вреждающих факторов. Морфологические изменения тимуса - как центрального органа иммуногенеза, выходили за рамки фаз морфофункционального состояния и проявлялись агенезией, гипоплазией, дисплазией, гиперплазией, ранней жировой трансформацией или незрелым фетальным типом тимуса.

Алгоритм проведения дифференциальной диагностики

Амбалов Ю.М.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Дифференциальная диагностика является практически единственным способом постановки диагноза (Ю.М. Амбалов, 2000). Лишь в редких случаях распознавание болезни может быть осуществлено путем выявления и использования патогномоничных симптомов, т.е. маркерным способом (Ю.М. Амбалов соавт., 2001). Тем не менее, как показывает клинический опыт, абсолютное большинство клиницистов не владеет приемами проведения дифференциальной диагностики. В конечном итоге, это приводит к огромному числу допускаемых врачами диагностических и лечебных ошибок, особенно на начальных этапах ведения больных (Е.П. Шувалова. 2000; Ю.М. Амбалов с соавт, 2001).

Исходя из сказанного, нами был разработан алгоритм проведения дифференциально-диагностического поиска, универсальный для врачей любых специальностей.

Алгоритм проведения дифференциальной диагностики.

1. Провести первичное клиническое обследование больного (жалобы, анамнез болезни, объективные данные, анамнез жизни и др.).
2. Выделить в клинической картине заболевания какой-либо один клинический признак (лучше очевидный).
3. Обратиться к списку заболеваний при которых может встречаться этот симптом.
4. Провести предварительную дифференциальную диагностику, подтвердив или исключив максимально возможное число заболеваний, используя при этом только данные, полученные при клиническом обследовании больного *.
5. Отобрать неисключенные заболевания, перечень которых и составит предварительный диагноз.
6. Составить план дополнительных (параклинических) исследований, предусмотрев, в первую очередь, те из них, с помощью которых можно было бы подтвердить или исключить оставшиеся заболевания.
7. Определить необходимые лечебные мероприятия с учетом всех неисключенных (возможных) у данного пациента заболеваний.
8. По мере получения результатов дополнительных исследований провести заключительную дифференциальную диагностику и коррекцию лечения.
9. Поставить окончательный диагноз.

*Примечание: проводится путем выявления у больного патогномоничных признаков и противоречий клинического плана по каждой из искомых болезней и последовательного (или алгоритмического) их подтверждения или исключения.

Влияние лечения с использованием гемолизата аутокрови на состояние микробного биоценоза кожи и пораженной конечности у больных рожей

Амбалов Ю.М, Усаткин А.В., Брагина И.Н., Пшеничная Н.Ю., Коваленко А.П., Пройдаков М.А., Кузнецов В.П., Хоменко О.И.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Развитие микробного дисбиоценоза кожи пораженной конечности играет важнуюроль в патогенезе рожистого воспаления и его рецидивов (Ю.М. Амбалов, 1996; Н.Ю. Пшеничная, 1996).

У 49 больных рожей нижних конечностей (РНК), лечившихся с применением (n=25) и без применения (n=24) гемолизата аутокрови (ГАК), исследован в динамике болезни микробный биоценоз кожи пораженной конечности (Н.Н. Клемпарская,1986).

Установлено, что распространенность ряда микроорганизмов на кожной поверхности пораженной конечности у заболевших рожей значительно отличается от таковой у здоровых лиц. В частности, реже регистрируются S.epidermidis, M.luteus и C.xerosis.

В то же время чаще встречаются S. haemolyticus, S.faecalis и L-формы β-гемолитического стрептококка (ГС). К периоду клинического выздоровления характер распределения исследованных микроорганизмов у больных геморрагической рожей становился практически таким же, как и у здоровых лиц, причем, у больных как получавших, так и не получавших ГАК. У реконвалесцентов, перенесших негеморрагическую, результаты исследования оказались неоднозначными. У лечившихся ГАК частота выделения S. epidermidis, S. haemolyticus и C. xerosis восстанавливалась до нормальной. Реже регистрировались и L-формы ГС. В группе же сравнения характер распределения микробной флоры оставался практически таким же, как и до начала лечения.

Таким образом, применение ГАК у больных негеморрагической РНК оказывает достоверное нормализующее воздействие на состав микрофлоры кожи пораженной конечности. Использование же модифицированной аутогемотерапии при геморрагической форме рожистого воспаления не дает сколько-нибудь существенного положительного эффекта.