

УДК 616.31-008.6-08-06-084

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КОЖИ

Елькова Н.Л., Соболева Н.А.
ГОУ ВПО «Воронежская государственная
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF SYNDROME IMPAIRMENT OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY AND SKIN

Elkova N.L., Soboleva N.A.
The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Дифференциальная диагностика синдромных заболеваний, протекающих с поражением кожи и слизистой оболочки рта, очень сложна из-за общности этиологических факторов, сходности развития клинической картины и одинаковой направленности изменений основных показателей гомеостаза.

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема, синдромы Стивенса – Джонсона, Лайелла.

Differential diagnostics of syndrome impairment with skin and mouth mucous membrane lesions, is very difficult because of common etiologic factors, similarity of clinical picture development and the same way of changes of the basic indicators of homeostasis.

Key words: multiform exudative erythema, Stevens – Johnson's syndrome, Lyelle's syndrome.

Синдромные заболевания, классифицируемые как многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), синдром Стивенса – Джонсона (ССД) и синдром Лайелла (СЛ), характеризуются, как правило, тяжелым или крайне тяжелым течением заболевания, в большинстве случаев требующего стационарного лечения.

Сложность диагностики синдромных заболеваний, протекающих с поражением кожи и слизистой оболочки рта (СОР), связана с общностью этиологических факторов, сходностью развития клинической картины и одинаковой направленностью изменений основных показателей гомеостаза.

Однако в течении этих заболеваний есть существенные различия, которые могут стать определяющими как в прогностическом аспекте, так и для осуществления ранней диагностики и определения тактики лечебных мероприятий в каждом конкретном случае.

Диагностика синдромных заболеваний, протекающих с поражением СОР и кожи, очень сложна, что объясняется рядом причин.

1. Из-за сходства МЭЭ, ССД и СЛ между собой и наличием тех или иных симптомов, аналогичных другим заболеваниям (корь, пузырчатка, сливной герпетический стоматит, ОКВ, скарлатина и т. п.).

2. Каждое из этих заболеваний характеризуется фазностью развития. Причем даже в условиях одной нозологической формы клинические проявления в ранних фазах заболевания не только неоднозначны, но могут иметь и весьма существенные различия.

3. Начало заболевания (продромальный период) и первые клинические симптомы могут быть абсолютно идентичными у МЭЭ, ССД и СЛ.

4. Все эти заболевания имеют однотипные причины, внезапное острое начало, склонность к рецидивам.

Поэтому практический врач должен быть готов к пониманию того, что симптомы заболевания как бы развернуты во времени, а скорость смены клинических фаз абсолютно индивидуальна и не имеет жестко детерминированных закономерностей, определяющих продолжительность и характер развития каждой из фаз.

В связи с тем что опыт нашей клиники охватывает почти четверть века наблюдений, можно констатировать тот факт, что встречаемость ошибочных диагнозов по годам не имеет тенденции к снижению. И это несмотря на то, что в специальной литературе, в том числе и предназначенной для врачей-стоматологов, вопросам клинико-лабораторной диагностики заболеваний год от года уделяется все больше внимания (табл. 1).

Таблица 1. Общая характеристика ошибочных диагнозов

Клинический диагноз	Диагноз направившего лечебного учреждения	Количество больных абс. (%)
1. Многоформная экссудативная эритема (n = 33) 2. 3. 4. 5. 6. 7.	Многоформная экссудативная эритема	21 (63,6%)
	Язвенно-некротический стоматит	6 (18,2%)
	Рецидивирующий афтозный стоматит	2 (6,2%)
	Аллергический хейлит	1 (3,0%)
	Лейкоплакия слизистой оболочки рта	1 (3,0%)
	Кандидозный стоматит	1 (3,0%)
	Отек Квинке	1 (3,0%)
8. Синдром Стивенса – Джонсона (n = 26) 9. 10. 11. 12. 13.	Синдром Стивенса – Джонсона	12 (46,2%)
	Язвенно-некротический стоматит	8 (30,8%)
	Стоматит Венсана	2 (7,7%)
	Острый афтозный стоматит	1 (3,8%)
	Пузырное поражение полости рта	1 (3,8%)
	Синдром Бехчета	2 (7,7%)
14. Синдром Лайелла (n = 12)	Синдром Лайелла	9 (75%)
	Язвенно-некротический стоматит	2 (16,6%)
	Аллергическая болезнь	1 (8,4%)

Нами был проведен анализ клинико-лабораторных характеристик синдромных заболеваний, протекающих с поражением СОР и кожи, на основании которого были выдвинуты основные принципы дифференциальной диагностики МЭЭ, ССД и СЛ.

Тщательный анализ жалоб, данных анамнеза, клинических показателей общего состояния больных позволил выявить также признаки, достаточно убедительно свидетельствующие о возможности развития септических осложнений.

К этим признакам относятся следующие:

- преобладание жалоб общего характера, отражающих возникновение, быстрое прогрессирование синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) при еще незначительных или умеренно выраженных местных проявлениях заболевания;
- наличие так называемых жалоб «третьего плана», отражающих очевидное ухудшение функционирования ранее компрометированных жизненно важных функций органов и систем организма в связи с уже имеющейся фоновой патологией;
- рефрактерность к любым методам проводимого лечения, когда у больного отмечается неуклонное нарастание количества и интенсивности проявлений симптомов общего инфекционного синдрома;
- быстрое нарастание и расширение зон поражения СОР, других слизистых оболочек и кожного покрова;
- выявление признаков гиперфункционирования ЦНС.

При поступлении больных в стационар в разные сроки от начала заболевания (от трех до 10–12 суток с момента появления первых признаков заболевания) симптомы сепсиса могут быть достаточно различными, а также иметь разную степень выраженности. Наиболее значимыми из них можно считать следующие:

- стойкое повышение температуры тела выше 38°C с суточными размахами до 3°C и более, проливные поты, ознобы;
- прогрессирующее по объему поражение СОР и кожи, а также появление новых очагов поражения, несмотря на проводимое лечение;
- смена реакции гиперфункционирования ЦНС на варианты гипофункционирования;
- наличие клинических проявлений расстройств микроциркуляции и гемокоагуляции;
- наличие высокого уровня лейкоцитоза или агранулоцитоз, высокий уровень СОЭ, наличие анемии, гипопротейнемии, высокие показатели сердечной производительности за счет увеличения числа сердечных сокращений;
- негативная динамика клинико-лабораторных проявлений заболевания на фоне интенсивного лечения.

Целью нашего исследования явилась разработка алгоритма дифференциальной диагностики синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ, протекающих с поражением СОР и кожи, с учетом выделенных признаков и его реализация с помощью построения нейросетевой системы. Нейронные сети основаны

на примитивной биологической модели нервных систем. Пользователь нейронной сети подбирает представительные данные, а затем запускает алгоритм обучения, который автоматически воспринимает структуру данных. Создание нейросетевой системы предусматривало проведение следующих этапов работы: изучение проблемы; постановку задачи; набор обучающих данных и тестирующих примеров; обучение нейросетей; определение оптимальной схемы; проведение дополнительных экспериментов; разработку и создание интерфейса программы; подключение к ней обученных нейросетей; испытание системы на примерах, не входящих в обучающую выборку; доучивание системы на этих примерах.

В качестве нейронной структуры была выбрана сеть Кохонена, так как она удачнее всего осуществляет классификацию. Обучается сеть Кохонена методом последовательных приближений.

В период с 1980 по 2004 год в отделении челюстно-лицевой хирургии № 1 Воронежской областной клинической больницы (с 1989 года – клиническая база кафедры стоматологии ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко) находилось на обследовании и лечении 38 822 пациента с различными заболеваниями лицевой области головы, зубочелюстной системы и шеи. У 24 943 были выявлены неспецифические воспалительные заболевания одонтогенного и неодонтогенного происхождения. Среди них у 250 (1,0%) были диагностированы неспецифические воспалительные заболевания СОР. Из этого числа больных 71 пациент (28,4%) составил группу синдромных заболеваний с поражением СОР и кожи.

Для обучения нейросетей отобраны 179 наблюдений, данные которых были взяты из историй болезни пациентов с уже подтвержденными диагнозами. Данные остальных больных с МЭЭ, ССД, СЛ (соответственно 33, 26, 12 человек), наблюдавшихся в клинике, были оставлены для тестирования системы. Для нейросистемы представлял определенные трудности дифференциальный диагноз между МЭЭ и ССД (2 ошибки), что нередко имеет место и в клинической практике. У 71 больного, направленного в челюстно-лицевую стационар с синдромным заболеванием СОР и кожи, адекватный «направляющий диагноз» был только у 42 (59,2%). У остальных больных диагноз был неверным. В то же время применение разработанной нейросети дает возможность получить правильный диагноз МЭЭ и ССД в 94–96%, что, безусловно, способствует повышению эффективности своевременной диагностики.

Таким образом, разработанная нейронная система позволяет эффективно проводить дифференциальную диагностику синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ, протекающих с поражением СОР и кожи. Система универсальна и может быть использована практическими врачами для диагностики любых других заболеваний путем создания соответствующих тестов. Программа, осуществляющая дифференциальную диагностику синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ с помощью сети Кохонена, реализована в системе программирования Delphi 7.