	В начальном периоде болезни	Характерен ларинготрахеит	Бывают часто	Кашель с 1-го дня болезни	Кашель	Кашель	С 1-го дня болезни чихание, ринит, приступообразный кашель
Физикальные изменения в легких	Характерны в период разгара, умеренно выражены	Отсутствуют	Отсутствуют	Слабо выражены	Характерны, выражены значительно	Слабо выражены	Участки укорочения перкуторного звука, хрипы
Дыхательная недостаточность	Характерна для периода разгара, основной синдром — ОРДСВ	—	—	—	Возможна	—	Характерна во втором периоде болезни
Плевральная боль	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Возможна	Характерна	Бывает	Отсутствует

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	ТОРС	грипп	энтеровирусная инфекция Коксаки-ЕСНО	микоплазменная пневмония	легионеллез	орнитоз	РС-инфекция
Внелегочные проявления	Возможны диарея, тошнота, рвота, боль в животе	Трахеит	Диарея, плевродиния, экзантема, герп-ангина, менингит	Артрит, диарея, мирингит, возможен менингит	Диарея, гепатит, ОПН, энцефалопатия	Гепатоспленомегалия, менингит	Возможно увеличение печени, селезенки
Рентгенологическая картина	Интерстициальные инфильтраты на периферии легкого с одной стороны, отсутствует поражение прикорневых лимфоузлов, в разгаре — двусторонняя пневмония, отек легких	Изменений нет	Изменений нет	Изменения разнообразные, регресс длительный — от 3 до 5 нед.	Обширная плевропневмония	Интерстициальная или паренхиматозная пневмония, поражаются нижние доли легкого. Расширение корня легкого, увеличение медиастинальных лимфоузлов	Эмфизема легких, усиление легочного рисунка, понижение прозрачности легочных полей («пчелиные соты»)
Гемограмма	Лейкопения, лимфопения, нейтрофилез, тромбоцитопения	Лейкопения, лимфоцитоз, нейтропения, эозинопения, СОЭ нормальная	Нормальное количество лейкоцитов или лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы	Могут быть умеренная лейкопения или лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ 20—40 мм/ч	Нейтрофильный лейкоцитоз, высокая СОЭ	Лейкопения или нормальное количество лейкоцитов, анэозинофилия, лимфопения, СОЭ повышена	Нормальное содержание лейкоцитов, лимфопения, нейтрофилез, СОЭ умеренно увеличена
Эпидемиологический анамнез	Пребывание в стране, где регистрируется ТОРС, или контакт с больным, прибывшим из такой страны, в течение предыдущих 10 дней	Контакт с больным гриппом	Указание на вспышку в коллективе	Вспышка атипичной пневмонии в закрытых коллективах среди детей или лиц молодого возраста	Пребывание в зоне земляных работ, длительное вдыхание воздуха, поступающего из кондиционера, пребывание в душевых	Контакт с птицами	Контакт с больными РС-инфекцией

Примечание. ОРДСВ — острый респираторный дистресс-синдром взрослых.

Таблица 381

**Дифференциальная диагностика паралитической формы полиомиелита, паралитической (полиомиелитоподобной) формы энтеровирусной болезни и клещевого менингоэнцефалита (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	паралитическая форма полиомиелита	полиомиелитоподобная форма энтеровирусной инфекции	клещевой менингоэнцефалит
Начало	Острое	Острое	Острое
Лихорадка 38 °С и более, двухволновая	Есть	Возможна	Возможна
Катаральные явления	Ринофарингит, ангина, бронхит, бронхопневмония	Иногда ринофарингит	Не характерны
Сыпь	Не характерна	Часто пятнистая	В месте присасывания клеща — появление разных размеров эритемы
Изменение пульса, АД	Тахикардия, не соответствующая высоте температуры. АД немного снижено	—	Брадикардия. Снижение АД при тяжелом течении
Диспепсические явления и боли в животе в начале заболевания	Иногда	Часто	—
Гепатолиенальный синдром	Возможен	Возможен	Не типичен
Изменения нервной системы	Сознание сохранено. Апатия, малоподвижность. Возможно развитие менингита, появление менингеальных симптомов. Гиперестезия, потливость. Развитие стойких, вялых, множественных параличей в период 2-й температурной волны	Сознание сохранено. Умеренная гиперестезия. Быстро проходящие вялые парезы в разгаре болезни — изменение походки, прихрамывание на одну ногу, подгибание колена, свисание стопы, снижение мышечного тонуса	Сознание нарушено, бред, психомоторное возбуждение, иногда кома. Менингеальный синдром. Слабость в мышцах конечностей, шее, чувство онемения кожи лица и шеи, бульбарные расстройства (нарушение глотания, речи, дыхания). Типично развитие симметричных вялых парезов и параличей шейно-плечевой мускулатуры (синдром «свисания головы»)
Изменения спинно-мозговой жидкости	Прозрачная, уровень белка и давление нормальные. Цитоз двух- или трехзначный, лимфоцитарный (в первые дни может быть смешанным). Клеточно-белковая диссоциация	При развитии серозного менингита — двух-, трехзначный лимфоцитарный цитоз	Прозрачная, давление и уровень белка повышены. Цитоз лимфоцитарный, двух- или трехзначный, белково-клеточная диссоциация
Эпиданамнез	Заболевание в организованных коллективах, где есть отдельные случаи лихорадочных и кишечных проявлений заболеваний	Групповые заболевания в детских коллективах	Пребывание в лесу, нападение клещей

Таблица 382

**Дифференциальная диагностика энтеровирусной болезни, туберкулезного и паротитного менингита (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	энтеровирусная болезнь	туберкулезный менингит	паротитный менингит
Начало	Острое	Постепенное	Острое
Лихорадка, ее длительность	Внезапный подъем температуры до 38,5–39 °С, а затем снижение до 37,5–38,0 °С, продолжительность 3–5 дней	Постепенный подъем температуры до 38–39 °С. Лихорадка стойкая, ремиттирующая	Повторное повышение температуры до 39–40 °С, лихорадка держится 1–2 нед., совпадает с развитием менингита
Озноб	Характерен	Не характерен	Характерен
Головная боль	Сильная, локализуется в области лба, иногда в затылочной области	Постепенно нарастающая по силе. Усиливается к концу 1-й нед.	Умеренная. Появляется одновременно с подъемом температуры
Рвота	Повторная в первые дни	Нечастая	Множественная
Мышечные и суставные боли	Характерны миалгии	—	Ломота в суставах
Внешний вид больного	Лицо гиперемировано, бледный носогубный треугольник, герпес на губах, конъюнктивит	Бледность	Небольшая гиперемия лица
Лимфоузлы	Увеличены передне- и заднешейные лимфоузлы	Увеличение паратрахеальных лимфоузлов	Не увеличиваются
Состояние околоушных и подчелюстных слюнных желез	Не увеличены	Не увеличены	В начале заболевания отечны и болезненны
Сыпь	Иногда эфемерная	Не характерна	Не характерна
Изменения в органах дыхания	Фарингит, бронхит в начале болезни	Кашель с мокротой слизистого характера, одышка. На рентгенограмме — картина диссеминированного или фибринозно-очагового туберкулеза	—
Частота пульса	Относительная брадикардия, реже тахикардия	Тахикардия	Тахикардия
Изменения в органах пищеварения	Язык обложен, утолщен. Метеоризм. Болезненность живота при пальпации	Аппетит отсутствует. Жажда. Язык обложен	Снижение слюноотделения. Возможно развитие панкреатита
Увеличение печени и селезенки	Возможно	—	—
Изменения в мочеполовой системе	—	Лихорадочная альбуминурия	Возможно развитие орхита

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 382

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	энтеровирусная болезнь	туберкулезный менингит	паротитный менингит
Особенности изменений нервной системы (при развитии менингита)	Больные заторможены, сонливы, отмечаются общемозговые симптомы (рвота, головная боль, гиперракузия, светобоязнь), менингеальные симптомы	На 1-й нед. — общемозговые симптомы (головная боль, рвота, гиперестезия, гиперракузия, светобоязнь). В середине 1-й нед. появляются менингеальные симптомы, которые постепенно нарастают. На 2-й нед. — появление очаговых симптомов	В начале болезни — общемозговые симптомы (головная боль, рвота). Менингеальные симптомы появляются на 4–10-й день. При развитии менингоэнцефалита — появление очаговых симптомов
Спиналномозговая жидкость	Прозрачная, давление повышено, содержание белка нормальное или слегка повышено. Цитоз лимфоцитарный (в первые 2 дня может быть смешанным), несколько десятков или сотен клеток в $1 \text{ мм}^3$ . Содержание глюкозы нормальное	Прозрачная или опалесцирующая. Давление слегка повышено. Иногда ксантохромия. Цитоз лимфоцитарный (50–400 клеток в $1 \text{ мм}^3$ ). Содержание белка 0,6–3,0%. Содержание глюкозы снижено	Опалесцирующая, давление слегка повышено. Цитоз лимфоцитарный (100–300 клеток в $1 \text{ мм}^3$ ). Содержание белка умеренно повышено. Содержание глюкозы нормальное
Изменения картины крови	—	Может быть небольшой лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг, лимфоцитопения, СОЭ умеренно увеличена	—

Таблица 383

**Дифференциальная диагностика энтеровирусной болезни, гриппа и риновирусной инфекции (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	энтеровирусная болезнь	грипп	риновирусная инфекция
Начало	Острое, без продромального периода	Внезапное, иногда — продромальные явления за 1,5–2 ч до начала болезни в виде слабости и познабливания	Подострое. Познабливание и чувство тяжести в голове
Лихорадка 38 °С и более	Характерна	Характерна	Не характерна
Озноб	Характерен	Характерен	Отсутствует
Головная боль	Умеренная	Сильная	Чувство тяжести в голове
Тошнота, рвота	Возможны	Изредка, при тяжелом течении	Не характерны

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	энтеровирусная болезнь	грипп	риновирусная инфекция
Мышечные и суставные боли	Миалгия различных групп мышц. Суставы не изменены	Боль и ломота в мышцах, крупных суставах и пояснично-крестцовой области	»
Внешний вид больного	Нет характерных признаков	Гиперемия, одутловатость лица, умеренный конъюнктивит, склерит, слезотечение	Бледность, конъюнктивит, слезотечение
Катаральные явления	Ринит, фарингит, тонзиллит	Слизистая оболочка носа набухшая, гиперемирована, скудные выделения со 2–3-го дня болезни. Гиперемия и небольшая отечность мягкого нёба и задней стенки ротоглотки, увеличение фолликулов на ней. Энантема в виде мелкой зернистости на слизистой оболочке мягкого нёба	Слизистая оболочка носа отечная, гиперемирована. Легкая гиперемия слизистой оболочки мягкого нёба и задней стенки глотки
Сильный кашель, царапанье и боль за грудиной, сухие рассеянные хрипы в легких	Сухой кашель	Выражены	—
Увеличение лимфоузлов	Заднешейных и подчелюстных	—	Незначительное
Сыпь	Часто пятнистая	Возможны геморрагические элементы при тяжелом течении	Не характерна
Изменения пульса и АД	Не характерны	Возможна относительная брадикардия, снижение АД	Не характерны
Изменения нервной системы	Головная боль, рвота. Возможна менингеальная симптоматика	Вялость, адинамия, сильная головная боль, потливость, головокружение, потеря обоняния, бессонница. Возможны гиперестезии, парестезии, невралгии, менингизм	»
Изменения гемограммы	—	Лейкопения, эозинопения, нейтропения, небольшой сдвиг формулы влево, относительный лимфоцитоз, моноцитоз	—
Результаты серологических исследований	Положительные результаты исследований с энтеровирусами разных типов	Положительные результаты серологических исследований с вирусами гриппа	Не проводятся
Сезонность	Летний период	Осенне-зимний период	Весна, осень, зима



Таблица 384

**Дифференциальная диагностика энтеровирусной болезни, острого аппендицита и лептоспироза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	энтеровирусная инфекция	острый аппендицит	лептоспироз
Начало	Острое	Острое	Острое
Лихорадка 38 °С и более	Волнообразная	Возможна. Часто субфебрильная температура	Постоянная
Озноб	Характерен	Не характерен	Характерен
Головная боль	Сильная	Не характерна	Умеренная
Мышечные боли	В грудной клетке, эпигастриальной и пупочной областях, спине и конечностях. Постоянные или приступообразные	Отмечается триада симптомов: локальная болезненность в правой подвздошной области, там же напряжение мышц и гиперестезия	Боли в мышцах, особенно интенсивные в икроножных
Тошнота, рвота	Возможны	Возможны	Возможны
Гиперемия лица, инъекция сосудов склер	Характерны	Не характерны	Характерны
Катаральные явления	»	Не характерны	Не характерны
Боли в животе, характер болей	Характерны, носят приступообразный характер	Характерны, начинаются в надчревной области, затем локализируются в правой подвздошной области, аппендикулярные симптомы	»
Желтуха	Не характерна	Не характерна	Часто
Тахикардия, АД	Характерна. АД нормальное	Пульс существенно не изменяется	Тахикардия, АД значительно снижается
Картина крови	Характерных изменений нет	Нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ увеличена	Нейтрофильный лейкоцитоз
Отделение мочи	Не изменено	Не изменено	Олигурия
Изменения в моче	Отсутствуют	Отсутствуют	Протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия
Сезонность	Летне-осенний период	—	Летне-осенний период
Поражение нервной системы	Возможно развитие серозного менингита	Не характерно	Возможно развитие менингита
Подтверждение диагноза в серологических исследованиях	С энтеровирусом	—	С лептоспирами

Дифференциальная диагностика кори (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	корь	краснуха	скарлатина	псевдотуберкулез	менингококковая инфекция	инфекционный мононуклеоз	токсико-аллергические реакции
Повышение температуры тела, плохое самочувствие, другие признаки интоксикации	Выражены значительно	Умеренные	Значительно выражены, часто тошнота и рвота	Выражены	Выражены значительно, головная боль, повторная рвота	Могут быть выражены, зависят от степени тяжести болезни	Возможны, зависят от степени тяжести реакции
Катаральные явления	Выражены	Умеренные	Отсутствуют	Возможны	Как правило, отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Внешний вид больного	«Грубые» черты лица	Эритема на лице	«Кукольное лицо», бледный носогубный треугольник	Часто лицо гиперемировано, симптом «капюшона»	Бледность	Лицо одутловатое, голос гнусавый	Отечность лица, век, сыпь
Состояние конъюнктив	Конъюнктивит, склерит, утолщение век, слезотечение, светобоязнь	Небольшой конъюнктивит	Не изменены	Конъюнктивит, склерит	Возможны кровоизлияния под конъюнктиву	Не изменены	Не изменены
Изменения слизистой оболочки полости рта и ротоглотки	Пятна Филатова—Коплика. Пятнистая энантема. Гиперемия задней стенки глотки	Иногда энантема	Яркая гиперемия мягкого нёба с четким ограничением от соседних участков	Яркая гиперемия в области мягкого нёба и дужек, иногда энантема	Умеренная гиперемия, явления гранулезного фарингита	Небольшая гиперемия	Не характерны
Тонзиллит	—	—	Характерен	Может быть	—	Характерен	—

Продолжение таблицы ↗

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	корь	краснуха	скарлатина	псевдотуберкулез	менингококковая инфекция	инфекционный мононуклеоз	токсико-аллергические реакции
Время появления сыпи	4–8-й день болезни, поэтапно в течение 3 дней	1–3-й день болезни	1–2-й день болезни	На любом этапе болезни	1–2-й день болезни	На любом этапе болезни	Обычно через сутки после приема препарата
Характер сыпи	Пятнисто-папулезная, сливная, обильная	Мелкопятнистая, раздельная	Мелкоточечная, кожа гиперемирована, белый дермографизм	Разнообразная, часто скарлатиноподобная	Геморрагическая, звездчатая, элементы различных размеров, могут быть некрозы	Пятнисто-папулезная	Полиморфная, часто пятнисто-папулезная, могут быть геморагии, в тяжелых случаях экссудация, образование пузырей
Локализация сыпи	1-й день — лицо, шея, верхний отдел грудной клетки. 2-й день — туловище и верхние конечности. 3-й день — нижние конечности	Разгибательные поверхности конечностей, спина, ягодичная область, боковые поверхности грудной клетки	На лице, в подмышечных областях, нижней части живота, в паховой области, со сгущением в естественных складках кожи	На туловище и конечностях, сгущение в естественных складках кожи. Симптомы «перчаток», «носков»	На нижних конечностях и ягодицах, в тяжелых случаях — на лице, туловище	На симметричных участках туловища и конечностей	Любая
Вторичные изменения после угасания сыпи	Бурая пигментация, отрубевидное шелушение	—	Шелушение на лице и шее отрубевидное, листовидное, на конечностях — пластинчатое	Шелушение со 2-й нед., независимо от локализации сыпи (на подошвах, ладонях, лице, ушных раковинах)	Пигментация. После некрозов — корки	Зависят от характера сыпи	Зависят от характера сыпи

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	корь	краснуха	скарлатина	псевдотуберкулез	менингококковая инфекция	инфекционный мононуклеоз	токсико-аллергические реакции
Состояние лимфатических узлов	Умеренное увеличение шейных лимфоузлов	Лимфаденопатия, выраженное увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов	Увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов	Лимфаденопатия	Не изменены	Генерализованная лимфаденопатия	Могут быть увеличены
Гепатолиенальный синдром	—	—	—	Выражен	—	Выражен	Может быть
Гемограмма	Лейкопения, палочкоядерный сдвиг, лимфоцитоз, увеличение СОЭ, могут появляться плазматические клетки и широко протоплазматические мононуклеары	Лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток	Нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия	Нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитоз, повышение СОЭ	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево	Лимфоцитоз, моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров	Эозинофилия

## 5.2.4. Эпидемический паротит

Таблица 386

### Дифференциальная диагностика эпидемического паротита (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Заболевание	Общие симптомы	Отличия при эпидемическом паротите
Гнойный паротит	Увеличение и болезненность околоушной железы	Возникает внезапно, а не на фоне бактериальной инфекции. Нет флюктуации в центре воспаленной железы. Не характерны нейтрофильный лейкоцитоз в периферической крови, увеличение СОЭ
Слюннокаменная болезнь	То же	Повышение температуры тела, нет указаний на рецидивирующее увеличение околоушной железы в прошлом
Цитомегаловирусная инфекция	Увеличение околоушных и подчелюстных желез	Увеличение желез вначале одностороннее, а не симметричное, как при генерализованной цитомегаловирусной инфекции. Не характерны пневмония, увеличение лимфатических узлов, гепатоспленомегалия
Синдром Шегрена	Увеличение околоушной железы	Нет «синдрома сухости», болей в суставах и других признаков ревматических заболеваний, изменений в анализе крови (за исключением лейкопении)
Острый панкреатит	Боли в животе, увеличение активности амилазы в крови и моче	Обычно картина панкреатита развивается на 2-й нед. болезни при убывающих симптомах паротита (субмаксиллита)
Серозный менингит при энтеровирусной инфекции	Менингеальный синдром, лимфоцитарный цитоз ликвора	Чаше возникает на 2-й нед. болезни при убывающих явлениях паротита (субмаксиллита). Отсутствуют экзантема и характерный вид больного с энтеровирусной инфекцией

Таблица 387

### Дифференциальная диагностика паротитной инфекции (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	эпидемический паротит	острый гнойный паротит	слюннокаменная болезнь	лимфаденит (верхнешейный)	дифтерия ротоглотки, токсическая форма
Начало болезни	Острое или после 1–3 дней продромальных явлений	Острое	Постепенное	Острое или подострое	Острое
Температура тела	Высокая, волнообразная лихорадка (подъемы температуры отражают последовательность поражения железистых органов)	Высокая, до фебрильных цифр	Не повышается	Высокая	Высокая

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	эпидемический паротит	острый гнойный паротит	слюнокаменная болезнь	лимфаденит (верхнешейный)	дифтерия ротоглотки, токсическая форма
Боль	В области околоушной слюнной железы при жевании, глотании, в области сосцевидных отростков, иррадиация в ухо	В области околоушной слюнной железы. Вынужденное положение головы с наклоном в большую сторону. Усиливается при жевании, разговоре, движении головой	В области слюнной железы, чаще во время еды — «слюнная колика»	В области воспаленного лимфоузла	При глотании, затруднение при приеме пищи
Локализация патологического процесса	Процесс чаще двусторонний, припухлость между ветвью нижней челюсти и сосцевидным отростком, распространяется на шею, лицо	Процесс односторонний, припухлость между ветвью нижней челюсти и сосцевидным отростком, распространяется вниз, вперед, назад	Процесс односторонний, припухлость между ветвью нижней челюсти и сосцевидным отростком	Процесс односторонний, увеличенный лимфоузел позади угла нижней челюсти	Отек подкожной клетчатки, изменяющий конфигурацию шеи, расположен над тонзиллярными лимфоузлами, распространяется на шею, лицо, затылок
Характер местных изменений	Железа плотноэластичная, болезненная в центре, кожа над ней напряжена, блестящая, может быть гиперемирована	Железа плотная, болезненная, кожа гиперемирована, развитие флюктуации	Железа плотная, умеренно болезненная	Лимфоузел плотный, болезненный, кожа над ним гиперемирована	Отек имеет тестоватую консистенцию, безболезненный, кожа над ним не изменена. Ямок при надавливании не образуется
Изменения слизистой оболочки ротоглотки	Положительный симптом Мурсу	Возможно мутное отделяемое из стенового протока	Не характерны	Воспалительные очаги в полости рта и глотки	Отек и фибриновый налет в ротоглотке
Синдромы поражения других железистых органов	Есть, но не всегда	Нет, процесс односторонний	—	—	Возможно развитие миокардита, полирадикулоневрита, нефрита
Данные общего анализа крови	Лейкопения	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ	Изменения не характерны	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ

Таблица 388

**Дифференциальная диагностика поражения железистых органов и ЦНС при эпидемическом паротите в зависимости от клинических проявлений**  
(по А.А. Баранову, 2002)

Локализация, преимущественный клинический синдром	Частота	Клинические проявления
Половые органы (яички, яичники, молочные железы): орхит (у подростков и мужчин)	10–34%	Повышение температуры тела до 38–39 °С через 1–2 нед. от начала болезни, головная боль. Боль в паху с иррадиацией в яичко. Увеличение, уплотнение, болезненность яичка, гиперемия мошонки. Обратная динамика симптомов через 5–7 дней. Признаки атрофии яичка спустя 1–2 мес.
Поджелудочная железа: панкреатит	3–72% (с учетом бессимптомных форм)	Повышение температуры тела на 5–9-й день болезни. Боль в животе «опоясывающего» характера. Положительный симптом Мейо–Робсона и др. Повышение содержания амилазы в крови и моче. Обратная динамика симптомов через 10–12 дней. Повышение температуры тела на 7–10-й день болезни. Головная боль, рвота
ЦНС (мозговые оболочки, вещество головного мозга): серозный менингит (дети от 3 до 9 лет)	2–4%	Положительные менингеальные симптомы. Высокий цитоз лимфоцитарного характера в ликворе. Обратная динамика симптомов через 3–5 дней

### 5.2.5. Краснуха

Таблица 389

**Дифференциальный диагноз краснухи**

Заболевание	Общие симптомы	Отличия при краснухе
Скарлатина	Мелкопятнистая сыпь, проявляющаяся в течение нескольких часов	Сыпь располагается на неизменном фоне кожи, распространяется на разгибательные поверхности конечностей, спину. Отсутствуют ангина, шелушение кожи пальцев
Инфекционный мононуклеоз	Увеличение заднешейных лимфатических узлов. Возможна мелкопятнистая сыпь	Лимфатические узлы увеличены в меньшей степени. Нет длительной лихорадки, ангины, увеличения печени и селезенки, изменений периферической крови, типичных для мононуклеоза
Псевдотуберкулез	Увеличение шейных лимфатических узлов. Пятнисто-папулезная сыпь	Нет выраженной лихорадки, болей в животе, тонзиллита. Сыпь появляется в начале болезни, а не на 3–4-й день, не наблюдается характерной для псевдотуберкулеза локализации сыпи (симптомов «капюшона», «перчаток и носков»)

## Дифференциальная диагностика краснухи (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	краснуха	корь	скарлатина	псевдотуберкулез	менингококковая инфекция	инфекционный мононуклеоз	токсико-аллергическая сыпь
Повышение температуры тела, нарушение общего состояния	Умеренные	Выражены значительно	Значительные, часто тошнота и рвота	Выражены	Выражены значительно, головная боль, повторная рвота	Длительные, зависят от степени тяжести заболевания	Могут быть незначительными
Катаральные явления	Умеренные (кашель, насморк, умеренная боль в горле)	Сильный сухой кашель, насморк	Боль в горле (лакунарная ангина)	Могут быть	Как правило, отсутствуют	Слабо выражены. Заложность носа и гнусавый голос	Отсутствуют
Внешний вид больного	Эритема на щеках	Лицо отечное, особенно веки	Лицо «кукольное», бледный носогубный треугольник	Лицо часто гиперемировано, симптом «капюшона»	Бледность	Лицо одутловатое	Без особенностей
Изменения слизистой оболочки ротоглотки	Иногда энантема на мягком нёбе	Пятна Бельского—Филатова—Коплика. Пятнистая энантема на мягком нёбе	Яркая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, увеличение миндалин с гнойными наложениями в лакунах или некроз	Яркая гиперемия, иногда энантема на мягком нёбе	Умеренная гиперемия, явления гранулезного фарингита	Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, ангина	Не характерны
Состояние конъюнктив	Умеренный конъюнктивит	Конъюнктивит, склерит, утолщение век, слезотечение, светобоязнь	Гиперемия конъюнктив	Конъюнктивит, склерит	Возможны кровоизлияния под конъюнктиву	Не изменены	Не изменены
Тонзиллит	—	—	Ангина	Может быть	—	Может быть значительным	—

Продолжение таблицы ↵



Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	краснуха	корь	скарлатина	псевдотуберкулез	менингококковая инфекция	инфекционный мононуклеоз	токсико-аллергическая сыпь
Время появления сыпи	1–3-й день болезни	4–6-й день болезни, поэтапно в течение трех дней	1–2-й день болезни	На любом этапе болезни	1–2-й день болезни	На любом этапе болезни	Обычно через сутки после контакта с аллергеном
Характер сыпи	Мелкопятнистая, папулезная. Элементы могут сливаться	Пятнисто-папулезная, сливная, обильная	Мелкоточечная, кожа гиперемирована, белый дермографизм	Разнообразная, часто скарлатиноподобная	Геморрагическая, звездчатая, элементы различных размеров, может быть некроз в центре	Пятнисто-папулезная	Полиморфная, часто пятнисто-папулезная, могут быть геморагии, эритема, в тяжелых случаях — экссудация, образование пузырей
Локализация сыпи	Разгибательные поверхности конечностей, ягодичная область, спина	1-й день — за ушами, лицо, шея, верхний отдел грудной клетки; 2-й день — туловище и верхние конечности; 3-й день — нижние конечности	По всему телу, в подмышечных областях, нижней части живота, в паховой области, со сгущением в естественных складках кожи	На туловище и конечностях, сгущение в области суставов; характерна симметричность	На нижних конечностях и ягодицах; в тяжелых случаях сыпь распространяется на лицо, туловище	На симметричных участках туловища и конечностей. Не бывает на лице	Любая
Вторичные изменения после угасания сыпи	—	Бурая пигментация, отрубевидное шелушение	Шелушение на лице и шее отрубевидное, на туловище, ладонях и стопах — пластинчатое	Шелушение со 2-й нед., независимо от локализации сыпи (на подошвах, пальцах, лице, ушных раковинах)	Пигментация. После некрозов — корки	Связаны с характером сыпи	Связаны с характером сыпи

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	краснуха	корь	скарлатина	псевдотуберкулез	менингококковая инфекция	инфекционный мононуклеоз	токсико-аллергическая сыпь
Состояние лимфатических узлов	Увеличение и болезненность затылочных и заднешейных лимфоузлов	Увеличение шейных лимфоузлов	Увеличение и болезненность подчелюстных и шейных лимфоузлов	Лимфаденопатия	Не изменены	Генерализованная лимфаденопатия, увеличение шейных и затылочных лимфоузлов	Могут быть увеличены
Гепатолиенальный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Увеличение печени	Отсутствует	Выражен. Значительное увеличение селезенки	Отсутствует
Гемограмма	Лейкопения, лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток, возможно появление атипичных мононуклеаров	Лейкопения, эозинопения, моноцитопения	Нейтрофильный лейкоцитоз, в период реконвалесценции эозинофилия	Нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, тромбоцитопения	Лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров	Эозинофилия

## 5.2.6. Ветряная оспа

## Дифференциальная диагностика

Диагностические клинические признаки	Ветряная оспа	Натуральная оспа
Начало	Острое. Может быть продромальный период (1–2 дня)	Острое. Может быть продромальный период (3–4 дня)
Лихорадка	38,0–38,5 °С, продолжается в среднем 2–5 дней	С 1-го по 3-й день болезни 40,0 °С, с начала высыпаний (4-й день болезни) снижение до субфебрильных цифр, с 7–8-го дня болезни вновь повышение до 39–40 °С. Продолжительность — в среднем 10 дней
Экзантема, срок появления	Сыпь полиморфная, на одном участке тела разные элементы — от пятна до корочки (ложный полиморфизм). Образование корочек сопровождается зудом. Везикулы располагаются поверхностно на неинфильтрированном основании. Стенка их напряжена, содержимое прозрачное. Отдельные везикулы имеют пупкообразное вдавление в центре. При проколе пузырьки спадают. При отсутствии продромального периода сыпь появляется в 1-й день болезни в 3–5 этапов с интервалом 24–48 ч	Первичный элемент — папула розового цвета, имеющая специфическую твердость. Через 2–3 дня папулы превращаются в везикулы. На одном участке кожи сыпь всегда мономорфна. Везикулы многокамерные, заполнены прозрачным содержимым, имеют пупковидное вдавление в центре, расположены на инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, плотноваты на ощупь, при проколе не спадают. Везикулы превращаются в болезненные пустулы с пупковидным вдавлением. Образование корок происходит медленно, сопровождается нестерпимым кожным зудом. После отпадания корок остаются глубокие рубцы. Сыпь появляется на 4-й день болезни
Локализация и этапность высыпаний	Волосистая часть головы, лицо, туловище, конечности. Нет на ладонях и подошвах. Нередко везикулезные высыпания появляются на слизистой оболочке полости рта, конъюнктиве, реже на слизистых оболочках гортани и половых органов. Первоначально элементы сыпи могут появиться на любом участке тела, затем они распространяются по всему телу без какой-либо закономерности	Характерна этапность высыпаний. Сначала сыпь появляется на лице (лоб, виски), за ушными раковинами, на волосистой части головы, затем на туловище и конечностях, ступаясь на лице, кистях, стопах, а также на ладонях и подошвах. Высыпания появляются также на слизистых оболочках полости рта, дыхательных путей, глаз, ЖКТ, влажных местах, уретры. Период высыпаний заканчивается через 3 дня
Особенности течения	Повторные высыпания сопровождаются повышением температуры тела	Нагноение пузырьков сопровождается подъемом температуры до 39,0–40,0 °С и ухудшением общего состояния

Таблица 391

## ветряной оспы (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Везикулезный риккетсиоз	Опоясывающий герпес	Полиморфная экссудативная эритема	Импетиго
Острое	Острое. Может быть продромальный период (1–2 дня)	Острое	Болезнь начинается с появления сыпи
39,0–40,0 °С, продолжается в среднем 5–7 дней	37,5–38,0 °С, продолжается в среднем 2–5 дней	38,0–39,0 °С, продолжается в среднем 7–10 дней	Отсутствует
Сыпь полиморфная, обильная. Сначала появляются пятно и папула, затем на местах папул образуются везикулы. Сыпь появляется на 2–4-й день болезни	Сыпь везикулезная. Пузырьки с прозрачным содержимым располагаются гнездами на общем гиперемизированном и инфильтрированном основании. Сыпь появляется на 3–4-й день болезни	Элементы сыпи представляют собой возвышающиеся пятна с округлыми очертаниями, отчетливыми границами, величина до 1 см. Центр пятна запавший, бледно-цианотичный. Сыпь появляется, как правило, на 4–6-й день болезни	Пузыри dry-блые, наполнены гнойным содержимым желтого цвета, быстро лопаются с последующим образованием гнойных корок, после которых долго сохраняется красное пятно. Сыпь появляется в 1-й день болезни
Лицо, волосистая часть головы, туловище, конечности. Редко сыпь появляется на ладонях. На подошвах высыпания отсутствуют. Этапность не характерна	Сыпь располагается строго по ходу нервного ствола. Чаще всего поражаются участки кожи, иннервируемые межреберными нервами, а также участки по ходу иннервации тройничного нерва. Редко поражаются конечности. Этапность не характерна	Сыпь появляется сначала на тыльных поверхностях кистей и стоп, затем распространяется по всему телу. Высыпания гуще на разгибательных поверхностях. Этапность не характерна	Преимущественно на лице, руках, за ушами. Этапность не характерна
Доброкачественное течение. Первое проявление — первичный аффект (место присасывания клеща) — уплотненное пятно диаметром 1–3 см, возвышающееся над уровнем кожи; затем последовательно появляются папула, везикула, язвочка, покрытая темной коркой. Вокруг сохраняется зона гиперемии, появляющаяся за 7–10 дней до лихорадки	Процесс односторонний. Появлению высыпаний предшествует боль	Часто конъюнктивит, увеличение лимфатических узлов, селезенки. Афтозный стоматит	Процесс распространяется за счет инфицирования содержимым вскрывшихся пузырьков

## 5.2.7. Инфекционный мононуклеоз

Таблица 392

Дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	инфекционный мононуклеоз	стрептококковый тонзиллит (ангина)	дифтерия (токсические формы)	аденовирусная инфекция
Начало	Острое или постепенное	Острое	Острое	Нередко острое, чаще постепенное
Характер лихорадки	Может быть различной. Подъем температуры связан с развитием ангины	Высота лихорадки связана с выраженностью изменений в ротоглотке	Высокая, нормализуется до исчезновения изменений в ротоглотке	Умеренная, иногда высокая
Боль в горле	Умеренная	Сильная	Сильная при токсических формах	Умеренная
Общее состояние	Изменяется мало	Ознобы, боль в суставах, мышцах, ломота в теле, головная боль	Вялость, адинамия, бледность, отсутствие аппетита	Изменяется незначительно
Слизистая оболочка носоглотки	Заложенность носа. Выделения отсутствуют	Не изменяется	При дифтерии носа — пленка, сукровичное отделяемое	Заложенность носа. Обильные слизистые или серозные выделения
Слизистая оболочка ротоглотки	Яркая гиперемия, гранулезный фарингит, могут быть геморрагии. Отека нет	Яркая разлитая гиперемия. Отека нет	Неяркая гиперемия, цианотичность, выраженный отек	Неяркая разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки могут сохраняться до 3 нед. Отека нет
Нёбные миндалины	Увеличены, иногда до III степени, за счет гипертрофии лимфоидной ткани, гиперемированы	Увеличены до II—III степени за счет гипертрофии лимфоидной ткани, ярко гиперемированы	Увеличены значительно за счет выраженного отека, цианотичны	Увеличены. Катаральный, фолликулярный, лакунарный или ложнопленчатый тонзиллит
Характер наложений	По ходу лакун, желтого, желто-зеленого цвета. Могут быть частично фибринозного характера и распространяться за пределы миндалин	Гнойные, желто-зеленые, по ходу лакун, не выходят за пределы миндалин. Гнилостный запах изо рта	Пленка (налет) на поверхности миндалин серого цвета, тусклая, плотная, снимается с трудом, после снятия пленки — кровоточивость	В зависимости от типа тонзиллита

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	инфекционный мононуклеоз	стрептококковый тонзиллит (ангина)	дифтерия (токсические формы)	аденовирусная инфекция
Лимфатические узлы	Изолированная (шейная группа) или генерализованная лимфаденопатия	Увеличение, болезненность подчелюстных лимфоузлов (может быть только с одной стороны)	Увеличение, болезненность подчелюстных лимфоузлов	Увеличение лимфоузлов шейной группы, затылочных, подчелюстных лимфоузлов
Конфигурация шеи	Изменена за счет резко увеличенных шейных лимфоузлов и отечности подкожно-жировой клетчатки вокруг них	Не изменяется	Отек подкожной клетчатки шеи (как односторонний, так и двусторонний)	Не изменяется
Изменение других органов (в остром периоде)	Значительное увеличение селезенки, увеличение печени	Возможно поражение сердца, почек	Осложнения в раннем и позднем периодах: миокардит, нефрозонефрит, полинейропатия	Катаральный, фолликулярный, пленчатый конъюнктивит, фарингит, трахеит, трахеобронхит, гепатолиенальный синдром
Гемограмма	Умеренный лейкоцитоз, значительный лимфоцитоз (60% и более), атипичные мононуклеары (более 15%), умеренное увеличение СОЭ	Лейкоцитоз, нейтрофилез, палочкоядерный сдвиг. СОЭ увеличена	Лейкоцитоз, нейтрофилез, палочкоядерный сдвиг. Увеличение СОЭ	Умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз. Атипичные мононуклеары до 12%. СОЭ не изменена

Таблица 393

**Дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза (ИМ) в период разгара болезни (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	ИМ	ВИЧ-инфекция	иерсиниоз	лимфогранулематоз
Катарально-респираторный синдром	Заложенность носа без выделений, ангина	Гиперемия задней стенки глотки, кандидозный стоматит	Умеренно выраженный фарингит, ангина	Не характерен
Сыпь	Редко (пятнистая, пятнисто-папулезная, на туловище, конечностях). После приема ампициллина — обильная	Редко (пятнисто-папулезная, на туловище, конечностях, без зуда)	Мелкоточечная, пятнисто-папулезная, возможны петехии. Появляется в разные сроки. Сливается на стопах, кистях, вокруг суставов. Выражен экссудативный компонент	Возможна эфемерная сыпь различного характера, без определенной локализации
Зуд кожи	Нет	Возможен	Возможен	Характерен
Лимфатические узлы	Увеличены передне- и заднешейные. Генерализованная лимфаденопатия. Лимфоузлы болезненные, подвижные	Увеличение лимфоузлов различных групп. Плотнотнэластичные, до 1 см в диаметре, безболезненные, сохраняются длительно	Микролимфаденопатия, иногда увеличены шейные лимфоузлы	Генерализованная лимфаденопатия сохраняется длительно. Лимфоузлы увеличены, плотные, безболезненные
Увеличение печени и селезенки	Характерно	Возможно в зависимости от стадий, сопутствующих и вторичных болезней	Увеличены умеренно	Увеличена селезенка, край плотный, безболезненный
Желтуха	Возможна	В зависимости от сопутствующих и вторичных болезней	Возможна	—
Некоторые особенности, имеющие значение в диагностике	Молодой возраст. Симптомы имеют четкую цикличность. Лихорадка более 2 нед. Дობрокачественность заболевания. Исход благоприятный	Особенности поведения, внешний вид, образ жизни больного, указывающие на принадлежность к группе риска	Артралгии, миалгии, диспепсия, полиморфизм клинических симптомов, полиорганность поражения с первых дней болезни	Нет цикличности развития симптомов, они появляются постепенно на фоне лихорадки

**5.2.8. Полиомиелит**

Таблица 394

**Дифференциально-диагностические критерии острого паралитического полиомиелита и сходных заболеваний**  
(по Е.В. Лещинскому; цит. по В.П. Зыкову, 2006)

Заболевание	Лихорадка	Клиническая симптоматика	Ликвор	Исход
Острый полиомиелит	Типична	Вялые парезы и параличи, асимметричные, мозаичные, без нарушений чувствительности и тазовых расстройств, без пролежней и пирамидных симптомов	Воспалительные изменения по типу серозного менингита. Клетки от нескольких десятков до 200–300 в 1 мкл, клеточный состав, как правило, имеет лимфоцитарный	Прогрессиентность, рецидивы отсутствуют. Типичны остаточные явления в виде вялых парезов и мышечных атрофии
Полирадикулонейропатия	Отсутствует	Вялые парезы и параличи, симметричные с нарушениями чувствительности по полиневритическому типу	Нормальный с повышенным белком	Часто выздоровление. Возможно рецидивирующее течение. Возможны остаточные явления
Острый миелит	Чаше выражена	Спастические или вялые парезы в зависимости от уровня поражения, тазовые и трофические (пролежни) нарушения, расстройства чувствительности по проводниковому типу	Воспалительные изменения	Часто остаточные явления
Костно-суставная патология	Чаше выражена	Сохранность сухожильных рефлексов, боль при пассивных движениях в суставах, шадящая поза и походка, отказ от ходьбы	Нормальный	Выздоровление
Невропатия лицевого нерва	Обычно отсутствует	Периферический парез мимических мышц лица, часто болезненность тригеминальных точек, иногда спонтанные боли в половине лица, слезотечение, нарушение вкуса на $1/2$ языка	Нормальный	Чаше выздоровление, возможны остаточные явления



## 5.2.9. Вирусные менингиты

Таблица 395

Дифференциальная диагностика вирусных менингитов (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания						
	паротитный менингит	клещевой энцефалит	энтеровирусный менингит	коревой менингит	краснушный менингит	ветряночный менингит	герпетический менингит
Эпидемиологические предпосылки	Зимне-весенняя сезонность. Контакт с больным ПИ	Весенне-летняя сезонность. Присасывание клеща. Употребление сырого козьего молока	Конец лета — начало осени. Чаще болеют дети школьного возраста	Зимне-весенняя сезонность. Контакт с больным корью	Зимне-весенняя сезонность. Контакт с больным краснухой	Контакт с больным ветряной оспой и опоясывающим герпесом	Герпетическая инфекция в анамнезе. Контакт с больной герпесвирусной инфекцией
Начало заболевания	Острое	Острое	Острое	Внезапное	Внезапное	Острое	Внезапное
Органное проявления заболевания	Поражение слюнных желез, панкреатит, орхит	Общеинфекционный синдром. Возможна аллергическая реакция на укусы клеща	Поражение ЖКТ (боли, диарея), гепатолиенальный синдром, полиморфная экзантема, мигрирующие	Катаральный синдром, конъюнктивит, пятна Филатова — Коплика. Характерная этапность распространения пятнисто-папулезной экзантемы	Затылочный и шейный лимфаденит. Возможно увеличение селезенки. Мелкопятнистая экзантема	Полиморфная экзантема, в том числе на волосистой части головы. Шейный лимфаденит	Везикулезные элементы на коже, слизистой оболочке полости рта, гениталий (не всегда)
Сроки появления менингеального синдрома	5—9-й день	С 1-го дня болезни	1—2-й день	3—5-й день периода высыпаний	2—6-й день болезни	1—2-я нед.	2—5-й день периода высыпаний (если они есть)
Плеоцитоз СМЖ	До 500 клеток в 1 мкл	100—600 клеток в 1 мкл	200—600 клеток в 1 мкл	До 500 клеток в 1 мкл	100—200 клеток в 1 мкл	До 100 клеток в 1 мкл	До 100 клеток в 1 мкл
Содержание белка в ликворе	В норме или повышено	0,66—0,99 г/л	В норме или снижено	В норме	До 1,0 г/л	В норме или повышено	До 1,0 г/л
Методы серологической, вирусологической диагностики	РСК, РТГА	РТГА, ИФА, ПЦР	Выделение вируса из кала, крови, ЦСЖ	РСК, РТГА, РИФ	РСК, ИФА	РСК, ПЦР	ПЦР, РСК

*Примечание.* ПИ — паротитная инфекция; ЖКТ — желудочно-кишечный тракт; РСК — реакция связывания комплемента; РТГА — реакция торможения геммаглютинации; ИФА — иммуноферментный анализ; ПЦР — полимеразная цепная реакция; ЦСЖ — цереброспинальная жидкость; РИФ — реакция иммунофлуоресценции.

## 5.2.10. Герпетическая инфекция

Таблица 396

### Дифференциальная диагностика кожной формы герпетической инфекции (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания				
	простой герпес	импетиго контагиозное	опоясывающий герпес	полиморфная экссудативная эритема	ветряная оспа
Температура тела	Повышена	Нормальная	Повышена	Повышена	Повышена
Локализация сыпи	Разнообразная, сыпь может быть на любом участке кожи, слизистых оболочек	На лице, за ушами, на кистях, предплечьях, редко на голенях	Односторонние пузырьковые высыпания в зоне одного или нескольких рядом расположенных дерматомеров	Вначале на тыльной поверхности кистей и стоп, затем по всему телу	Волосистая часть головы, лицо, туловище, конечности, слизистые оболочки ротовой полости и половых органов, нет на ладонях и подошвах
Характер сыпи	Тесно сгруппированные мелкие пузырьки на слегка отечном эритематозном основании, с прозрачным, быстро мутнеющим содержимым	Плоские нестойкие пузырьки разной величины, иногда с воспалительным валиком по периферии. Содержимое пузырьков мутное. Корочки желтоватые, тонкие. После отпадения корочек долго сохраняется розовое пятно с узкой каймой отслаивающегося рогового слоя	Пузырьковые высыпания с серозным содержимым, в дальнейшем содержимое пузырьков мутнеет, может быть геморрагическим. Количество пузырьков варьирует (от ограниченных очажков до массивного сливного характера высыпаний)	Пятна округлых очертаний, с четкими границами, величиной до 1,0 см. Центр пятна запавший, цианотичный, валик приподнят, ярко-красный. Элементы сливаются. Рядом с папулами — волдыри, пузырьки, затем корочки	Полиморфная, везикулы располагаются поверхностно на неинфильтрованном основании. У части пузырьков пупкообразное вдавление в центре. При проколе пузырьки спадаются
Время появления сыпи	1—2-й день болезни	С первых часов болезни	Началом болезни принято считать первые герпетические высыпания	4—6-й день болезни	1—3-й день болезни
Некоторые характерные особенности	Частые рецидивы	Процесс распространяется за счет инфицирования содержимым вскрывающихся пузырьков	Болеют только 1 раз (при отсутствии ВИЧ-инфекции и онкологических заболеваний). Характерна невралгия до появления сыпи, во время и после подсыхания и отпадения корочек	Появление весной, осенью. Часто конъюнктивит, афтозный стоматит, увеличение лимфатических узлов и селезенки	Характерны подсыпания, сопровождающиеся повышением температуры тела

## 5.2.11. ВИЧ-инфекция

Таблица 397

### Дифференциальная диагностика мононуклеозоподобного синдрома при ВИЧ-инфекции в стадии ИБ (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания					
	ВИЧ-инфекция	аденовирусная инфекция	инфекционный мононуклеоз	иерсиниоз	краснуха	острый лейкоз
Катаральным синдромом	Гиперемия и зернистость задней стенки глотки, иногда кандидоз	Ринит, фарингит, тонзиллит, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, конъюнктивит, склерит	Заложенность носа, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, тонзиллит	Умеренный тонзиллит, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, фарингит	Слабые симптомы катара верхних дыхательных путей, инъекция сосудов конъюнктивы	Возможны гингивит, стоматит, тонзиллит
Сыпь	Пятнисто-папулезная, на туловище и конечностях	Бывает редко, пятнистая, кратковременная	Пятнистая, пятнисто-папулезная, на туловище и конечностях	Пятнисто-папулезная, с экссудативным компонентом, вокруг суставов, симптомы «перчаток», «носков», «капюшона»	Мелкопятнистая, обильная, не сливная, на лице, туловище, разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах	Кровоподтеки на теле, подкожные геморрагии
Лимфатические узлы	Плотноэластичные, более 1 см, безболезненные, долго увеличены после исчезновения других проявлений	Умеренно увеличены, уменьшаются по мере исчезновения катаральных явлений	Увеличены до 1–2 см, в большей степени заднешейные и затылочные, чувствительные при пальпации	Микролимфаденопатия	Увеличены преимущественно затылочные и заднешейные лимфоузлы, до 2 см, болезненные	Часто увеличены в различных группах
Увеличение печени и селезенки	Возможно	Характерно	Преобладает спленомегалия, может быть желтуха	Характерно, может быть желтуха	Не характерно	Преобладает спленомегалия
Дополнительные диагностические признаки	Возможно наличие признаков, указывающих на принадлежность к группе риска (например, следы инъекций)	Исчезновение катаральных симптомов и лимфаденопатии происходит одновременно	Отечность лица, век	Артралгии, диспепсические явления. Множественность клинических признаков с первых дней болезни	Быстрый регресс клинических проявлений	Нарастание слабости и других признаков, связанных с анемией

## 5.2.12. Бешенство

Таблица 398

Дифференциальная диагностика бешенства (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	бешенство	отравление атропином	столбняк	лиссофобия
Инкубационный период	От 7 дней до года и более, чаще — от 30 до 90 дней	2–4 ч	От 2–3 до 14–20 дней	—
Начало болезни	Постепенное	Острое	Острое	Острое
Слабость, повышенная утомляемость	Характерны	Характерны	Характерны	Есть
Лихорадка	Характерна	Не характерна	Характерна	Не характерна
Потливость	Есть	Есть	—	—
Головная боль	Есть	Есть	Есть	Есть
Слюнотечение	Выражено. Сухость во рту в стадии параличей	Сухость во рту и глотке	—	—
Изменения психики	Постоянны	Есть	—	Есть
Общая возбудимость	Есть	Есть	Есть	Есть
Расстройство речи и глотания	Есть	Есть	Есть	—
Мидриаз	Есть	Есть	—	—
Реакция зрачков на свет	Есть	Есть	—	Есть
Психомоторное возбуждение	Есть	Есть	—	—
Галлюцинации	Есть	Есть	—	—
Судороги	Есть	Есть	Есть, чаще начинаются с жевательных и мимических мышц, затем генерализованные (опистотонус)	—
Расслабление мышц после судорог	Есть	Есть	—	Нет судорог
Судороги мышц глотки, тризм	Периодически	—	Постоянные	—
Потеря сознания	Есть	Есть	Есть (перед смертью)	—
Гидрофобия	Есть	—	—	—
Параличи, парезы	Есть	—	—	—
Снижение аппетита	Характерно	Характерно	Характерно	Характерно
Неуклонное прогрессирующие болезни	Да	—	Да	—
Гемограмма	Лейкопения, анэозинофилия	Изменений нет	Лейкопения, лимфоцитоз, эозинофилия	Изменений нет
Данные исследования СМЖ	Лимфоцитарный плеоцитоз, незначительное увеличение содержания белка	Не изменена	Как правило, не изменена	Не изменена

## 5.2.13. Кишечные инфекции

## Дифференциальная диагностика вирусных и бактериальных острых

Дифференциально-диагностические признаки	Бактериальная дизентерия (шигеллез)	Сальмонеллез	Иерсиниоз
Возраст	Преимущественно старше 3 лет	Разный, чаще до 1 года	Разный, чаще 2–7 лет
Сезонность	Летне-осенняя	Весенне-летняя (при сальмонеллезах группы В)	Зимне-весенняя
Пути инфицирования	Контактно-бытовой. У детей старше года может быть пищевой и водный	У детей до года — чаще контактно-бытовой (в том числе в стационарах). У детей старше года — чаще пищевой	Пищевой, возможен контактно-бытовой
Начало болезни	Острое, у детей до года может быть подострое и постепенное	Острое — у детей старше года. Разное — у детей до года (при сальмонеллезе тифимуриум чаще постепенное)	Острое. У детей раннего возраста может быть подострое и постепенное
Локализация инфекционного процесса в желудочно-кишечном тракте	Колит, гастроэнтероколит, реже — энтероколит	Разная: у детей до года чаще энтероколит, гастроэнтероколит. У детей старше года — чаще гастроэнтерит, энтерит	Разная, чаще гастроэнтероколит
Тяжесть болезни	Разная (большая при дизентерии Флекснера у детей старше года)	Разная (большая у детей до года при сальмонеллезе тифимуриум)	Преимущественно среднетяжелая и тяжелая
Ведущий синдром, определяющий тяжесть болезни	Нейротоксикоз, эндотоксический шок (при дизентерии Флекснера может быть и выраженный местный синдром)	Токсикоз, эксикоз, у детей до года — генерализация инфекционного процесса	Интотоксикация, гемодинамические нарушения
Температура: 1. Высота. 2. День появления и дальнейшая динамика. 3. Длительность	1. Фебрильная (в том числе гипертермия). 2. С первого дня болезни с последующим снижением. 3. 1–2 дня при дизентерии Зонне, до 5 дней — при дизентерии Флекснера	1. Фебрильная (в том числе гипертермия). 2. С первого дня болезни, у детей до года — с последующим нарастанием. 3. Разная (у детей до года при сальмонеллезе тифимуриум до 2–3 нед. волнообразная)	1. Фебрильная (в том числе гипертермия). 2. С первого дня болезни с последующим снижением. 3. 2–7 дней

Таблица 399

кишечных инфекций у детей (по Н.В. Воротынцевой и соавт., 1988)

Эшерихиозы	Ротавирусная инфекция	Первичная стафилококковая кишечная инфекция	Заболевания, вызванные УПМ
ЭПЭ — преимущественно первое полугодие жизни	Разный, чаще 1–2 года	Разный, чаще 0–3 мес.	Разный, чаще 9–13 мес.
ЭПЭ — зимне-весенняя. ЭТЭ — летняя	Осенне-зимняя	В течение года	В течение года
Пищевой. У детей до года возможен контактно-бытовой (в том числе в стационарах) и эндогенный	Контактно-бытовой. Возможен пищевой и водный	Пищевой	Пищевой. У детей до года возможен контактно-бытовой (в том числе в стационарах)
Чаще постепенное	Острое	Острое. У детей раннего возраста может быть подострое и постепенное	Острое у детей старше года. Постепенное — у детей до года
Гастроэнтерит: при ЭТЭ возможен энтероколит; при ЭПЭ — колит	Гастроэнтерит, энтерит	Разная, в зависимости от возраста	Разная, в зависимости от возраста
Разная (большая при ЭПЭ у детей первого полугодия жизни)	Чаще легкая и среднетяжелая	Разная	Разная
Эксикоз II–III степени	Эксикоз I–III степени	Инттоксикация (эндотоксिनный шок) — у детей старше года; генерализация — у детей до года	Инттоксикация, эксикоз I–II степени; у детей раннего возраста — генерализация
1. Нормальная или субфебрильная. 2. С первого дня болезни с нарастанием ко 2–5-му дню. 3. 1–5 дней	1. Фебрильная или субфебрильная. 2. С первого дня болезни с нарастанием к 3-му дню. 3. 2–3 дня	<i>У детей до года</i> 1. Фебрильная или субфебрильная. 2. С первого дня болезни. 3. До 3–5 нед. (возможно волнообразное течение). <i>У детей старше года</i> 1. Фебрильная (в том числе гипертермия). 2. С первого дня болезни. 3. 1–2 дня	1. Фебрильная или субфебрильная. 2. С первого дня болезни. 3. 1–7 дней (при генерализации у детей раннего возраста может быть длительная волнообразная)

Продолжение таблицы 399

Дифференциально-диагностические признаки	Бактериальная дизентерия (шигеллез)	Сальмонеллез	Иерсиниоз
Стул 1. Характер. 2. Максимальная частота. 3. Сроки появления и дальнейшая динамика. 4. Длительность	1. Колитический (типа «ректального плевка»), часто с кровью; у детей до года может быть энтероколитный и энтеритный. 2. «Без счета». 3. С первого дня болезни (в том числе и кровь) с дальнейшим уменьшением частоты. 4. Разная (больше — у детей до года и при дизентерии Флекснера)	1. Энтероколитический (по типу «болотной тины»), часто с кровью. 2. До 15 раз. 3. С первого дня болезни с дальнейшим нарастанием частоты, кровь у детей до года — с 5–7-го дня болезни. 4. Разная: у детей старше года 3–7 дней; у детей до года при сальмонеллезе тифимуриум — до 3–4 нед.	1. Обильный, зловонный, со слизью и зеленью, кровь — редко. 2. 1–3 раза. 3. С первого дня болезни с дальнейшим нарастанием. 4. 1–7 дней
Рвота 1. Частота. 2. Интенсивность. 3. Сроки появления. 4. Длительность	1. У половины. 2. 1–2 р/сут. 3. С первого дня болезни. 4. 1–2 дня	1. У половины. 2. 1–3 р/сут. 3. Разные. 4. 1–5 дней	1. У большинства. 2. Многократная. 3. С 1-го дня. 4. 2–7 дней
Синдром «дистального колита»	Характерен (у детей до года может отсутствовать)	Может быть (у половины)	Редко
Боль в животе (характер, интенсивность, локализация)	Умеренные, схваткообразные, перед дефекацией, в левой подвздошной области	Умеренные в эпигастриальной области и вокруг пупка	Очень интенсивные, вокруг пупка или в правой подвздошной области, могут быть симптомы поражения брюшины и аппендицит
Метеоризм	Не характерен	Часто у детей до года	Не характерен
Гепатолиенальный синдром	»	Часто у детей до года при сальмонеллезе тифимуриум	Редко
Экзантемы	Не характерны; у тяжелых больных — герпетическая сыпь	Не характерны	Часто разнообразные
Гемограмма	«Воспалительные» изменения (максимальная выраженность — в 1 день)	«Воспалительные» изменения у детей до года может быть анемия, моноцитоз	«Воспалительные» изменения, эозинофилия; изменения нарастают в динамике болезни
Копрограмма	«Воспалительные» изменения (большое количество лейкоцитов и эритроцитов)	Разная в зависимости от клинического варианта	«Воспалительные» изменения не характерны

Примечание. УПМ — условно-патогенные микроорганизмы; ЭПЭ — энтеропатогенные эшерихиозы;

Окончание табл. 399

Эшерихиозы	Ротавирусная инфекция	Первичная стафилококковая кишечная инфекция	Заболевания, вызванные УПМ
1. Обильный, водянистый, ярко-желтого цвета, без примесей, редко — прозрачная слизь. 2. 2–7 раз. 3. С первого дня болезни с дальнейшим нарастанием. 4. Разная: у детей старше года — 1–3 дня; у детей до года — 14 дней	1. Обильный, слабо окрашенный, без примесей. 2. 2–7 раз. 3. С первого дня болезни с дальнейшим нарастанием. 4. 2–7 дней	1. Жидкий обильный каловый, реже — со слизью, зеленью и кровью (у детей раннего возраста). 2. 3–5 раз. 3. С первого дня болезни с дальнейшим снижением (у детей старше года) или волнообразным течением (у детей до года). 4. Разная: 1–3 дня у детей старше года, 3–4 недели — у детей до года	1. Жидкий без примесей, реже со слизью, зеленью и кровью (у детей раннего возраста). 2. Частая — у детей до года. 3. С первого дня болезни с дальнейшим нарастанием у детей до года. 4. 1–10 дней: при генерализации 3–4 нед.
1. У большинства. 2. Разная: у детей до года — 1–3 раза в сутки; у детей старше года — многократная. 3. С первого дня болезни. 4. 3–7 дней; у детей до года — длительная	1. У большинства. 2. Повторная и многократная. 3. С первого дня болезни. 4. 2–7 дней	1. Часто. 2. Повторная 3. С первого дня болезни 4. 1–2 дня	1. У большинства. 2. Повторная. 3. С первого дня болезни. 4. 1–3 дня
Отсутствует	Отсутствует	Редко	Редко
Редко, умеренные	Редко, умеренные	Редко, умеренные	Редко, умеренные
У половины больных	Отсутствует	Не характерен	Не характерен
Отсутствует	»	Нередко у детей до года	У детей до года при генерализации инфекционного процесса
Не характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны
Лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ; при ЭТЭ возможен сдвиг влево	Норма	«Воспалительные» изменения	Умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз, умеренно ускоренная СОЭ
«Воспалительные» изменения не характерны	«Воспалительные» изменения не характерны	«Воспалительные» изменения не характерны	«Воспалительные» изменения могут быть у детей раннего возраста при генерализации

ЭТЭ — энтеротоксигенные эшерихиозы.



**5.2.14. Вирусные гепатиты**

Таблица 400

**Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов**  
(по В.Ф. Учайкину и соавт., 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С	Гепатит D	Гепатит E
Возраст больных	Старше года	Все возрастные группы	Все возрастные группы	Все возрастные группы	Старше года
Инкубационный период	14–15 дней	2–6 мес.	2 нед. – 3 мес.	2 нед. – 6 мес.	15–45 дней
Начало заболевания	Острое	Постепенное	Постепенное	Острое	Острое
Интоксикация в преджелтушном периоде	Выражена	Слабо выражена	Слабо выражена	Часто выражена	Выражена
Интоксикация в желтушном периоде	Слабо выражена	Выражена	Отсутствует или слабо выражена	Выражена	Отсутствует или слабо выражена
Аллергическая сыпь	Отсутствует	Может быть	Может быть	Может быть	Отсутствует
Тяжесть заболевания	Легкие и среднетяжелые формы	Чаще тяжелые и среднетяжелые формы	Легкие и безжелтушные формы	Тяжелые и злокачественные формы	Легкие формы
Длительность желтушного периода	1–1,5 нед.	3–5 нед.	Около 2 нед.	2–8 нед.	1–2 нед.
Формирование хронического гепатита	Нет	Нередко первично-хронический гепатит	Часто, в 50% случаев	Часто	Нет
Тимоловая проба	Высокая	Низкая, часто в пределах нормы	Умеренно повышена	Умеренно повышена	Высокая
Серологические маркеры	антиHAV IgM	HB <sub>s</sub> Ag, HB <sub>e</sub> Ag, антиHB <sub>c</sub> IgM	антиHCV РНК HCV	HB <sub>s</sub> Ag, антиHB <sub>c</sub> , антиHDV IgM	антиHEV

Таблица 401

**Дифференциальная диагностика гепатита А в преджелтушном периоде**  
(по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Дифференциально-диагностические признаки	Вирусный гепатит А	Пищевые токсикоинфекции	Грипп	Острый холецистопанкреатит
Начало болезни	Острое	Бурное	Острое	Острое
Интоксикация	Умеренная	Кратковременная, отчетливая	Выраженная	Умеренная

Дифференциально-диагностические признаки	Вирусный гепатит А	Пищевые токсикоинфекции	Грипп	Острый холецистопанкреатит
Лихорадка	Умеренная, в течение 2–3 дней	Чаще умеренная, может быть высокая, кратковременная	Высокая, в течение 4–5 дней	Умеренная, длительная
Тошнота, рвота	Типичны	Типичны	Не характерны	Типичны
Горечь во рту	Типична	Не характерна	Не характерна	Типична
Боль в животе	Тяжесть в правом подреберье	В эпигастральной и околопупочной области, может быть по всему животу	»	Сильная, в верхних отделах живота, с иррадиацией в поясницу
Характер стула	Может быть нормальным, жидким либо отмечается склонность к запорам. Возможна ахолия кала	Жидкий, обильный, зловонный	Нормальный	Нормальный, может быть кашицеобразным. Возможна ахолия кала
Пальпация органов брюшной полости	Умеренная болезненность в правом подреберье	Болезненность по ходу кишечника, урчание	Безболезненна	Болезненность в правом подреберье и эпигастрии, точке желчного пузыря
Эпидемиологический анамнез	Контакт с больными желтухой за 7–50 дней до начала болезни, употребление немых овощей и фруктов, употребление сырой воды из случайных источников	Употребление продуктов, приготовленных с нарушением технологии, или испорченных при хранении	Контакт с больными гриппом	Провоцирующие факторы — нарушение диеты, стресс, алкогольная нагрузка

Таблица 402

**Дифференциальная диагностика гепатита А в желтушном периоде**  
(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференциально-диагностические признаки	Гепатит А	Лептоспироз	Иерсиниоз	Инфекционный мононуклеоз
Начало болезни	Острое	Бурное	Острое	Постепенное
Интоксикация	Умеренная	Выражена	Выражена	Выражена
Лихорадка	Умеренная, в течение 2–3 дней	Высокая, длительная	Высокая, с большими размахами, длительная	Высокая, длительная

Продолжение таблицы ⇨

Окончание табл. 402

Дифференциально-диагностические признаки	Гепатит А	Лептоспироз	Иерсиниоз	Инфекционный мононуклеоз
Увеличение лимфоузлов	Не характерно	Не характерно	Полимфаденопатия	Увеличены преимущественно подчелюстные, заднешейные
Гиперемия лица	Отсутствует	Характерна	Характерна	Отсутствует
Сыпь	Не типична	Возможна эфемерная, розеолезно-папулезная. Геморрагические элементы при тяжелом течении	Пятнисто-папулезная, мелкоточечная, больше на коже дистальных отделов конечностей, вокруг суставов. Симптомы «капюшона», «перчаток», «носов»	Типично появление сыпи у принимавших ампициллин, сыпь пятнисто-папулезная или розеолезно-петехиальная
Боль в икроножных мышцах	Отсутствует	Выражена	Отсутствует	Отсутствует
Печень и селезенка	Увеличение печени, у 15% больных увеличение селезенки	Увеличение печени и селезенки	Увеличение печени и селезенки	Увеличение печени и селезенки
Картина крови	Тенденция к лейкопении	Нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
Повышение трансаминаз	Значительное	Незначительное	Умеренное	Умеренное
Серологические исследования	АнтиHAV IgM	Положительная РМАЛ с лептоспирами	Положительная РНГА с иерсиниозными антигенами	Положительная реакция Хоффа—Бауэра
Изменение мочевого осадка	Не характерно	Протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия	Незначительная протеинурия, микрогематурия	Не характерно

*Примечание.* РМАЛ — реакция микроагглютинации и лизиса; РНГА — реакция непрямой гем-агглютинации.

Таблица 403

### Дифференциальная диагностика острого гепатита В (ОГВ) в желтушном периоде болезни (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференциально-диагностические признаки	ОГВ	Лептоспироз	Алкогольный гепатит	Калькулезный холецистит	Рак головки поджелудочной железы
Начало болезни	Постепенное	Острое	Острое	Острое	Постепенное

Дифференциально-диагностические признаки	ОГВ	Лептоспироз	Алкогольный гепатит	Калькулезный холецистит	Рак головки поджелудочной железы
Лихорадка выше 38 °С, озноб	Не характерна	Характерна	Характерна, сохраняется после появления желтухи	Характерна, появляется одновременно с желтухой	Не характерна
Мышечные боли	Не характерны	Характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны
Артралгия	Характерна	Не характерна	Не характерна	Не характерна	Не характерна
Снижение аппетита	Характерно	Характерно	Характерно	Характерно	Выражено
Тошнота, рвота	Часто	Возможны	Часто	Характерны	Возможны
Боль в животе	Не характерна	Возможна	Возможна	Сильная, в области правого подреберья	Не характерна
Сыпь	Крапивница. Геморрагическая — при тяжелом течении	Часто геморрагическая	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
Размеры печени	Незначительное увеличение	Незначительное увеличение	Значительно увеличена, плотная на ощупь	Незначительное увеличение	Незначительное увеличение
Болезненность при пальпации в правом подреберье	Не выражена	Не выражена	Не выражена	Характерна	Не характерна
Симптом Курвуазье	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Может быть	Положителен
Нейтрофильный лейкоцитоз	»	Характерен	Может быть	Выражен	Отсутствует
Повышение активности АлАТ	Значительное (более 20 норм)	Незначительное	Незначительное	Незначительное	Незначительное
Диспротеинемия	»	»	Выражена: снижение уровня общего белка, альбумина	»	»
Маркеры вирусных гепатитов	HBsAg, антиHBc IgM	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
УЗИ органов брюшной полости	Небольшое увеличение размеров печени, иногда — селезенки	Увеличение размеров печени и селезенки	Значительное увеличение размеров печени и селезенки, признаки жировой инфильтрации	Конкременты в желчном пузыре и/или резкое утолщение стенки желчного пузыря, признаки билиарной гипертензии	Очаговое образование в области головки поджелудочной железы, признаки билиарной гипертензии

## Дифференциальная диагностика острого гепатита С (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференциально-диагностические признаки	Острый гепатит С	Острый гепатит В без дельта-агента	Острая дельта-инфекция (суперинфекция) у носителя вируса гепатита В	Калькулезный холецистит	Рак головки поджелудочной железы
Начало болезни	Постепенное	Постепенное	Острое	Острое	Постепенное
Слабость, утомляемость	Характерны	Характерны	Характерны	Возможны	Характерны
Лихорадка выше 38 °С, озноб	»	Не характерны	Характерны, сохраняются на фоне желтухи	Характерны, сохраняются на фоне желтухи	Не характерны
Ломота в теле, мышечные боли	»	»	Характерны	Характерны	»
Артралгия	Возможна	Характерна	Характерна	Не характерна	Не характерна
Снижение аппетита	Характерно	Характерно	Характерно	Характерно	Выражено
Тошнота, рвота	Возможны	Часто	Часто	Характерны	Возможны
Боль в животе	—	Не характерна	Возможна	Сильная	Не характерна
Размеры печени	Незначительное увеличение	Незначительное увеличение	Значительно увеличена, плотная	Незначительное увеличение	Незначительное увеличение
Болезненность при пальпации в правом подреберье	—	—	—	Характерна	Не характерна
Симптом Курвуазье	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Положителен
Нейтрофильный лейкоцитоз	»	»	»	Выражен	Отсутствует
Повышение активности АлАТ	Значительное	Значительное	Значительное	Незначительное (менее 10 норм)	Незначительное (менее 10 норм)
Диспротеинемия	—	—	Выражена: снижение уровня альбумина, повышение уровня $\gamma$ -глобулина	—	—
Маркеры вирусных гепатитов	АнтиВГС, РНК ВГС	HBsAg, антиHBc IgM, ДНК ВГВ	HBsAg, антиHBc IgG, антидельта IgM	Отсутствуют	Отсутствуют
Данные УЗИ органов брюшной полости	Небольшое увеличение размеров печени, иногда — селезенки	Увеличение размеров печени, иногда — селезенки	Значительное увеличение размеров печени и селезенки	Конкременты в желчном пузыре и/или резкое утолщение стенки желчного пузыря	Увеличение головки поджелудочной железы

## Дифференциальная диагностика гепатита Е (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференциально-диагностические признаки	Гепатит Е	Гепатит А	Гепатит С	Гепатит В	Гепатит В с дельта-агентом	Острый гепатит дельта у носителя вируса гепатита В
Начало	Постепенное	Острое	Постепенное	Постепенное	Острое	Острое
Лихорадка 38 °С и более	Не характерна	Характерна	Не характерна	Не характерна	Характерна	Характерна
Артралгии	Не характерны	Не характерны	Не характерны	В крупных суставах у 30% больных	В крупных суставах у 30% больных	Могут быть
Экзантема	Не характерна	Не характерна	Не характерна	Нередко уртикарная	Нередко уртикарная	Нередко уртикарная
Боль в правом подреберье	Характерна	»	»	Не характерна	Характерна	Характерна
Тошнота и рвота	Характерны	Характерны	Характерны	Характерны	Характерны	Характерны
Увеличение печени	Характерно	Характерно	Характерно	Характерно	Характерно	Характерно
Увеличение селезенки	Наблюдается у 25% больных	Наблюдается у 15% больных	Не характерно	Наблюдается у 20% больных	Наблюдается у 20% больных	»
Отеки, асцит	Не характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны	Не характерны	Характерны
Изменение состояния с появлением желтухи	Не улучшается	Улучшение	Не улучшается	Ухудшение	Ухудшение	Ухудшение
Длительность продромального периода	1–13 дней	3–7 дней	4–10 дней	14–30 дней	5 дней	3–5 дней
Картина крови	Норма или лейкопения	Норма или лейкопения	Норма или лейкопения	Норма или лейкопения	Норма или лейкопения	Норма или лейкопения, умеренная тромбоцитопения

Продолжение таблицы ↵

Окончание табл. 405

<b>Дифференциально-диагностические признаки</b>	<b>Гепатит Е</b>	<b>Гепатит А</b>	<b>Гепатит С</b>	<b>Гепатит В</b>	<b>Гепатит В с дельта-агентом</b>	<b>Острый гепатит дельта у носителя вируса гепатита В</b>
Серологические исследования	АнтиHEV IgM	АнтиHAV IgM	АнтиHCV суммарные	HBsAg, антиHBcore IgM	HBsAg, антиHBcore IgM, антиHDV IgM	HBsAg, антиHBcore IgG, антиHDV IgM
Наиболее характерные изменения биохимических показателей	Повышение активности печеночных трансаминаз, гипербилирубинемия за счет прямой фракции	Повышение активности печеночных трансаминаз, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение показателя тимоловой пробы	Повышение активности печеночных трансаминаз, гипербилирубинемия за счет прямой фракции	Повышение активности печеночных трансаминаз, гипербилирубинемия за счет прямой фракции	Повышение активности печеночных трансаминаз, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение показателя тимоловой пробы	Повышение активности печеночных трансаминаз, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение показателя тимоловой пробы

**5.2.15. Натуральная оспа**

Таблица 406

**Дифференциальная диагностика натуральной оспы (НО)**

(по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Отличия
Ветряная оспа (течение средней тяжести)	Пятнисто-папулезная, везикулезная сыпь на коже, интоксикация, лихорадка	При ветряной оспе, в отличие от НО, продромальный период слабо выражен. Температура обычно повышается до 38,5–39 °С. Боль в крестце отмечается крайне редко. Температура повышается в начале периода высыпаний, снова поднимается при каждой новой волне и падает после окончания высыпаний. Сыпь появляется с первого дня болезни. Характерен полиморфизм сыпи (ложный) — имеются одновременно элементы всех степеней развития (от пятна до подсохшей корочки). Наиболее обильна сыпь на лице и туловище, где она появляется почти одновременно. На ладонях и подошвах элементов сыпи нет. Экзантема представляет собой поверхностный пузырек, наполненный прозрачной жидкостью («слеза»), имеющий однокамерное строение (спадается при прокалывании); воспаленный поясок вокруг него неправильных очертаний. Корочки образуются быстро, после их отпадения на коже остается пигментное пятно, впоследствии исчезающее. Высыпания на слизистых оболочках скудные. Развитие тяжелых геморрагических форм ветряной оспы возможно у лиц пожилого возраста, тогда дифференциальная диагностика с НО становится еще более актуальной
Корь	Интоксикация, пятнисто-папулезная сыпь, этапность ее распространения (лицо, туловище, конечности)	Необходимо сосредоточить внимание на типичном для НО расположении продромальной сыпи (треугольник Симона, грудные треугольники). При кори, в отличие от НО, резко выражены катаральные явления, гиперемия ротоглотки; на слизистой оболочке щек обнаруживаются пятна Филатова — Коплика. Температура повышается постепенно и после появления сыпи продолжает оставаться на высоком уровне. Пузырьков после пятнисто-папулезной сыпи не образуется, нагноения элементов не бывает. После угасания сыпи характерна пигментация, которая распространяется сверху вниз. Нередко после пигментации наблюдается отрубевидное шелушение, в основном на лице
Опоясывающий лишай	Пятнисто-папулезная, везикулезная сыпь на коже, интоксикация, лихорадка	Наиболее распространена ганглиокожная форма болезни, которая начинается с лихорадки, симптомов общей интоксикации. В отличие от НО, отмечаются резкая боль и парестезии по ходу нервов и в зоне будущих высыпаний. Через 3–4 дня появляются инфильтрация и гиперемия кожи, сменяющиеся пузырьками, которые сгруппированы в пределах одного дерматома. Пузырьки засыхают и превращаются в корочки. Длительно сохраняется боль в области высыпаний

Продолжение таблицы ↪



Окончание табл. 406

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Отличия
Оспа обезьян	Папулезно-пустулезная сыпь на коже, интоксикация и лихорадка	Имеет значение эпидемиологический анамнез (пребывание на африканском континенте). Характерно увеличение периферических лимфоузлов (чаще шейных и паховых), иногда еще до появления сыпи. Возможна диарея. У большинства больных оспа обезьян протекает доброкачественно. При тяжелом течении летальность составляет 10%. Отличить оспу обезьян от НО по характеру сыпи очень трудно
Псевдокорью оспа	Пятнисто-папулезная сыпь на руках	Встречается повсеместно, однако преимущественно в регионах с развитым животноводством. Чаще болеют доярки («узелки доильщиц»), а также убойщики скота, работники мясокомбинатов, ветеринары. В отличие от НО, интоксикация не выражена. Отсутствуют и этапность высыпаний, и характерная для НО динамика развития элемента: розовое пятно на коже рук через 1–2 дня преобразуется в плотный безболезненный узелок, который сохраняется в течение 4–10 нед. Возможно образование множественных узелков. Отмечается местный лимфаденит. Обратное развитие узелка происходит в течение 2–3 нед. с образованием корки, после отпадения которой остается пигментное пятнышко
Корью оспа	Пятнисто-папулезные элементы на коже	Чаще возникают одиночные элементы на руках или лице в виде папул, затем везикул с геморрагическим содержимым, пустул, которые впоследствии изъязвляются. Могут быть крайне болезненными. К концу 2-й нед. образуются корки, затем рубцы. Местные проявления могут сочетаться с симптомами интоксикации
Осповидный риккетсиоз (везикулезный риккетсиоз)	Интоксикация, лихорадка, распространенная геморрагическая пятнисто-папулезная сыпь	На месте присасывания клеща появляется первичный аффект в виде воспалительного участка с изъязвляющимся пузырьком в центре. На 2–3-й день на различных участках тела появляется необильная пятнисто-папулезная сыпь, становящаяся папуло-везикулезной. В отличие от НО, нет этапности высыпаний и характерной динамики развития элементов. Высыпания сохраняются от 2–4 до 10 дней, после чего бесследно исчезают. Лихорадка длится 5–7 дней, «температурный взрез» перед появлением сыпи отсутствует. При попадании возбудителя на слизистые оболочки могут наблюдаться конъюнктивит и афтозный стоматит
Сыпной тиф	Лихорадка, интоксикация, розеолезно-петехиальная сыпь на теле, падение температуры тела перед появлением сыпи	В отличие от НО, сыпь появляется на 4–6-й день болезни, она розеолезно-петехиальная, локализуется на сгибательных поверхностях рук и боковых поверхностях грудной клетки. Отсутствует этапность высыпаний, нет везикул и пустул. Перед появлением сыпи на переходной складке конъюнктив появляются пятна Киари—Авцины. Становятся положительными симптомы щипка и жгута. Отмечаются возбуждение, бред, тремор рук и языка, бессонница с яркими сновидениями. Характерен гепатолитический синдром. Имеет значение эпидемиологический анамнез — профессия больного (гардеробщик, банщик), неблагоприятные социальные условия, завшивленность

**5.2.16. Геморрагические лихорадки**

Таблица 407

Дифференциальная диагностика ГЛПС (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	ГЛПС	Лептоспироз	Грипп	Сыпной тиф	Острый пиелит, пиелонефрит
Начало болезни	Острое, бурное	Острое, бурное	Острое	Острое, подострое	Острое
Лихорадка 38 °С и более	Характерна	Характерна	Характерна	Характерна	Характерна
Озноб	Характерен	Сильный	В первый день болезни	Познабливание в первые 2–3 дня	Характерен
Головная боль	Характерна	Характерна, без определенной локализации	Сильная. В области лба и надбровных дуг	Резкая, диффузная	Умеренная
Мышечные боли	Ощущение разбитости	Выраженные миалгии, резкие в икроножных мышцах	Ломота в мышцах	Отсутствуют или незначительны	Не характерны
Боли в пояснице	Сильные	Сильные	Не характерны	Не характерны	Сильные
Гиперемия лица и шеи	Выражена	Характерна	Умеренно выражена	Выражена	Не характерна
Катаральные явления	Не характерны	Не характерны	Характерны	Не характерны	Не характерны
Экзантема	Петехиальная, необильная, в над- и подключичных областях, на груди, в подмышечных впадинах	Пятнисто-папулезная, с 3–5-го дня болезни	Не характерна	Обильная, розеолезно-петехиальная, с 4–6-го дня болезни	Не характерна
Тошнота, рвота	Часто	Часто	Не характерны	Иногда	Возможны
Увеличение печени	Может наблюдаться	Характерно	Не характерно	Характерно с 3–4-го дня болезни	Характерно
Увеличение селезенки	Не характерно	Может наблюдаться	Не наблюдается	Характерно	Не характерно
Изменение мочевого осадка	Массивная протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, клетки Дунаевского, фибринные цилиндры	Протеинурия, цилиндрурия, клетки почечного эпителия	Изменения скудные	Изменения скудные	Небольшая протеинурия при массивной лейкоцитурии

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 407

Диагностические клинические признаки	ГЛПС	Лептоспироз	Грипп	Сыпной тиф	Острый пиелит, пиелонефрит
Дизурические проявления	Редко	Не характерны	Не характерны	Парадоксальная ишурия	Характерны
Картина крови	Лейкопения на ранних стадиях, затем лейкоцитоз, тромбоцитопения	Нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ, анемия в поздние сроки	Лейкопения, лимфоцитоз	Умеренный лейкоцитоз	Лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ
Сезонность	Лето, осень	Лето	Холодное время года	Чаще зима, весна	В любое время года
Данные серологических исследований	Увеличение титров антител в реакции непрямой иммунофлюоресценции в 4 раза. ИФА — увеличение титра в 4 раза	РМАЛ — положительная реакция	РТГА — положительная реакция	Положительные РСК и РИГА с антигеном Провачека	Серологические реакции отрицательные

*Примечание.* ГЛПС — геморрагические лихорадки с почечным синдромом; ИФА — иммуноферментный анализ; РМАЛ — реакция микроагглютинации и лизиса; РТГА — реакция торможения геммагглютинации; РСК — реакция связывания комплемента; РИГА — реакция непрямой геммагглютинации.

Таблица 408

### Дифференциальная диагностика КВГЛ (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Отличия
Лептоспироз	Острое начало болезни, высокая лихорадка, головные боли, миалгии, геморрагические проявления, олигурия, конъюнктивит, склерит. Возможна желтуха	Для лептоспироза не характерны язвенно-некротический стоматит, боли в животе, рвота, понос, кашель, боли в грудной клетке, относительная брадикардия, лейкопения, часто наблюдающиеся при КВГЛ
Малярия	Головная боль, подъем температуры до высоких цифр, ломота в теле и мышцах. Возможны желтуха и олигурия	При малярии не бывает язвенно-некротического стоматита, увеличения периферических лимфатических узлов, но, в отличие от КВГЛ, для нее характерны потливость, бледность, неправильный характер лихорадки (при тропической малярии). Геморрагический синдром при малярии бывает редко и выражен в меньшей степени, чем при КВГЛ

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Отличия
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (геморрагические лихорадки с почечным синдромом — ГЛПС)	Острое начало болезни, высокая лихорадка, мышечные и головные боли, геморрагический синдром, склерит, конъюнктивит, олигурия	При ГЛПС не бывает фарингита и стоматита, поноса, многократной рвоты. В отличие от КВГЛ олигурия при ГЛПС развивается со второй недели болезни на фоне нормальной температуры тела. Кроме того, при ГЛПС с первых дней болезни отмечаются резкая слабость, сухость во рту и жажда

*Примечание.* КВГЛ — контагиозные вирусные геморрагические лихорадки.

Таблица 409

### Дифференциальная диагностика желтой лихорадки (ЖЛ) (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференцируемые заболевания	Сходство	Отличия
Малярия	Интоксикация, желтушность кожи и видимых слизистых оболочек, увеличение печени и селезенки	Для ЖЛ характерно быстрое развитие заболевания с тромбогеморрагическим синдромом. Отмечается улучшение состояния на 4–5-й день болезни с последующим возможным его ухудшением, брадикардия на 5–6-е сут
Лихорадка денге	Интоксикация, геморрагический синдром	Для ЖЛ не характерны мучительные боли в спине, суставах, лимфаденит, эритематозная сыпь
Лептоспироз	Высокая температура, желтуха, увеличение печени	При ЖЛ отсутствуют боль в икроножных мышцах, менингеальные симптомы, нейтрофильный лейкоцитоз
Вирусные гепатиты	Желтушность кожи и слизистых оболочек, увеличение печени	При ЖЛ доминирует поражение почек. Характерны геморрагический синдром при неяркой желтухе, выраженные симптомы интоксикации

## 5.3. ПРОТОЗООЗЫ И ГЕЛЬМИНТОЗЫ

### 5.3.1. Клещевой энцефалит

Таблица 410

Дифференциальная диагностика клещевого энцефалита, болезни Лайма и других заболеваний, протекающих с поражением ЦНС (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Клещевой энцефалит	Болезнь Лайма	Менингококковая инфекция	Лептоспироз	Энтеровирусная инфекция
Сезонность	Весенне-летний период	Весенне-летний период	Зимне-весенний период	Летне-осенний период	Летний период
Начало	Острое	Острое или постепенное	Острое	Острое	Острое
Лихорадка	Фебрильная 4–6 дней, может быть двухволновая (у 25–30% больных)	Фебрильная	Высокая температура, повышается в течение нескольких часов	С начала болезни — высокая	Чаще невысокая, до 38,0 °С, длительность лихорадки до 3 дней. У 25–30% больных — двухволновая
Головная боль	Резкая, мучительная	Сильная	Сильная, распирающая	Резкая	Резкая, непродолжительная
Окраска кожных покровов, изменения слизистых оболочек	Гиперемия кожи лица, груди, инъекция сосудов склер и конъюнктив	Гиперемия кожи лица	Бледность	Гиперемия кожи лица, инъекция сосудов склер, конъюнктивит	Гиперемия кожи лица
Сыпь (сроки появления, характер, локализация)	Не характерна	Эритема на месте присасывания клеща, кольцевидная, расширяющаяся (мигрирующая) во все стороны	Появляется на 1–2-й день болезни, геморрагическая, звездчатая, возвышающаяся над поверхностью кожи, возможны некрозы; преимущественно на конечностях, туловище, ягодицах	Часто обильная, пятнистая	Розеолезная, у 15–70% больных

<b>Диагностические клинические признаки</b>	<b>Клещевой энцефалит</b>	<b>Болезнь Лайма</b>	<b>Менингококковая инфекция</b>	<b>Лептоспироз</b>	<b>Энтеровирусная инфекция</b>
Сроки проявления менингеального синдрома	1–2-й день болезни	2–5-й день болезни или позже, спустя 1–3 мес. после дебюта болезни	1–2-й день болезни	3–5-й день болезни	2–3-й день болезни
Степень выраженности менингеального синдрома	Выраженный, длительный	Умеренно выраженный	Резко выражен, с первых часов	Умеренно выраженный	Умеренно выраженный, кратковременный, у 15–30% больных отсутствует
Энцефалитические признаки	Вначале заторможенность, сонливость, иногда сопор, бред, расстройство сознания, в 6–15% случаев — очаговые симптомы	Стертые очаговые симптомы во второй стадии заболевания	Характерны отдельные очаговые симптомы	Отсутствуют	Отдельные очаговые симптомы (у 30% больных) — легкие, нестойкие
Спинномозговая жидкость	Бесцветная, плеоцитоз 50–500 в 1 мкл, иногда в первые дни преобладают нейтрофилы, в дальнейшем — лимфоциты	Бесцветная, плеоцитоз 50–500 в 1 мкл, лимфоциты 80%	Мутная, плеоцитоз 5–10 тыс. в 1 мкл и более, нейтрофилы до 100%	Бесцветная, плеоцитоз 2–3-значный, лимфоциты 80–90%	Бесцветная, плеоцитоз 50–800 в 1 мкл, лимфоциты 80–100%

## 5.3.2. Амебиаз

## Дифференциальная диагностика

Дифференцируемые заболевания	Диагностические			
	Слизь и кровь в жидких фекалиях	Боль в животе	Интоксикация	Характер и частота стула
Кишечный амебиаз (амебная дизентерия)	Большое количество вязкой слизи, пропитанной кровью, или прожилки крови. Может быть только скрытая кровь	Характерна боль в правой подвздошной области или по ходу толстой кишки. Бывают тенезмы. При хроническом амебиазе боли нет	Отсутствует или слабо выражена	Каловый, 4–6 раз в сутки. При обострении хронического амебиаза до 15–20 раз в сутки
Шигеллез	Характерный признак. Слизь не пропитывается кровью, «ректальный плевок»	Схваткообразная, чаще в левой подвздошной области. Тенезмы	Выражена значительно, исключение составляют легкие формы	Частый, до «бессчетного», скудный. Может быть без каловых масс. Характерны ложные позывы к дефекации
Сальмонеллез, локализованная форма	Не характерны. Возможны при энтероколитическом варианте	Боль и урчание вокруг пупка	Выражена значительно	Чаще водянистый, обильный, зловонный, зеленый, цвета лягушачьей икры
Новообразование толстой кишки	Характерны, возможны кровотечения	Характерна. Может быть в поясничной области	Недомогание, слабость, анорексия	Каловый. Могут быть признаки непроходимости, неустойчивый стул
Неспецифический язвенный колит	В большом количестве, с гноем, частые кровотечения	Симптомы раздражения брюшины, вздутие живота, боль в животе при пальпации	Лихорадка различного характера, ознобы, выражена интоксикация	Может быть очень частым
Балантидиаз	Характерны	Боль по ходу толстой кишки, преимущественно в слепой и восходящей кишках	При острой форме выражена. При хронической форме отсутствует	5–10 раз, каловый, обильный, жидкий, с гнилостным запахом
Острый кишечный шистосомоз	Часто	Боль по ходу толстой кишки, тенезмы	Выражена в остром периоде	Частый, до 10–12 раз

Таблица 411

**амебиоза (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)**

<b>клинические признаки</b>				
<b>Эндоскопическая картина</b>	<b>Изменения других органов и систем</b>	<b>Гемограмма</b>	<b>Острота течения болезни</b>	<b>Особенности эпидемиологического анамнеза</b>
Глубокие язвы с подрытыми краями; развиваются асинхронно. Между язвами слизистая оболочка не изменена	При хроническом амебиозе увеличена печень	При остром течении — без особенностей. При хроническом течении — анемия	Склонность к хронизации	Пребывание в странах тропического или субтропического климата (эндемичные районы)
Очаговая гиперемия, эрозии, геморрагии	Может развиваться синдром Рейтера	Без особенностей	Обычно острое	Несоблюдение санитарно-гигиенических норм
Не информативна	Обезвоживание, инфекционно-токсический шок	Нейтрофильный лейкоцитоз	Острое, бурное	Групповой характер заболевания, употребление недоброкачественных продуктов питания
Выявляет опухоль, растущую в просвет кишки или кольцевидно охватывающую толстую кишку	В позднем периоде метастазы в регионарные лимфоузлы, в печень	Анемия	Длительное, прогрессирующее	—
Потеря массы тела, увеличение печени и селезенки, поражение кожи, артралгии	Множественные сливающиеся язвы, эрозивно-язвенный, эрозивно-геморрагический проктосигмоидит, кровоточивость слизистой оболочки	Анемия, лейкоцитоз и гиперлейкоцитоз, высокая СОЭ	Чаще хроническое, непрерывное или рецидивирующее	—
Исхудание, обезвоживание	Глубокие язвы в стенке толстой кишки. Располагаются по длиннику складок, края утолщены	Анемия	Хроническое, рецидивирующее	Контакт со свиньями — резервуаром балантидий
Увеличение печени и селезенки. Кашель с мокротой, уртикарная сыпь	Очаговая гиперемия, отек, эрозии, язвы, точечные геморрагии, полипы. При стихании острого процесса кишка бледная, видны так называемые песчаные бугорки и песчаные пятна	Лейкоцитоз, эозинофилия	При отсутствии лечения течение хроническое	Купание в пресноводных водоемах стран жаркого климата



## Дифференциальная диагностика амёбного абсцесса печени (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Дифференцируемые заболевания	Диагностические клинические признаки								
	Лихорадка, ознобы	Диарея	Боль в области печени	Гепатомегалия	Желтуха	Спленомегалия	Гемограмма	Инструментальные исследования	Особенности анамнеза
Амёбный абсцесс печени	Характерны. Лихорадка, потоотделение в ночное время	Предшествует болезни или сопровождается	Постоянная, усиливается при движении	Зависит от величины абсцессов	Бывает не всегда	—	Нейтрофильный лейкоцитоз	Рентгенологическое исследование: высокое стояние правого купола диафрагмы. Сканирование, УЗИ брюшной полости выявляет неоднородное жидкостное образование с плотной капсулой (абсцесс)	Пребывание в районе, эндемичном по амёбиозу
Эхинококковая киста печени	Характерны, особенно при нагноении	Симптом непостоянный	Характерна тупая или острая боль, ощущение тяжести в правом подреберье	Характерна. Может быть куполообразное выпячивание на поверхности печени	Не всегда	—	Эозинофилия. При нагноении — нейтрофильный лейкоцитоз	Рентгенография: высокое стояние правого купола диафрагмы, обызвествленная оболочка кисты	Контакт с собакой
Бактериальный абсцесс печени	Характерны, лихорадка гектическая	—	Имеются симптомы раздражения брюшины, боль в правом нижнем отделе грудной клетки с иррадиацией в плечо и надплечье	Бывает всегда	Характерна	—	Анемия, нейтрофильный лейкоцитоз	Рентгенография: уровень жидкости на фоне печени. Накопление изотопа на сканограмме, полости при УЗИ	Наличие желчнокаменной болезни, холангита, инфицированных повреждений печени
Тропическая малярия	Характерны	Часто наблюдается в начале болезни	—	Умеренная	Бывает часто	Постоянный симптом	Лейкопения. В мазках крови — <i>P. falciparum</i>	Не информативны	Пребывание в регионе, эндемичном по амёбиозу и тропической малярии

Дифференциальная диагностика малярии (по Н.Д. Юшук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Малярия	Сепсис	Острый бруцеллез	Грипп	Острый пиелонефрит
Начало	Острое	Постепенное	Острое, реже постепенное	Острое	Острое
Лихорадка	Интермиттирующая, с периодом апирексии 48–72 ч; при тропической малярии — часто неправильная	Гектическая	Интермиттирующая, ремиттирующая, волнообразная. Легко переносится больным	Постоянная, сохраняется не более 5 дней	Неправильная
Интоксикация	Выражена в период лихорадки	Выражена постоянно	Не соответствует температуре	Выражена	Постепенно нарастает
Озноб	В начале приступа	Несколько раз в течение суток	Разной интенсивности	Незначительный	Сильный, эпизодический
Потливость	Характерна в конце приступа, носит профузный характер	Выраженная	Характерна, носит профузный характер	При применении жаропонижающих препаратов	Проливной пот (эпизодически)
Кожа и видимые слизистые оболочки	Бледно-желтого цвета	Бледно-серого цвета, иногда желтушные. Геморрагическая сыпь, кровоизлияния	Бледность, на высоте лихорадки гиперемия лица и шеи	Умеренная гиперемия лица	Бледно-серого цвета
Лимфаденопатия	Не характерна	Непостоянная	Характерна	Не характерна	Не характерна
Увеличение селезенки	Значительное после нескольких приступов	Незначительное	Увеличена	Не увеличена	Не увеличена
Увеличение печени	Характерно	Часто	Характерно	Не характерно	Не характерно
Гемограмма	Анемия, ретикулоцитоз, нейтропения, лимфоцитоз	Анемия, лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, увеличение СОЭ	Лейкопения, эозинопения, лимфо- и моноцитоз	Лейкопения, лимфоцитоз	Лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, увеличение СОЭ
Данные анализа мочи	Альбуминурия, микрогематурия, гиалиновые и зернистые цилиндры	Альбуминурия, гематурия	Лихорадочная альбуминурия	Изменений нет	Протеинурия, пиурия, гематурия, бактериурия, увеличение относительной плотности

### 5.3.4. Трихинеллез

Таблица 414

Дифференциальная диагностика трихинеллеза (по Н.Д. Ющук и соавт., 2008)

Диагностические клинические признаки	Трихинеллез	Грипп	Брюшной тиф	Иерсиниоз	Пищевая токсикоинфекция	Аскаридоз
Начало болезни	Бурное	Бурное	Постепенное	Острое	Острое	Острое
Интоксикация	Выражена, держится долго	Выражена, кратковременная	Выражена в период разгара	Выражена с 1-го дня, держится долго	Отчетливая и кратковременная	Выражена не ярко
Лихорадка	Держится 3–4 нед.	Держится 2–3 дня	Волнообразная, до 2–3 нед.	Высокая, до 1–2 нед.	Кратковременная, 2–3 дня	Субфебрильная, до 1 нед.
Катаральные явления	Отсутствуют	У части больных	Отсутствуют	Бывают часто	Отсутствуют	Отсутствуют
Лимфаденопатия	Характерна	Отсутствует	Отсутствует	Характерна	Отсутствует	Характерна
Внешний вид больного	Пастозность лица, отеки век	Гиперемия лица и шеи без одутловатости	Бледное лицо, бедная мимика	Без особенностей	Без особенностей	Без особенностей
Язык	Равномерно обложен	Равномерно обложен	Обложен, отечен, увеличен в размерах, с отпечатками, зубов	Обложен, «малиновый»	Обложен, сухой	Равномерно обложен
Экзантема	Высыпания по типу крапивницы	Отсутствует	Единичные розеолезные элементы, появляются на 8–9-й день болезни	Пятнисто-папулезная, в разные сроки	Отсутствует	Уртикарная, зудящая, исчезает спонтанно
Миалгии	Выражены, мышцы резко болезненны	Незначительны, в период лихорадки	Отсутствуют	У части больных незначительны	Отсутствуют	Незначительные в период лихорадки
Боль в животе	Бывает	Отсутствует	Отсутствует	Схваткообразная, чаще в правой подвздошной области	Разной интенсивности, в верхних отделах живота	У части больных

<b>Диагностические клинические признаки</b>	<b>Трихинеллез</b>	<b>Грипп</b>	<b>Брюшной тиф</b>	<b>Иерсиниоз</b>	<b>Пищевая токсикоинфекция</b>	<b>Аскаридоз</b>
Характер стула	У части больных жидкий, кратковременно	Обычный	В начале болезни — запоры. На 2–3-й нед. жидкий, в виде «горохового супа»	Иногда жидкий	Обильный, зловонный, зеленоватого цвета	Обычный
Эпидемиологический анамнез	Употребление в пищу мяса диких животных, свинины	Контакт с больными ОРЗ (дома, на работе, в транспорте)	Употребление в пищу немытых овощей, фруктов, воды из открытых водоемов	Употребление в пищу термически не обработанных овощей	Употребление в пищу недоброкачественных продуктов	Употребление немытых овощей, зелени, клубники
Эозинофилия	Резко выражена	—	Анэозинофилия	Может быть умеренной	—	Выражена умеренно

# ГЛАВА 6

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕДИАТРИИ

Таблица 415

Современные методы визуализации, применяемые при дифференциальной диагностике различных заболеваний (по А.И. Воробьеву, 2004)

Локализация патологического процесса	Первичный метод	Метод второй очереди	Дополнительные методы
Головной мозг	МРТ	КТ	—
Спинальный мозг	МРТ, миелография	КТ-миелография	—
Позвоночник (без спинно-мозговых симптомов)	Пенттомография, сцинтиграфия	МРТ, КТ	—
Легкие и средостение	Рентгенография	КТ	МРТ
Брюшная полость	УЗИ	»	»
Почки	Рентгенография, экскреторная урография, УЗИ	»	МРТ, динамическая, нефросцинтиграфия, прямая пиелография
Органы малого таза	УЗИ	Трансуретральное, трансвагинальное, трансректальное УЗИ; МРТ	Метросальпинография, КТ
Молочная железа	Маммография	УЗИ, УЗИ с ЦДК	Дуктография, пневмокистография
Костный скелет	Рентгенография, сцинтиграфия	КТ, МРТ	—
Суставы	УЗИ, сцинтиграфия, рентгенография	МРТ	Арthroграфия, КТ-arthroграфия, МР-arthroграфия
Мягкие ткани опорно-двигательной системы	УЗИ	»	—

Таблица 416

**Дифференциальная диагностика конституционных типов в зависимости от предрасположенности к внутренним заболеваниям и характера реакции вегетативной нервной системы (по Р. Хэгглину, 1965)**

Реакция организации и предрасположенность к заболеваниям	Габитус	
	Астеник	Пикник
Характер реакции вегетативной нервной системы	Ваготония с ее последствиями: гипогликемия, брадикардия, гипотония, лейкопения, лимфоцитоз	Симпатикотония с ее последствиями: гипергликемия, тахикардия, гипертония, лейкоцитоз
Предрасположение к заболеваниям	Гипофункция гипофиза	Гиперфункция базофильных элементов гипофиза
	Конституциональное исхудание и как крайнее выражение его болезнь Симмондса	Ожирение и как крайнее выражение его болезнь Иценко—Кушинга
	Железодефицитная анемия	Полиглобулия
	Болезнь Аддисона	Сахарный диабет
	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	Желчнокаменная болезнь. Подагра. Атеросклероз. Цирроз печени*
	Шизофрения	Маниакально-депрессивный психоз

\* У пикников можно говорить о большей частоте диабета и цирроза только определенного типа — *Примеч. ред.*

Таблица 417

**Диагностика (по анализу картины белой крови) тяжести инфекционного процесса и толерантности организма (по И.П. Замотаеву, 1993)**

Картина белой крови	Характеристика	
	инфекционного процесса	сопротивляемости организма
Незначительный нейтрофилез и небольшой сдвиг влево	Легкая инфекция, ограниченный гнойно-воспалительный процесс	Хорошая
Значительный нейтрофилез при резком сдвиге влево и гиперлейкоцитозе	Тяжелая инфекция или тяжелый гнойно-воспалительный процесс	»
Резкий нейтрофилез со сдвигом при небольшом лейкоцитозе	Тяжелые гнойно-воспалительные, септические процессы	Ослабленная
Высокий нейтрофилез при лейкопении	Тяжелый воспалительный, инфекционный процесс	Плохая

Таблица 418

**Материалы к дифференциальной диагностике эозинофилии**  
(по Р.Б. Тейлору, 1995)

Тип патологического процесса	Эозинофилия встречается часто	Эозинофилия встречается редко
Инфекционный	Инвазии многоклеточными организмами (анкилостомоз, шистосомоз, аскаридоз, трихинеллез). Филяриатоз. Эхинококкоз. Пневмония Леффлера, вызванная паразитами	Лимфохориональный вирус. Инфекция ЦНС. Детская стафилококковая инфекция. Скарлатина. Хорея. Мультиформная эритема. Гистоплазмоз
Аллергический	Бронхиальная астма. Сезонный ринит. Крапивница. Эозинофильный колит новорожденных	Ангioneвротический отек. Аллергический гранулематоз (синдром Черджа—Стросса)
Дерматологический	Пемфигус, пемфигонд	Диссеминированная глиобластома
Злокачественный	Синдром Велля (рецидивирующий гранулематозный дерматит). Эозинофильный лейкоз. Острый лимфобластный лейкоз. Острый нелимфоцитарный лейкоз. Хронический миелолейкоз. Рак влагалища, носоглотки, щитовидной железы, полового члена, кожи. Аденокарцинома желудка или матки. Злокачественный гистиоцитоз	Болезнь Ходжкина. Лимфома. Рак легкого. Рак органов желудочно-кишечного тракта. Фиброзная гистиоцитома. Опухоль островковых клеток поджелудочной железы
Аутоиммунный	Эозинофильный фасциит. Эозинофильный миозит. Эозинофильный гастроэнтерит. Эозинофильный цистит. Эндокардит Леффлера. Хронический гепатит	Язвенный колит. Региональный энтерит. Ревматоидный артрит. Ангиит. Узелковый периартерит
Идиопатический	Эозинофильный синдром (ЭС). Эозинофильный легочный инфильтрат. Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией	Системный мастоцитоз. Состояние после спленэктомии
Связанный с лечением	Инфицированный желудочно-перитонеальный шунт	Лучевая терапия
Связанный с приемом лекарственных препаратов	Пенициллин. Цефалоспорины. Нитрофурановые соединения. Парааминосалициловая кислота. Дифенин	Варфарин (Warfarin). Каптоприл. Карбамазин (Carbamazepin)
Врожденный и периода новорожденности	Гидралазин. Хлорпромазин. 7-моносомия	Сердечно-сосудистые аномалии
	Семейный эритрофагоцитарный лимфогистиоцитоз.	Тромбоцитопения в сочетании с отсутствием лучевой кости

Тип патологического процесса	Эозинофилия встречается часто	Эозинофилия встречается редко
	Эозинофилия недоношенных. Гипериммуноглобулинемия	Врожденные иммунодефицитные состояния (тяжелый врожденный иммунодефицитарный синдром, X-сцепленная агаммаглобулинемия)

Таблица 419

**Различительные признаки экссудата и трансудата (по И.П. Замотаеву, 1993)**

Признак	Экссудат	Трансудат
Относительная плотность	1,018 и более	Менее 1,015
Содержание белка	30,0 г/л и более	20,0 г/л и менее
Реакция на содержание серозомуцина (р. Ривальта)	Положительная	Отрицательная
Активность ЛДГ	1,6 ммоль/л-ч и более	Менее 1,6 ммоль/л-ч
Наличие клеток: – эритроциты; – нейтрофилы; – эозинофилы; – клетки мезотелия	Много В большом количестве Много Единичные	Единичные Единичные Единичные много Часто группами

Таблица 420

**Дифференциально-диагностические признаки изменения цереброспинальной жидкости при разных процессах (по В.П. Зыкову, 2006)**

Заболевания	Давление, мм водн. ст.	Вид	Лейкоциты в 1 мкл	Реакция Панди	Белок, мг%	Сахар, мг%
Норма:						
0–1 мес.: взрослые и дети	40–200	Прозрачная	0–30 пн 60%	0	15–40	40–30
> 1 мес.	40–200	Желтоватая	0–15	0		40–80
Менингиты: – бактериальный; – туберкулезный; – серозный; – лимфоцитарный; – менингизм	До 400 До 300 Норма, ↑ Норма, ↑ Норма, ↑	Мутная Опалесцир. Опалесцир. Прозрачная Прозрачная	До 1500 пн 30–5000 мк 100–2000 мн 100–2000 лф Норма	+++ +++ – до +++ +++ – или +	До 500 До 300 До 150 60–200	↓↓ 0–45
Гидроцефалия	> 250–300	Прозрачная	—	—	Норма	—
Кровонезлияние	Норма	Красная	До 1000 эр	+++	До 200	40–80
Полиомиелит	Норма	Опалесцир.	15–400 мн	– или +	30–500	—
Полирадикулоневрит	↑	Прозрачная	Норма, мн	++	T	—
Энцефалит	Норма, ↑	Прозрачная	100–300 мн	++++	100–600	—
Опухоль	↑, норма	Прозрачная	До 500 пн	– или +	60–600	↓

*Примечание.* (–) — ниже 40; (+) — 50–100; (++) — 100–300; (+++) — 300–500; (++++) — выше 500.



Таблица 421

**Дифференциальная характеристика цианозов, являющихся следствием  
повышения количества редуцированного гемоглобина**  
(по И. Андрееву, И. Вапцарову, Х. Михову и соавт., 1977)

Характеристика болезни и диагностические тесты	Сердечный цианоз центрального происхождения (врожденные цианотические сердечные пороки)	Легочный цианоз центрального происхождения (дыхательная недостаточность)	Периферический цианоз (сердечно-сосудистая недостаточность)
Этиология	Венозно-артериальный шунт	Вентиляционные и диффузионные легочные смущения; недостаточность левого сердца	Недостаточность правого сердца
Сущность	Примесь редуцированной крови к окисленной крови	Недостаточное окисление крови в легких	Повышенное потребление кислорода в тканях вследствие циркуляционного застоя
Локализация и интенсивность патологического процесса	На коже и слизистых, яркий, генерализированный	Вокруг рта, доходящий до генерализированного, часто в сочетании с бледностью	Преимущественно акроцианоз, слабый до умеренного
Температура кожи	Нормальная	Нормальная	Пониженная
Цианоз при крике	Усиливается	Уменьшается	Не изменяется
Цианоз после применения кислорода	Существенно не изменяется	»	»
Цианоз после согревания конечности или инъекцирования гнетамина	Задерживается	Задерживается	Исчезает или уменьшается
После массажа мочки уха	Цианоз задерживается	Цианоз задерживается	Мочка краснеет
Артериальное насыщение O <sub>2</sub>	Ниже 92%	Ниже 92%	Нормальное; уменьшено венозное насыщение O <sub>2</sub>
Артериальное содержание CO <sub>2</sub>	Обычно уменьшено	Нормально или увеличено	Без изменений
Результаты эфирного и дехолинового (или рибофлавинного) тестов	Время «рука — легкое» — нормальное; «рука — язык» — укорочено	Оба времени нормальны	Время «рука — язык» удлинено

Таблица 422

**Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся  
увеличением лимфатических узлов**

(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу и соавт. (ред.), 1993)

Классы	Клинические формы
Инфекции	Вирусные инфекции [инфекционный гепатит, инфекционный мононуклеоз (цитомегаловирус, вирус Эпштейна — Барр), СПИД, краснуха, ветряная оспа — опоясывающий лишай, оспа]

Классы	Клинические формы
Инфекции	Бактериальные инфекции (стрептококковые, стафилококковые, бруцеллез, туляремия, листериоз, пастереллез, болезнь от кошачьих царапин). Грибковые инфекции (кокцидиомикоз, гистоплазмоз). Хламидиоз (трахома). Инфекции, вызванные микобактериями (туберкулез, лепра). Паразитарные инфекции (трипаносомоз, микрофиляриоз, токсоплазмоз). Инфекции, вызванные спирохетой [сифилис, фрамбезия, эндемический (тропический) сифилис, лептоспироз]
Болезни иммунной системы	Ревматоидный артрит. Системная красная волчанка. Дерматомиозит. Сывороточная болезнь. Реакция на лекарственные средства (дифенилгидантоин, гидралазин, аллопуринол). Ангиоиммунобластная лимфаденопатия
Злокачественные новообразования	Болезни крови (ходжкинская лимфома, острый и хронический, Т- и В-, миелоидный и моноцитарный лейкоз, лимфома, злокачественный гистиоцитоз). Метастазы опухоли в лимфатический узел (меланома, саркома Капоши, нейробластома, семинома, опухоль легкого, молочной железы, предстательной железы, почек, головы и шеи, желудочно-кишечного тракта)
Эндокринные болезни	Гипертиреоз
Болезни накопления липидов	Синдромы Гоше и Нимана—Пика
Комбинированные состояния, болезни неясной этиологии	Гигантская гиперплазия фолликулов лимфатического узла. Синусный гистиоцитоз. Дерматопатический лимфаденит. Саркоидоз. Амилоидоз. Кожно-слизистый синдром. Лимфоматоидный гранулематоз. Многоочаговый, обусловленный островковыми клетками (Лангерганса; эозинофильный) гранулематоз

Таблица 423

**Дифференциально-диагностические параллели при некоторых изменениях кожи**

Особенности кожных покровов	Вероятные заболевания (основные)	Предполагаемое поражение систем организма — мишеней	Необходимые консультации специалистов
Бледность	Анемия	Дыхательная	Гематолог, пульмонолог
Общая бледность в сочетании с синюшностью носогубного треугольника	Врожденные пороки сердца	Сердечно-сосудистая	Кардиолог, сердечно-сосудистый хирург
Мраморная окраска	Сосудистые	Сосудистая и кровеносная (иногда носят наследственный характер), эндокринная	Гематолог, эндокринолог

Продолжение таблицы ⇨

Окончание табл. 423

Особенности кожных покровов	Вероятные заболевания (основные)	Предполагаемое поражение систем организма — мишеней	Необходимые консультации специалистов
Преждевременная вялость, дряблость	Системные и редкие наследственные	Эндокринная	Ревматолог, эндокринолог, генетик, дерматовенеролог
Повышенное салоотделение («лоснящаяся» кожа)	Неврологические	Нервная, эндокринная	Невролог, эндокринолог, дерматовенеролог, психотерапевт
Сухая с восковым отливом	Гипотиреоз, хронический гастрит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки	Эндокринная, желудочно-кишечная	Эндокринолог, гастроэнтеролог
Участки сухой кожи на локтях	Авитаминоз, чаще витаминов группы В	Иммунная, эндокринная	Иммунолог, эндокринолог
Бледная, рыхлая, слегка отечная (особенно на лице и икрах ног)	Почек	Выделительная	Нефролог
Бугристая с неровным цветом	Интоксикация организма	Выделительная, нервная и другие	Токсиколог

Таблица 424

**Дифференциальная диагностика различных изменений языка**

(сост. по матер. Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу (ред.), 1993)

Характер отклонений	Морфологические признаки	Клинические особенности	Возможные причины изменений
Изменения размера или морфологии	Макроглоссия	Увеличение размеров языка, он как бы не помещается в ротовой полости	Болезнь Дауна, опухоль (гемангиома или лимфангиома, амилоидоз, акромегалия, кретинизм)
	Складчатый («бороздчатый») язык	На поверхности языка глубокие или поверхностные безболезненные трещины, в которых могут скапливаться остатки органических веществ, способные вызвать раздражение слизистой	Вариант развития
	Ромбовидный глоссит	Участки овальной формы, расположенные по средней линии спинки языка и лишенные сосочков	Врожденный порок развития
Изменение окраски	«Географический» язык	Бессимптомное воспаление, характеризующиеся быстрым чередованием исчезновения и восстановления нитевидных сосочков, приводящим к появлению лишенных сосочков красных пятен десквамации, «блуждающих» по поверхности языка	Десквамативный глоссит

<b>Характер отклонений</b>	<b>Морфологические признаки</b>	<b>Клинические особенности</b>	<b>Возможные причины изменений</b>
	Волосатый язык	Удлинение нитевидных сосочков языка, расположенных по средней линии его спинки, обусловлено неспособностью кератинового слоя сосочков осуществлять нормальную десквамацию	Коричнево-черный цвет языка может быть обусловлен окрашиванием его табаком, пищей или хромогенными микроорганизмами
	Малиновый язык	Гипертрофия грибовидных сосочков языка в сочетании с изменением нитевидных сосочков	Скарлатина (гунтеровский глоссит)
	«Лакированный» язык	Полная атрофия сосочков языка, которая может сопровождаться болью и ощущением жжения	Пернициозная анемия, тяжелая железодефицитная анемия, пеллагра, сифилис

**Дифференциальная диагностика характеристики стула и акта дефекации у здоровых детей и детей с острыми и хроническими расстройствами питания и пищеварения (по С.И. Игнатову, 1978)**

Группа детей	Частота стула, раз	Цвет и запах кала	Консистенция кала	Смачивание пеленки, см	Патологические примеси	Сопутствующие явления в состоянии ребенка	Микроскопическое исследование кала
Здоровый новорожденный	2–3	Темно-зеленый без запаха	Густой, вязкий, клейкий, неоформленный	0	—	—	Детрит, эпителиальные клетки, жировые капли, кристаллы холестерина, билирубина
Здоровые дети раннего возраста (естественное вскармливание)	1–3	Золотисто-желтый, зеленеет при стоянии, ароматичный запах	Мазевидный, неоформленный	2	—	—	Одиночные лейкоциты и эпителиальные клетки. Микробы, главным образом бифидус, кишечная палочка, грамположительная флора
Здоровые дети (искусственное вскармливание)	1–2	Бледно-желтый, тусклый, щелочной запах	Сухой, крошковатый	1	—	—	Одиночные лейкоциты и эпителиальные клетки. Микробы, главным образом кишечная палочка. Капли жира, мыла, нейтральный жир
Здоровые дети дошкольного и школьного возраста	1	Светло- или темно-коричневый, умеренный запах сероводорода	Оформленный	—	—	—	Детрит, непереваренные части пищи. Одиночные лейкоциты. Эпителиальные клетки
Количественное голодание	0–1	Темно-зеленый, без запаха	Плотный, фрагментарный, в виде комочков	0	—	Возбужденность, сменяющаяся угнетением, втянутый живот	Детрит, одиночные лейкоциты, эпителиальные клетки
«Молочное» расстройство питания	1	Глинисто-беловатый, щелочной, гнилостный запах	Сухой, крошковатый	0	Известковые и магниевые мыла в большом количестве	Общая гипотония	—

Группа детей	Частота стула, раз	Цвет и запах кала	Консистенция кала	Смачивание пеленки, см	Патологические примеси	Сопутствующие явления в состоянии ребенка	Микроскопическое исследование кала
«Мучное» расстройство питания	2–3	Желто-бурый, кислый запах	Жидкий, клейстерообразный	2–3	Слизь	Метеоризм, мышечная гипертония, склонность к гиперкинезам	Детрит, множественные зерна крахмала
Простая диспепсия	5–10	Желтый, зеленый, неомогенный, кислый запах	Жидкий	4–5	Белые комочки, свертки, прозрачная слизь	Метеоризм, урчание в животе	Детрит, жировые капли, иглы жирных кислот, крахмал, грамотрицательные микробы
Токсическая диспепсия	10–20	Неомогенный, желто-зеленый, неприятно-щелочной запах	Водянистый, жидкий, брызжущий	8–10	Слизь	Урчание в животе	Жировые капли, нерастворимые мыла, лейкоциты и эпителиальные клетки, грамотрицательные палочки
Колидиспепсия, колиэнтерит	5–15	Серовато-желтый, неприятно-щелочной запах	Обильный, жидкий, водянистый, пенистый	5–10	Слизь в большом количестве, прожилки крови (явная или скрытая кровь)	Метеоризм	В слизи и вне ее лейкоциты до 100, эритроциты 5–10 в поле зрения, эпителиальные клетки
Энтерит тифозной паратифозной, сальмонеллезной этиологии	5–7	Серовато-желтый, серовато-зеленый, «симптом болотной тины», гнилостный запах, запах прогорклого масла	Обильный, жидкий, пенистый	10–12	Слизь, прожилки крови	»	Лейкоциторея, эритроциты, эпителиальные клетки
Энтероколит вирусного происхождения	6–8	Желтый, зеленый, неприятный запах сырости	Жидкий, водянистый	10–12	Слизь, зелень	Боли в животе	То же

Продолжение таблицы ↗

Группа детей	Частота стула, раз	Цвет и запах кала	Консистенция кала	Смачивание пеленки, см	Патологические примеси	Сопутствующие явления в состоянии ребенка	Микроскопическое исследование кала
Энтероколит стафилококковый и другой этиологии	4–10	Оранжевый, неприятный запах	Обильный, жидкий, водянистый	10–12	Слизь, зелень, прожилки крови, комочки гноя	Упорный метеоризм	Лейкоциторея, эритроциты, эпителиальные клетки 20–30 в поле зрения
Колит, дизентерия	Очень частый, не поддающийся учету	Желто-зеленый, красноватый, щелочной зловонный запах	Жидкий, едкий	2–3	Слизь, кровь в виде мелких точек, тоненьких прожилок, прослоек, полосок, реже гомогенное окрашивание, гной вне дефекации, истечение из прямой кишки слизи, гноя, окрашенных кровью	Схваткообразные боли перед дефекацией, тенезмы, зияние, выпадение слизистой оболочки заднего прохода, болезненность сигмовидной кишки, живот вздут, затем втянут	Непереваренные зерна крахмала, капли жира, отторгнутый эпителий, эритроциты, лейкоциторея, множество микробов, виды которых уточняются бактериологическим исследованием
Амебиаз	4–15	Красноватый, запах клея, глины	Разжиженный, жидкий	2–3	Стекловидная слизь, перемешана с кровью	Жжение и саднение прямой кишки, выпадение слизистой прямой кишки (болезненность сигмовидной и слепой кишок, вздутие, урчание)	Непереваренные остатки пищи, эпителиальные клетки, лейкоциты, эритроциты, последних в поле зрения больше, чем лейкоцитов
Целиакия	2–4	Ахолические, зловонные	Обильные, разжиженные	2–4	—	—	Большое количество нейтральных жиров, жирных кислот
Муковисцидоз	2–4	Светло-желтые, очень зловонные	Разжижены	2–4	—	—	Очень большое количество нейтральных жиров

Таблица 426

**Дифференциальная диагностика дефицита питательных веществ**  
(по Е. Браунвальду, К.Дж. Иссельбахеру, Р.Г. Петерсдорфу (ред.), 1993)

Питательное вещество	Нарушения и симптомы дефицита	Результаты лабораторных исследований
Вода	Жажда, пониженный тургор кожи, сухость слизистых оболочек, сосудистый коллапс, нарушение психики	Повышение концентрации электролитов в сыворотке крови, осмолярности сыворотки крови; уменьшение общего количества воды в организме
Калории (энергия)	Слабость и недостаточная физическая активность, утрата подкожного жира, истощение мышц, брадикардия	Уменьшение массы тела, ПЖСП, ПМСП, креатинин/рост, СООВ
Белок	Психомоторные изменения, поседение, поредение и выпадение волос, «чешуйчатый» дерматит, отек, истощение мышц, гепатомегалия, замедление роста	Уменьшение ПМСП, концентрации в сыворотке крови альбумина, трансферрина, связанного с белком ретинола; анемия; уменьшение креатинина, рост соотношения содержания в моче мочевины и креатинина; увеличение соотношения содержания в сыворотке крови заменимых и незаменимых аминокислот
Линолевая кислота	Ксероз, десквамация, утолщение рогового слоя кожи, облысение, жировой гепатоз, замедленное заживление ран	Увеличение соотношения в сыворотке крови триеновых и тетраеновых жирных кислот
Линоленовая кислота	Нарушение зрения	Уменьшение содержания $\omega_3$ -жирных кислот в сыворотке крови, тромбоцитопения, измененные показатели функциональных проб печени
Витамин А	Ксероз глаз и кожи, ксерофтальмия, образование бляшек Бито, фолликулярный гиперкератоз, гипопевзия, гипосмия	Уменьшение концентрации витамина А в плазме крови; увеличение продолжительности адаптации к темноте
Витамин D	Рахит и нарушения роста у детей, остеомалация у взрослых	Увеличение концентрации в сыворотке крови щелочной фосфатазы; уменьшение концентрации 25-гидроксиколекальциферола в плазме крови и концентрации $Ca^{2+}$ и P в сыворотке крови
Витамин E	Анемия	Уменьшение концентрации $\alpha$ -токоферола в плазме крови, гемолиз эритроцитов при разведении $H_2O_2$
Витамин K	Геморрагический диатез	Увеличение протромбинового времени
Витамин C (аскорбиновая кислота)	Цинга, петехии, экхимоз, перифолликулярное кровоизлияние, рыхлые и кровоточащие десны (или выпадение зубов)	Уменьшение концентрации аскорбиновой кислоты в плазме крови, количества тромбоцитов, массы цельной крови и числа лейкоцитов; уменьшение концентрации аскорбиновой кислоты в моче
Тиамин (витамин B <sub>1</sub> )	Бери-бери, болезненность и слабость мышц, гипорефлексия, гипостезия, тахикардия, кардиомегалия, застойная сердечная недостаточность, энцефалопатия	Снижение активности содержащихся в эритроцитах тиаминпирофосфата и транскетолазы и усиление <i>in vitro</i> действия на нее тиаминпирофосфата; уменьшение содержания тиамина в моче; увеличение уровней содержания в крови пирувата и $\alpha$ -кетоглутарата, лактат-ацидоз

Продолжение таблицы ↪



Окончание табл. 426

Питательное вещество	Нарушения и симптомы дефицита	Результаты лабораторных исследований
Рибофлавин (витамин В <sub>2</sub> )	Заеда (или ангулярные рубцы), хейлоз, гунтеровский глоссит, атрофия сосочков языка, васкуляризация роговицы, ангулярный блефарит, себорея, мошоночный (вульварный) дерматит	Снижение активности ЭГР и усиление действия флавинаденин-динуклеотида на активность ЭГР <i>in vitro</i> ; снижение активности пиридоксальфосфатоксидазы и усиление действия на нее рибофлавина <i>in vitro</i> ; уменьшении концентрации рибофлавина в моче
Ниацин	Пеллагра, ярко-красный и ободранный язык, атрофия сосочков языка, трещины языка, пеллагрозный дерматит, диарея, деменция	Уменьшение содержания N <sup>1</sup> -метилникотинамида и соотношения N <sup>1</sup> -метилникотинамида и 2-пиридона в моче
Пиридоксин (витамин В <sub>6</sub> )	Носогубная себорея, глоссит, камни в почках, периферическая невропатия, подергивания мышц, судороги, гемолитическая микросфероцитарная анемия	Снижение активности ЭГЩУТ и усиление влияния пиридоксальфосфата на активность ЭГЩУТ <i>in vitro</i> ; уменьшение нагрузочного теста с триптофаном (экскреция с мочой ксантуреновой и хинолиновой кислот) и экскреции с мочой витамина В <sub>6</sub>
Фолацин	Бледность, глоссит, стоматит, диарея, анемия	Снижение концентрации фолата в эритроцитах и в сыворотке крови; усиление экскреции с мочой формиминоглутамиловой кислоты после нагрузки гистидином; макроцитарная анемия, гиперсегментированные полиморфно-ядерные лейкоциты, мегалобластический костный мозг
Витамин В <sub>12</sub>	Бледность, слабая желтушность, анорексия, диарея, парестезия, атаксия, неврит зрительного нерва, изменения психики	Уменьшение концентрации витамина В <sub>12</sub> в сыворотке крови, изменения морфологии клеток периферической крови и костного мозга
Биотин	Утомляемость, депрессия, тошнота, дерматит, боли в мышцах	Уменьшение содержания биотина в моче и крови
Пантотеновая кислота	Утомляемость, нарушения сна, нарушение координации, тошнота	Уменьшение концентрации пантотеновой кислоты в моче
Кальций	Замедление роста, рахит, остеомалация, судороги	Выявляемая на рентгенограммах остеопения, уменьшение концентрации Ca <sup>2+</sup> в сыворотке крови
Фосфор	Слабость, остеомалация, ослабление фагоцитоза, гемолиз, ослабление функции сердца, неврологический синдром, дыхательная недостаточность	Выявляемая на рентгенограммах остеопения, снижение концентрации P в сыворотке крови
Магний	Нарушение роста, нарушение поведенческих реакций, слабость, тремор, тетания, судорожные припадки, сердечная аритмия	Снижение концентрации Mg в сыворотке крови, моче и эритроцитах
Железо	Бледность, слабость, сниженная сопротивляемость инфекциям, заеда, атрофия сосочков языка, койлонихия	Уменьшение концентрации железа в плазме крови и в костном мозге, концентрации ферритина в сыворотке крови; микроцитарная гипохромная анемия
Цинк	Псориазоподобная сыпь, экзематозное шелушение, задержка роста, гипогонадизм, задержка	Уменьшение концентрации цинка в плазме крови и в суточной моче

Питательное вещество	Нарушения и симптомы дефицита	Результаты лабораторных исследований
	полового созревания, медленное заживление ран, гипогевзия, фотофобия, анергия	
Йод	Зоб, симптомы гипотиреоза	Повышение концентрации ТТГ; снижение концентрации $T_4$ и $T_3$ и содержания йода в суточной моче; увеличение поглощения РАИ
Медь	Бледность	Нейтропения, гипохромная микроцитарная анемия, гипоферремия, остеопения; уменьшение концентрации меди в плазме крови и в моче и концентрации церулоплазмينا
Фтор	Высокая частота случаев разрушения зубов	—
Хром	Непереносимость глюкозы	Снижение концентрации хрома в сыворотке крови и в моче
Селен	Кардиомиопатия, мышечные боли	Снижение концентрации селена в плазме крови и в эритроцитах, а также активности глутатионпероксидазы
Натрий	Мышечная слабость и тонические судороги в икрах ног, спутанность сознания, апатия, анорексия, гипотензия, олигурия	Уменьшение концентрации Na в сыворотке крови; увеличение соотношения АМК и креатинина
Калий	Вялость, полиурия, непроходимость кишечника, мышечная слабость	Снижение концентрации $K^+$ в сыворотке крови и моче, а также содержания $^{40}K$ в организме; ненормальная ЭКГ
Хлор	Мышечные судороги, апатия, анорексия, алкалоз	Снижение концентрации $Cl^-$ в сыворотке крови

*Примечание.* ПЖСП — площадь жировой ткани в середине плеча; ПМСП — площадь мышц в середине плеча; СООВ — скорость основного обмена веществ; ЭГР — эритроцитарная глутатионредуктаза; ЭГЩУТ — эритроцитарная глутатиношавелевоуксусная трансминаза; ТТГ — тиреотропный гормон; РАИ — радиоактивный йод; АМК — азот мочевины в крови; креатинин/рост — отношение величины концентрации креатинина в суточной моче к росту;  $T_3$  — трийодтироксин;  $T_4$  — тироксин; ЭКГ — электрокардиограмма.

Таблица 427

### Дифференциальная диагностика синдрома, развивающегося в результате введения (перорального или парентерального) избыточного количества питательных веществ или вследствие их гиперабсорбции

Питательное вещество	Проявление результатов избыточного питания
Вода	Отек, головная боль, рвота, гипертензия
Калории	Ожирение
Белки	Обострение врожденных нарушений катаболизма аминокислот или болезнь накопления азота, повреждение почек
Жир	При наличии предрасположенности — липемия

Продолжение таблицы ↗

Окончание табл. 427

Питательное вещество	Проявление результатов избыточного питания
Витамин А	Головная боль, рвота, шелушение кожи, анорексия, набухание длинных костей, цирроз
Витамин D	Гиперкальциемия, почечнокаменная болезнь, нарушение функции почек
Витамин К	При высоких дозах может развиваться желтуха
Аскорбиновая кислота (витамин С)	Оксалурия
Кальций	Гиперкальциемия, психические расстройства, нарушение функции почек
Магний	Диарея
Железо	Сидероз, гемохроматоз
Цинк	Лихорадка, тошнота, рвота, диарея
Йод	Угнетение активности щитовидной железы, зоб, иногда гипертиреоз
Медь	Болезнь Вильсона, рвота
Марганец	Генерализованное поражение нервной системы
Фтор	Пятнистость зубов, повышенная плотность костей, неврологические нарушения
Натрия хлорид	Гипертензия, отек, сердечная недостаточность
Калий	Мышечная слабость, аритмия, смерть

Таблица 428

**Материалы для дифференциальной диагностики избытка и недостатка некоторых питательных веществ (по Т.Р. Харрисону (ред.), 1993)**

Вещество, энергия	Дефицит		Избыток (в результате чрезмерного введения или вследствие гиперабсорбции)	
	субъективные расстройства, нарушения поведения	клинические проявления	субъективные расстройства, нарушения поведения	клинические проявления
1	2	3	4	5
Энергия (калории)	Слабость, недостаточная физическая активность	Уменьшение массы тела, утрата подкожного жира, истощение мышц, брадикардия и др.	Гиподинамия	Ожирение и др.
Вода	Жажда, нарушения психики	Пониженный тургор кожи, сухость слизистых, сосудистый коллапс и др.	Дискомфорт, беспокойство, головная боль	Отек, рвота, гипертензия и др.
Белок	Психомоторные изменения	Анемия, замедление роста, поседение, поредение и выпадение волос, «чешуйчатый» дерматит, отеки, гипотрофия, гепатомегалия и др.	Слабость, гиподинамия	Болезнь накопления азота, повреждение почек и др.

1	2	3	4	5
Жир	—	Нарушение зрения, ксероз, десквамация, утолщение рогового слоя, кожа, облысение жировой гепатоз, замедленное заживление ран и др.	Гиподинамия	При наличии предрасположенности — липемия и др.
Витамин А	Увеличение продолжительности адаптации к темноте	Ксероз глаз и кожи, ксерофтальмия, образования бляшек Бито, фолликулярный гиперкератоз, гипогевзия, гипосмия и др.	Головная боль, анорексия	Рвота, шелушение кожи, изменения длинных костей, цирроз и др.
Витамин D	Психомоторные изменения	Рахит, нарушения роста и др.	Психические расстройства	Гиперкальциемия, почечнокаменная болезнь, нарушение функции почек и др.
Витамин К	—	Геморрагический диатез и др.	—	При высоких дозах может развиваться желтуха
Витамин С (аскорбиновая кислота)	—	Цинга, петехии, экхимоз, перифолликулярное кровоизлияние, рыхлые, кровоточащие десны или выпадение зубов и др.	—	Оксалурия
Кальций	—	Замедление роста, рахит, остеомалация, судороги и др.	Психические расстройства	Гиперкальциемия, нарушение функции почек
Магний	Нарушение поведения, слабость	Нарушение роста, тремор, тетания, судорожные припадки, сердечная аритмия	—	Диарея
Железо	Слабость	Бледность, снижение сопротивляемости инфекциям, заеды, атрофия сосочков языка, койлонихия и др.	—	Сидероз, гемохроматоз
Цинк	Анергия, фотофобия	Псориазоподобная сыпь, экзематозное шелушение, задержка роста, гипогонадизм, задержка полового созревания, медленное заживление ран, гипогевзия и др.	Тошнота	Лихорадка, рвота, диарея и др.
Йод	Слабость	Зоб, симптомы гипотиреоза и др.	—	Угнетение активности щитовидной железы, зоб, иногда гипертиреоз и др.

Продолжение таблицы ↵

Окончание табл. 428

1	2	3	4	5
Медь	—	Бледность, нейтропения, гипохромная микроцитарная анемия, гипоферремия, остеопения	—	Болезнь Вильсона, рвота и др.
Фтор	—	Высокая частота случаев разрушения зубов	—	Пятнистость зубов, повышенная плотность костей, неврологические нарушения
Калий	Вялость, мышечная слабость	Полиурия, непроходимость кишечника	Мышечная слабость	Аритмия

Таблица 429

**Дифференциально-диагностические критерии гиповитаминозов**  
(по Г.П. Матвейкову, С.И. Тену, 1997)

Гиповитаминоз	Облигатные диагностические признаки	Факультативные признаки
С (аскорбиновая кислота)	Разрыхленность и кровоточивость десен, цианоз губ, носа ушей, петехии, экхимозы детей старшего возраста. У детей раннего и дошкольного возраста — гингивит, петехии на ногах, субпериостальные и внутримышечные гематомы, поражения трубчатых костей с кровоизлияниями под надкостницу и области эпифизов у детей раннего возраста (болезнь Меллера—Барлоу)	Быстрая утомляемость, сонливость, раздражительность, боли в ногах, фолликулярный гиперкератоз. Снижение эмоционального тонуса, анорексия; мышечная гипотония, субфебрилитет, анемия
А (аксерофтол, ретинол)	Кератомалация, сухость кожи, мелкоотрубевидное шелушение, поперечная исчерченность ногтей. У детей старшего возраста конъюнктивиты, ксероз роговицы, ломкость ногтей, ночная слепота, фолликулярный гиперкератоз	Частые катары верхних дыхательных путей, гнойничковые заболевания кожи, рецидивирующий гнойный отит. Анорексия, задержка прибавления массы тела, гипертензионно-гидроцефальный синдром
В <sub>1</sub> (тиамин)	У детей раннего возраста при умеренном дефиците — яркость слизистых оболочек, молочница, мраморность кожи, мышечная гипотония, срыгивания. У детей старшего возраста — полиневриты, судороги, мышечная слабость, парестезии, одышка, расширение границ сердца	Рвота, анорексия, плохой сон, раздражительность, задержка физического и нервно-психического развития. Отеки, сердечная недостаточность
В <sub>2</sub> (рибофлавин)	Заеды, трещины и корочки в углах рта (ангулярный стоматит), сухость, синюшность и исчерченность губ (хейлоз), красная кайма губ, ярко-красный язык (фуксиновый) с атрофированными сосочками	Конъюнктивит, блефарит, светобоязнь, себорейный дерматит
В <sub>6</sub> (пиридоксин)	Атаксия, epileptiformные судороги. Сухой себорейный дерматит, хейлоз, глоссит. Конъюнктивит. Себорейный и десквамативный дерматит лица, волосистой части головы, шеи	Бессонница, депрессия, психические реакции. Потеря аппетита. Тошнота, рвота

Гиповитаминоз	Облигатные диагностические признаки	Факультативные признаки
В <sub>12</sub> (цианокобаламин)	Бледность видимых слизистых оболочек, особенно конъюнктивы. Мегалобластная анемия. Атрофический гастрит. Глоссит. Признаки поражения спинного мозга	Слабость, быстрая утомляемость, потеря аппетита. Субфебрильная температура тела
РР (никотиновая кислота, ниацин)	Болезнь, известная под названием «пеллагра», для которой характерны дерматит, диарея, деменция. Раздражительность, беспокойство, заторможенность, подавленность, понос (без слизи и крови), сухость и блеск губ, алый шершавый язык с отпечатками зубов, поперечными трещинами. Симметричная эритема на тыле кистей и на шее. Шелушение кожи	У детей раннего возраста — сухость кожи, стоматит, лакированный язык, диспепсия. Задержка физического и нервно-психического развития
Е (токоферол)	Изолированный гиповитаминоз Е у человека не описан, но дефицит витамина Е проявляется анемией, особенно у недоношенных новорожденных, мышечной слабостью, аллергическими болезнями	Недостаток витамина Е встречается при диффузных заболеваниях, соединительной ткани, муковисцидозе, целиакии
К (филлохинон, фаркохинон)	Петехии и экхимозы на коже и слизистых оболочках, микрогематурия, кишечные кровотечения, кровотечения из мест укула. У новорожденных кровотечение изо рта, носа, пупка, мочевых путей	—

Таблица 430

### Материалы к дифференциальной диагностике основных нозологических форм митохондриальных заболеваний

Нозологическая форма	Наследование	Сроки манифестации	Клинические признаки
Синдром MELAS — митохондриальная энцефалопатия, лактатацидоз, инсультоподобные эпизоды	Точковая мутация митохондриальной ДНК, возможны аналогичные заболевания у матерей и родственников по материнской линии	6–12 лет (от 2 до 40 лет)	Непереносимость физической нагрузки, мышечная слабость, утомляемость, судороги, миоклонус, инсультоподобные состояния, тошнота, рвота, вялость, сонливость, головные боли, гемипарез, гемианопсия, деменция, низкий рост, глухота, снижение зрения, сердечная недостаточность
Синдром MERRF — миоклонусэпилепсия с рваными красными волокнами	Точковая мутация митохондриальной ДНК, сходные заболевания с переменными проявлениями у матерей и родственников по материнской линии	Вариабельны (после 3 лет)	Генерализованные клонико-тонические судороги, миоклонии, мышечная слабость, нарушение мышечного тонуса, атаксия, деменция, низкий рост, глухота
НАРР — нейропатия, атаксия, ретинит пигментный	Точковая мутация митохондриальной ДНК, возможны аналогичные заболевания у матерей и родственников	Вариабельны	Мышечная слабость, атаксия, задержка психического развития, деменция, судороги, нарушение чувствительности, пигментный ретинит

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 430

Нозологическая форма	Наследование	Сроки манифестации	Клинические признаки
Оптическая нейропатия Лебера	Точковая мутация митохондриальной ДНК (мужчины болеют в 3—4 раза чаще, чем женщины)	Подростковый возраст и старше	Острая прогрессирующая потеря центрального зрения, двухсторонняя атрофия зрительного нерва, иногда сердечно-сосудистые (расстройство сердечной проводимости) и неврологические (тремор, атаксия, дизартрия, спастичность) нарушения
Прогрессирующая наружная офтальмоплегия	Делеция митохондриальной ДНК, заболевание спорадическое	Школьный возраст и старше	Птоз, прогрессирующая наружная офтальмоплегия
Синдром Кернса—Сейра	То же	От 4 до 20 лет	Птоз, прогрессирующая наружная офтальмоплегия, атаксия, мышечная гипотония и слабость, нарушение сердечной проводимости, пигментный ретинит, низкий рост, иногда снижение интеллекта, тугоухость, гипогонадизм
Синдром Пирсона	»	Период новорожденности	Бледность, вялость, сонливость, гипопластическая анемия с нейтро- и тромбопенией, диарея, отставание физического развития, нарушение функции поджелудочной железы
Фатальная младенческая миопатия	Аутосомно-рецессивное	Первые дни и недели жизни	Тяжелая общая слабость, вялость, респираторные нарушения, требующие искусственной вентиляции легких, кардиомиопатия, поражение почек, тубулярные расстройства
Доброкачественная младенческая миопатия	То же	Первые дни и недели жизни	Тяжелая общая слабость, респираторные нарушения, требующие искусственной вентиляции легких, постепенное самопроизвольное улучшение состояния
Прогрессирующая склерозирующая полиодистрофия Альперса	»	6 мес. — 3 года	Прогрессирующее нарушение психического развития, судороги, миоклонии, гипотония, атаксия, гиперрефлексия, спастические парезы, рвота, снижение зрения и слуха, желтуха, увеличение печени, цирроз
Подростковая некротизирующая энцефаломиопатия Лея	Аутосомно-рецессивное, X-сцепленное рецессивное, иногда точковая мутация митохондриальной ДНК (материнское наследование)	6 мес. — 3 года	Отставание развития, вялость, сонливость с периодической расторможенностью, гипотония, спастика, пирам, знаки, повышение сухожильных рефлексов, генерал, судороги, миоклонии, тремор, дыхательные расстройства, офтальмоплегия, птоз, нистагм, потеря зрения и слуха

Нозологическая форма	Наследование	Сроки манифестации	Клинические признаки
Мионейрогастроинтестинальная энцефалопатия	Аутосомно-рецессивное (множественные делеции митохондриальной ДНК)	Вариабельны (чаще 10–13 лет)	Хроническое нарушение питания, боли в животе, рвота, диарея, птоз, мышечная слабость, утомляемость, полинейропатия
Фумаровая ацидурия	Аутосомно-рецессивное	2 нед. — первый год жизни	Нарушение физического и психомоторного развития, рвота, сонливость, повышенная расторможенность, умеренная диффузная гипотония, снижение сухожильных рефлексов, опистотонус, увеличение печени, микроцефалия, судороги
α-кетоглутаровая ацидурия	То же	Первый год жизни	Нарушение развития, диффузная гипотония, атаксия, опистотонус, увеличение печени, кардиомиопатия, судороги
Врожденный лактатацидоз	В зависимости от основного энзимного дефекта (чаще аутосомно-рецессивное)	С рождения	Летаргия, судороги, дыхательные расстройства, рвота, нарушение развития
Дефицит ацил-КоА дегидрогеназы жирных кислот со средней длиной цепи	Аутосомно-рецессивное	Ранний возраст	Рвота, угнетение ЦНС, нарушение сознания, увеличение печени, судороги
Глутаровая ацидурия 2-го типа	X-сцепленное рецессивное	Период новорожденности	Дыхательные расстройства, нарушение сознания, летаргия, судороги, срыгивания, рвота, диффузная гипотония, кардиомиопатия, запах «потных ног», дизморфия лица, поликистоз почек
	Аутосомно-рецессивное	Школьный возраст	Тошнота, рвота, мышечная слабость, желтуха, увеличение печени
Системный карнитинный дефицит	То же	Ранний возраст	Мышечная слабость, тошнота, рвота, анорексия, нарушение сознания, летаргия, кардиомиопатия, увеличение печени, гипотрофия
Трихополидистрофия Менкеса	X-сцепленное рецессивное	Первые дни и недели жизни	Нарушение развития, вялость, сонливость, отказ от пищи, судороги, миоклонии, мышечная дистония, снижение зрения, аномалия волос ( <i>trichorexis nodosa</i> )
Синдром Барта	»	Первые месяцы жизни (часто с рождения)	Задержка роста и психоречевого развития, миопатический синдром, кардиомиопатия, нейтропения



## Биохимические критерии дифференциальной диагностики митохондриальных заболеваний (по Е.А. Николаевой, 2002)

Диагностические показатели	Дефекты обмена жирных кислот	Дефекты обмена пирувата	Дефекты цикла Кребса	Дефекты электронно-транспортной цепи
Ацидоз	Имеется	Резко выражен	Имеется не всегда	Резко выражен
Уровень молочной кислоты в крови	Повышен	Значительно повышен	Умеренно или значительно повышен	Умеренно или значительно повышен
Уровень пировиноградной кислоты в крови	Нормальный или повышен	Повышен	Нормальный или повышен	Нормальный или повышен
Соотношение молочной и пировиноградной кислот в крови	Нормальное или повышенное	Сниженное или нормальное	Нормальное или повышенное	Умеренное или значительно повышено
Уровень кетоновых тел в крови	Снижен или нормальный	Нормальный	Повышен	Повышен
Соотношение 3-гидроксимасляной и ацетоуксусной кислот в крови	Снижен или нормальное	Нормальное	Нормальное или повышенное	Умеренное или значительно повышено
Уровень глюкозы в крови	Умеренно или значительно снижен	Снижен или нормальный	Снижен или нормальный	Нормальный
Содержание аминокислот в крови	Нормальное	Повышение уровня аланина, лейцина, валина, изолейцина	Повышение уровня глутамина, глутаминовой кислоты, иногда лейцина, валина, изолейцина	Нормальное, иногда повышен уровень аланина
Экскреция органических кислот	Повышена экскреция жирных кислот с различной длиной цепи	Повышена экскреция молочной, пировиноградной, фумаровой, малоновой, 2-кетоглутаровой, 2-гидроксигутаровой кислот	Повышена экскреция молочной, фумаровой, 2-кетоглутаровой, янтарной, лимонной, дикарбоновых кислот	Повышена экскреция фумаровой, молочной кислот
Уровень аммиака	Нормальный или повышен	Нормальный или повышен	Нормальное или повышенное	Нормальный
Содержание карнитина в крови	—	Нормальный или сниженное	Нормальный или сниженное	Сниженное
Содержание миоглобина в моче	Нормальное или повышенное	Нормальное	Нормальное	Нормальное

Таблица 432

### Дифференциальная диагностика транзиторного синовита от инфекционного артрита (по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	Транзиторный синовит	Септический артрит
Анамнез	Предшествующая ОРВИ, слабо выраженная лихорадка	Лихорадка
Жалобы	Боль в тазобедренном или коленном суставе. Хромота. Избегание ношения тяжестей	Поражение крупных суставов (тазобедренных, коленных, голеностопных, плечевых, локтевых)
Данные осмотра	При определенной осторожности можно достичь полного объема движения в пораженном суставе	Острая боль, отек, местное повышение температуры. Выраженное защитное сопротивление при совершении движений
Лабораторные исследования	СОЭ нормальная или слегка повышенная. Незначительный лейкоцитоз. Отрицательный тест на гемокультуру. Внутрисуставная жидкость мутная. При окраске по Граму — отрицательный результат	Положительный тест на гемокультуру (часто). Гной в суставной жидкости. При окраске по Граму — положительный результат
Рентгенография	Иногда в полости сустава выявляется жидкость	Расширение полости сустава. Возможно обнаружение костной патологии (начальная стадия остеомиелита)

Таблица 433

### Дифференциальный диагноз заболеваний, при которых характерно образование генитальных язв

(по матер. Р.А. Полина, М.Ф. Дитмара, 2001)

Дифференциально-диагностические признаки	<i>Herpes simplex</i>	Сифилис (первичный и вторичный)	Мягкий шанкр	<i>Lymphgranulum venereum (LGV)</i>
Возбудитель	Вирус <i>Herpes simplex</i>	<i>Treponema pallidum</i>	<i>Haemophilus ducreyi</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Первичные элементы	Везикулы	Папулы	Пустуло-папулы	Везикуло-папулы
Размер (NN) элементов	1–2	5–15	2–20	2–10
Их количество	Множественные (слившиеся ±)	Одиночные	Множественные (слившиеся ±)	Одиночные
Глубина поражения	Поверхностные	Поверхностные или глубокие	Глубокие	Поверхностные или глубокие
Дно язвы	Эритематозное, гной отсутствует	Резко очерченное, плотное, гной отсутствует	Покрыто гноем, с рваными краями, хрупкое	Может быть различным

Продолжение таблицы ↪

Окончание табл. 433

Дифференциально-диагностические признаки	<i>Herpes simplex</i>	Сифилис (первичный и вторичный)	Мягкий шанкр	<i>Lymphgranulum venereum (LGV)</i>
Боль	Есть	—	Есть	Есть
Характер лимфаденопатии	Лимфоузлы болезненны, поражение двустороннее	Лимфоузлы неболезненные, поражение двустороннее	Лимфоузлы болезненные, поражение одностороннее, характерны одиночные локусы; лимфоузлы могут нагнаиваться; отмечается флюктуация	Лимфоузлы болезненные, поражение одностороннее, характерны множественные локусы; лимфоузлы могут нагнаиваться; отмечается флюктуация

Таблица 434

**Дифференциальный диагноз гнездной алопеции**  
(по Д. Абеку, В. Бургдорфу, Х. Кремеру, 2007)

Диагноз	Отличительные признаки
Аплазия кожи	Единичные или множественные участки полного отсутствия волос, имеются при рождении, отсутствует тенденция к распространению или изменению
Алопеция в области лобно-височного треугольника ( <i>Alopecia triangularis</i> )	Врожденное отсутствие волос с обеих сторон в области лобно-височного треугольника, отсутствует тенденция к распространению или изменению
Дерматофития волосистой части головы	Экзематозные, шелушащиеся очаги; положительное исследование с КОН и на культуру гриба
Трихотилломания	Обычно единичные участки потери волос с неровными границами, причем остаются волосы неодинаковой длины; иногда фолликулярные геморрагии, очаги часто расположены на противоположной от ведущей руки стороне
Травматическая алопеция	Поредение и потеря волос симметрично вдоль лба, висков или на затылке из-за натяжения вследствие постоянного ношения тугой прически (типа «конский хвост», плотных косичек у чернокожих пациентов)
Алопеция младенческая	Потеря волос на затылке у младенцев, которые проводят длительное время лежа на спине; форма травматической алопеции

Таблица 435

**Дифференциальный диагноз наиболее распространенных укусов**  
(по Д. Абеку, В. Бургдорфу, Х. Кремеру, 2007)

Причинный агент	Отличительные признаки	Дифференциальный диагноз
Головные вши	Наличие вшей и гнид, особенно на затылке; дерматит задней поверхности шеи	Атопический дерматит, контактный дерматит, микроспория волосистой части головы, псориаз

Причинный агент	Отличительные признаки	Дифференциальный диагноз
Клопы	Социальный анамнез, линейные уртикарные очаги с геморрагическими точками на открытых участках	Крапивница, детская почесуха, лекарственная сыпь по типу крапивницы и реакции на другие виды укусов
Блохи	Асимметричное расположение укусов на закрытых участках; папуло-везикулы; уртикарные очаги с геморрагией в центре	Крапивница, почесуха, ветряная оспа
Перепоночатокрылые (пчелы, осы, шершни)	Анамнез, отечная болезненная эритема, возможно с образованием пузыря; возможны генерализованная крапивница и анафилаксия	Крапивница, рожа, токсический дерматит; другие типы анафилаксии
Двукрылые (комары, мухи)	Анамнез, уртикарные эритематозные папулы на открытых участках; геморрагии обычно отсутствуют; расчесы приводят к коркам и вторичной импетигнизации	Крапивница, почесуха, импетиго, реакции на другие укусы
Чесоточные клещи	Семейный анамнез; интенсивный зуд усиливается ночью, эритематозные папулы и ходы; типичная локализация в межпальцевых промежутках, на гениталиях, сгибательных поверхностях, между молочными железами; клеща можно идентифицировать	Атопический дерматит, себорейный дерматит, контактный дерматит с поражением ладоней и подошв, инфантильный акропустилез, дисгидротическая экзема
Тромбикулез (клещи семейства <i>Trombiculidae</i> )	Возникает летом при пребывании на открытом воздухе; уртикарные папулы и серо-папулы вдоль линий одежды и кожных складок; геморрагии и ходы отсутствуют	Крапивница, почесуха
Клещи животных ( <i>Cheyletiella</i> )	Контакт с животными в анамнезе; диссеминированные зудящие папулы на руках и туловище; часто с задержкой после контакта с домашним животным; ходы отсутствуют	Почесуха, лекарственная реакция
Клещи диких и домашних птиц	Контакт с птицей в анамнезе; уртикарные и папуло-везикулезные очаги на открытых участках; ходы отсутствуют	Крапивница, лекарственная реакция, контактный дерматит
Клещи семейств <i>Ixodidae</i> или <i>Argasidae</i>	В анамнезе пребывание на природе; наличие клеща	Реакции на другие укусы, другие псевдолимфомы

## ЛИТЕРАТУРА

- Абек Д., Бургдорф В., Кремер Х.* Болезни кожи у детей / Пер. с англ. — М.: Мед. лит., 2007. — 160 с.
- Автондилов А.Г.* Артериальная гипертензия у подростков мужского пола. — М.: РМАПО, 1997. — 285 с.
- Алферов В.П., Евхаритская З.Е.* Новорожденный ребенок // В кн.: Общая врачебная практика (семейная медицина). — СПб., 1996 — Т. 1. — С. 305–318.
- Андреев И., Вапцаров И., Михов Х., Ангелов А.* Дифференциальная диагностика важнейших симптомов детских болезней. — Пловдив: Христо Г. Данов, 1977. — 722 с.
- Антонив В.Ф., Пушкарь И.С.* Таблицы дифференциальной диагностики заболевания уха, горла и носа. — М.: Изд-во Рос. ун-та дружбы народов, 1995. — 20 с.
- Баранов А.А., Шиляев Р.Р., Каганов Б.С.* (ред.). Избранные лекции по педиатрии. — М.: Изд. дом «Династия», 2005. — 640 с.
- Баранов А.А., Намазова Л., Огородова Л., Сидоренко И.* Аллергический ринит // Мед. газ. — 2007. — 10 окт. — № 75. — С. 8.
- Беляева И.А.* Дисфункции пищеварительного тракта у детей грудного возраста, перенесших церебральную ишемию: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2007.
- Берман Р.Е., Воган В.К.* (ред.). Педиатрия: Руководство. Болезни органов пищеварения и мочевыделительной системы / Пер. с англ. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1993. — 478 с.
- Блейхер В.М., Воронков Г.Л., Иванов Вл.* (ред.). Ранняя диагностика психических заболеваний. — Киев: Здоров'я, 1989. — 288 с.
- Богомолов Б.П.* Дифференциальная диагностика острых респираторных заболеваний // Клин. вестн. — 1995. — № 2. — С. 56–59.
- Брискин Б., Вовк Е., Верткин А.* Медицинская помощь на догоспитальном этапе при острой абдоминальной боли // Мед. газ. — 2002. — № 77. — С. 8.
- Браунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др.* (ред.). Внутренние болезни: В 10 кн. — М.: Медицина, 1993–1997.
- Вайнер Г., Лебитт Л.* Неврология / Пер. с англ.; Под ред. Д.Р. Штульмана, О.С. Левина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1998. — 256 с.
- Вейн А.М.* (ред.). Заболевания вегетативной нервной системы. — М.: Медицина, 1991. — 624 с.
- Вейн А.М.* (ред.). Неврология для врачей общей практики. — 2 изд., доп. — М.: Эйдос Медиа, 2002. — 432 с.
- Вельтищев Ю.Е.* Рост ребенка: закономерности, отклонения, патология и превентивная терапия: Лекция № 12 Моск. НИИ педиатрии и дет. хирургии. — М.: ИПТК Логос ВОС, 1994. — 80 с.
- Вельтищев Ю.Е., Белозеров Ю.М., Кобринский Б.А. и др.* Неотложные состояния у детей (справочник). — М.: Медицина, 1994. — 272 с.

- Внутренние болезни: В 10 кн. Кн. 5 / Пер. с англ.; Под ред. Е. Браунвальда, К.Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа и др. — М.: Медицина, 1995. — 448 с.
- Волков М.В., Самойлова Л.И., Виноградова Т.П. и др. Малая медицинская энциклопедия: В 6 т. АМН СССР. — М.: Сов. энциклопедия, 1991. — Т. 2. — С. 210–212.
- Воробьев А.И. (ред.). Справочник практикующего врача. — М.: Эксмо, 2004. — 1200 с.
- Геппе Н.А., Колосова Н.Г. Антибиотикотерапия при острых респираторных заболеваниях у детей // *Consilium medicum* (приложение № 2). Педиатрия. — 2005. — С. 4–8.
- Глакачев О.С., Тараканов О.П. Физиология вегетативной нервной системы: Учебно-методическое пособие. — М.: ММА им. Сеченова, 1990. — 77 с.
- Гусев Е.И. Гиперкинезы. Малая медицинская энциклопедия: В 6 т. АМН СССР. — М., Сов. энциклопедия, 1991. — Т. 1. — С. 459–464.
- Делягин В.М., Нарычева И.А., Таберовская Е.М. Наследственные полипозы желудочно-кишечного тракта // *Леч. врач.* — 1998. — № 6. — С. 40–44.
- Делягин В.М. Иммунодефициты у детей // *Мед. газ.* — 2005. — 25 мая. — № 39. — С. 9.
- Демидова И.Ю., Лебедев В.П. Диабет сахарный // Малая медицинская энциклопедия: В 6 т. АМН СССР. — М.: Сов. энциклопедия, 1991. — Т. 2. — С. 81–85.
- Детские болезни: Учебник / Под ред. А.А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — 880 с.
- Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций у детей: Метод. реком. МЗ СССР. — М., 1988.
- Дифференциальная диагностика при бронхолегочной патологии: Врачебная практика. — М.: НПО «Союз-мединформ», 1992. — 108 с.
- Доскин В.А., Келлер Х., Мураненко Н.М., Тонкова-Ямпольская Р.В. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. — М.: Медицина, 1987. — 288 с.
- Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. — 2-е изд. перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988. — 272 с.
- Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. Детские болезни: Учебник: В 2 т. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — Т. 1. — 688 с.; Т. 2. — 608 с.
- Замотаев И.П. Фармакотерапия в пульмонологии: Справочник. — М., 1993. — 262 с.
- Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. Энтероколит у детей. — М.: РГМУ, 1994. — 103 с.
- Золотухин И.А., Кириенко А.И. Дифференциальная диагностика отеков нижних конечностей и лечение отеочного синдрома при хронической венозной недостаточности // *Трудный пациент.* — 2003. — № 4. — С. 25–28.
- Зыков В.П. (ред.). Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей. — М.: Триада-Х, 2006. — 256 с.
- Игнатов С.И. Руководство по клиническому исследованию ребенка. — М.: Медицина, 1978. — 328 с.
- Игнатова М.С., Маковецкая Г.А. Диагноз и дифференциальный диагноз в детской нефрологии. — Самара, 1993. — 162 с.
- Игнатова М.С., Коровина Н.А. Диагностика и лечение нефропатий у детей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 336 с.
- Исаева Л.А. (ред.). Детские болезни. — М.: Медицина, 1986. — 592 с.
- Клиническая медицина (справочник практического врача): Т. 2 / Под ред. И. Левина. — М.: МНПИ, 1997. — С. 890–892.
- Козут С., Красильникова И. Судорожные и коматозные состояния у детей // *Мед. газ.* — 1995. — 15 мая. — № 36. — С. 5.
- Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Захарова И.Н. Протокол диагностики и лечения энуреза у детей. — М., 2000. — 24 с.
- Коровина Н.А., Захарова И.Н., Малова Н.Е. Лактазная недостаточность у детей // *Вопр. совр. пед.* — 2002. — Т. 4. — С. 57–59.
- Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. Острая лихорадка у детей // *РМЖ.* — Т. 13. — № 17 (241). — 2005. — С. 1165–1170.
- Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Захарова И.Н. Энурез у детей. — М., 2002. — 35 с.
- Кудрявцев В., Яницкая М. Ультразвуковая диагностика заболеваний толстой кишки у детей // *Мед. газ.* — 2000. — 25 мая. — № 39. — С. 8–9.
- Кузнецова Н.М. Характер и механизмы влияния некоторых химических веществ (псевдоаллергенов) на образование активных форм кислорода лейкоцитами крови больных атопическими заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000.
- Левин Я.И. Сон и боль // *Медицина для всех.* — 1998. — № 4. — С. 27–28.

- Логачев М.Ф. Дистресс-синдром респираторный новорожденных / Малая медицинская энциклопедия: В 6 т. АМН СССР. — М.: Сов. энцикл., 1991. — Т. 2. — С. 110–112.
- Лукашевич М.Г. Рациональная противовирусная терапия основных респираторных инфекций в амбулаторных условиях // Вопр. совр. пед. — 2008. — № 6. — С. 86–90.
- Марова Е.И., Доскина Е.В. Эндокринные и обменные болезни // В кн.: Справочник практикующего врача / Под ред. А.И. Воробьева. — М.: Эксмо, 2004. — С. 404–496.
- ММЭ: Т. 1, 2. — М., 1991.
- ММЭ: Т. 12. — М., Сов. энцикл., 1970. — С. 648.
- Макнелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии / Пер. с англ. — М.; СПб.: Бино: Невский Диалект, 1998. — 1023 с.
- Методические рекомендации: Критерии дифференциальной диагностики стенокардии и кардиалгии. — Киев; Львов: Киев. мед. ин-т усовершенств. врачей; Львов. мед. ин-т, 1998. — С. 15–24.
- Намазова Л.С., Вознесенская Н.И., Верткин А.Л. Круп // Леч. врач. — 2003. — № 3. — С. 61–65.
- Никитин А.В., Гусманова В.А. Непосредственное исследование больного с основами синдрома диагностики: Уч. пособие. — Воронеж: Изд-во Воронеж. ун-та, 1995. — 208 с.
- Нонилов В.Е. Внебольничные пневмонии: дифференциальная диагностика и антибактериальная терапия // Трудный пациент. — 2003. — № 1. — С. 16–20.
- Особенности диагностики и лечения секреторных диарей у детей раннего возраста: Метод. реком. для практик. врачей / Под ред. А.М. Запруднова. — М., 1997. — 22 с.
- Панков Д.Д., Румянцев А.Г. Дифференцированная терапия сосудисто-мозговой недостаточности у подростков // В кн.: Фармакотерапии в неврологии и психиатрии. — М., 2002. — С. 91–102.
- Педиатрия: Рук-во: В 8 кн. / Пер. с англ. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1992–1994.
- Педиатрия: Рук-во для врачей и студентов / Пер. с англ.; Под ред. Н.И. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1996. — 833 с.
- Петрухин А.С. Неврозы и депрессии у детей и подростков // В кн.: Актуальные вопросы диагностики и фармакотерапии в педиатрии. — М., 2004. — С. 142–172.
- Подымова С.Д. Желтуха / Малая медицинская энциклопедия. — 1991. — Т. 2. — С. 168–170.
- Полтавская М.Г. Пробы с физической нагрузкой у больных с хронической сердечной недостаточностью / Сердце. — 2003. — Т. 2. — № 2. — С. 81–83.
- Потемкина А.М., Кыкова Т.В., Терещенко Ф.М. Бронхообструктивный синдром у детей: Уч.-метод. пособие. — Самара: Казан. гос. ин-т усовершенств. врачей, 1995. — 55 с.
- Преображенский О.В., Сидоренко Б.А., Пересылко М.К. Болевой синдром в грудной клетке: дифференциальная диагностика и принципы медикаментозной терапии // Трудный пациент. — 2003. — № 1. — С. 9–15.
- Проколова И.В., Алмаев В.П., Коршун Ю.В. Основы педиатрии. — Казань: Булак-2, 1989. — 140 с.
- Психиатрия / Пер. с англ.; Под ред. Р. Шейдера. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
- Психиатрия: Справочник практик. врача / Под ред. А.Г. Гофмана. — М.: МЕДПресс-информ, 2006. — 592 с.
- Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.
- Раттер М. Помощь трудным детям / Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1987. — 424 с.
- Рахманова А.Г., Пригожина В.К., Неверов В.А. Инфекционные болезни: Рук-во для врачей общей практики. — М.-СПб., 1995. — 304 с.
- Рачинский С.В. Дифференциальная диагностика туберкулезных и нетуберкулезных заболеваний легких у детей // Дет. доктор. — 2000. — № 2. — С. 18–22.
- Ребров А.П., Пономарева Е.Ю., Чеснокова Е.В., Чушинский С.А. Идиопатический фиброзирующий альвеолит в практике терапевта // Клин. мед. — 2002. — № 9. — С. 63–65.
- Ривкин В. Болезнь Крона // Мед. газ. — 2008. — 18 июля. — № 53.
- Ричард А. Полин, Марк Ф. Дитмар. Секреты педиатрии / Пер. с англ.; Под общ. ред. Ю.Н. Токарева. — М.: Бино, 2001. — 783 с.
- Розинова Н.Н. Врожденные и наследственные заболевания легких у детей // Дет. педиатр. — 1999. — № 1. — С. 21–24.
- Российский терапевтический справочник / Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 880 с.
- Рошаль Л.М. Острый живот у детей. — М.: Медицина, 1978.
- Румянцев А.Г., Тимакова М.В., Чельницкая С.М. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей: Рук-во для врачей. — М.: Медпрактика, 2004. — 388 с.
- Рэфмэри Э. Дифференциальный диагноз / Пер. с англ. — 2-е изд. — М.: МЕДПресс-информ, 2008. — 512 с.
- Скрипченко Н., Иванова В., Сорокина М. Острые вялые параличи у детей // Мед. газ. — 2000. — 30 июня. — № 49. — С. 8–9.

- Симбирцев С.А., Гурин Н.Н.* (ред.). Общая врачебная практика (семейная медицина). — СПб., 1996. — Т. 2. — 496 с.
- Синдромная диагностика в педиатрии: Справочник / Под ред. А.А. Баранова. — М.: Медицина, 1997. — 319 с.
- Синдром хронической диареи у детей раннего возраста, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. — Н. Новгород; М., 1999. — 31 с.
- Спичак Т.В.* Дифференциальный диагноз постинфекционного облитерирующего бронхолита у детей // Вопр. совр. пед. — 2004. — № 6. — С. 16–19.
- Спичак Т.В.* Кашель у детей: новое в решении старой проблемы // Вопр. совр. пед. — 2008. — № 6. — С. 97–103.
- Справочник педиатра / Под ред. М.Я. Студеникина. — М.: Эллис Лак, 1994. — 400 с.
- Сушко Е.П., Тупкова Л.М., Селезнева В.А.* Пособие по педиатрии для руководителей интернов. — Минск: Высшая школа, 1984. — 223 с.
- Таточенко В.К.* Педиатру на каждый день. — М., 1997. — 218 с.
- Таточенко В.К.* Антибиотики при острых респираторных заболеваниях у детей // Consilium medicum при-ложение. Педиатрия. — 2004. — № 1. — С. 3–6.
- Таточенко В.К.* (ред.). Практическая пульмонология детского возраста: Справочник. — 3-е изд. — М., 2006. — 250 с.
- Тейлор Р.Б.* Трудный диагноз / Пер. с англ.: В 2 т. — 2-е изд., стереотип. — М.: Медицина, 1995. — 624, 576 с.
- Темин П.П.* Судорожные состояния у детей (факторы риска, диагностика, лечение и профилактика) // Рос. вестн. перинатол. и пед. (прил. к журн.). — М., 1997. — 68 с.
- Темин П.А., Белозеров Ю.М., Никанорова М.Ю., Страхова О.С.* Псевдогипертрофическая прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена // Рос. вестн. перинатол. и пед. — 1997. — № 1. — С. 45–53.
- Тереженко И.* Ревматическая полимиалгия // Мед. газ. — 2005. — 30 сент. — № 76. — С. 8–9.
- Тришкова Л.А., Богатырева С.А., Андрейчин М.А.* Справочник по инфекционным болезням у детей / Под ред. Л.А. Тришковой, С.А. Богатыревой. — Киев: Здоров'я, 1990. — 368 с.
- Ульянова Л.В., Неретина А.Ф., Клокова В.М.* Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и муковисцидоза у детей // В кн.: Пульмонология детского возраста: проблемы и решения: Вып. 3 / Под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. — М.; Ростов-н/Д, 2003. — С. 140–143.
- Усов И.Н., Чичко М.В., Астахова Л.Н.* Практические навыки педиатрии. — Минск: Высшая школа, 1990. — 400 с.
- Учайкин В.Ф.* Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. — 824 с.
- Учайкин В.Ф.* Руководство по инфекционным болезням у детей. — М., 2001.
- Фролькис А.В., Зернов Н.Г.* Запоры. Малая медицинская энциклопедия: В 6 т. АМН СССР. — М.: Сов. энцикл., 1991. — Т. 2. — С. 210–212.
- Хэглин Р.* Дифференциальная диагностика внутренних болезней. — М.: Медицина, 1965. — 795 с.
- Цыбульский Э.К.* (ред.). Неотложная помощь в педиатрии. — Л.: Медицина, 1987. — 352 с.
- Чебуркин А.В., Чебуркин А.А.* Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста: Уч. лекция. — М., 1994. — С. 21–22.
- Чернышев В.М., Айзман Р.И.* Синдром гиперурикемии у детей. — Новосибирск: Изд-во МГМИ, 1990. — 56 с.
- Шехтман М.* Бронхит и пневмония у беременных // Мед. газ. — 2001. — 29 авг. — № 64. — С. 10–11.
- Шилляев Р.Р., Чемоданов В.В., Рывкин А.И., Побединская Н.С.* Критерии диагностики и дифференциальный диагноз заболеваний детей раннего возраста. — Иванов: УУЗ, 1992. — 139 с.
- Штульман Д.Р., Левин О.С.* Справочник практического врача по неврологии. — М., 1999. — 720 с.
- Ющук Н.Д., Островский Н.Н., Мартынов Ю.В., Матвеев С.М., Очиенко О.Л.* Инфекционные и паразитарные болезни в схемах и таблицах / Под ред. Н.Д. Ющука. — М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. — 444 с.
- Katzensten A.L., Fiorelli R.F.* Nonspecific interstitial pneumonia/fibrosis. Histologic features and clinical significance // Amer. J. Syrg. Pathol. — 1994. — 18. — P. 136–147.
- Mantel K., Qutenandi O.* Epiglottitis und stenosierende Laryngotracheitis // Fortsch. der Medizin 97. 5760979.
- Palitzsch D.* Behandlung des Krupp- und Pseudokrupp-Syndrons, Sonderdruck aus. — Stuttgart: F. Enke Verlag, 1981.



*Научное издание*

**Доскин Валерий Анатольевич  
Макарова Зинаида Сергеевна**

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Санитарно-эпидемиологическое заключение  
№ 77.99.60.953.Д.008014.07.09 от 08.07.2009 г.

Подписано в печать 10.11.10. Формат 70 × 100/16.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура «Literaturnaya».  
Объем 37,5 печ. л. Тираж 1500 экз. Заказ № О-1635.

ООО «Медицинское информационное агентство»  
119048, Москва, ул. Усачева, д. 62, стр. 1, оф. 6  
Тел./факс: (499)245-45-55

E-mail: [miapubl@mail.ru](mailto:miapubl@mail.ru); <http://www.medagency.ru>  
Интернет-магазин: [www.medkniga.ru](http://www.medkniga.ru)

Книга почтой на Украине: а/я 4539, г. Винница, 21037  
E-mail: [maxbooks@svitonline.com](mailto:maxbooks@svitonline.com)  
Телефоны: +380688347389, 8(0432)660510

Отпечатано в полном соответствии с качеством  
предоставленного электронного оригинал-макета  
в типографии филиала ОАО «ТАТМЕДИА» «ПИК «Идел-Пресс».  
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2.  
E-mail: [idelpress@mail.ru](mailto:idelpress@mail.ru)

ISBN 978-5-8948-1863-4



9 785894 818634