

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Одной из возникших в ходе работы сложностей было определение понятия «современный клинический диагноз». Чем он отличается от «несовременного»? Что произошло с момента почти 70-летней давности выхода в свет издания одного из основоположников и классиков отечественной педиатрии советского периода М.С. Маслова «Диагноз и прогноз детских заболеваний (теория и практика)», академика АМН СССР, многие годы возглавляющего кафедру и клинику детских болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, названную его именем, где автор имеет счастье трудиться уже в течение многих лет?

При рассмотрении этого вопроса неизбежно напрашивался другой, с практической точки зрения, более существенный вопрос: «Чем отличается практическая медицина XXI в., в частности педиатрия, от медицины XX столетия в области клинической диагностики?» Прежде чем пытаться ответить на эти вопросы, целесообразно рассмотреть определения терминов, которые неизбежно будут упоминаться в ходе текста. Это скучное для читателя занятие является необходимым и важным для единого понимания положений и терминов, сопутствующих диагностическому процессу. Кроме того, унифицированность этих дефиниций весьма актуальна в связи с тем, что в различных отечественных и зарубежных терминологических справочниках эти определения нередко описываются и трактуются по-разному.

1.1. ТЕРМИНОЛОГИЯ

Несмотря на длительную историю использования терминов «болезнь» и «диагноз», корни которой уходят в древнюю Элладу (от греч. *diagnosis* — распознавание), до настоящего времени не существует единого общепризнанного определения этих понятий. Отсутствует и единая трактовка других терминов, непосредственно связанных с этими дефинициями. Автором приводятся трактовки терминов, заимствованных

т.е. чувственную на разумную. Другими словами, ДМ является альтернативой медицине, базирующейся на «мнениях». Она позволяет «материализовать» клиническое мышление практикующего врача, создает для молодого специалиста почти равные, по сравнению с опытными коллегами, возможности. В конечном счете, ДМ — это пациентоцентрическая медицина, ориентированная на действенные и безопасные для больного диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические вмешательства, минимально снижающие качество его жизни.

Применительно к диагностике — это использование различных признаков болезней (анамнестических, клинических, а также данных инструментальных и лабораторных тестов) с учетом их диагностической значимости (валидности) для данной патологии, оцененной на основе адекватных и корректно выполненных научных исследований при использовании объективных биометрических (математических) методов обработки результатов. Это отказ от использования в практике диагностических приемов, прежде всего инвазивных, с заведомо низкой или еще не определенной информативностью.

В настоящее время считается, что в практической медицине, в том числе педиатрии, «лучшими из имеющихся доказанных сведений для принятия решений по диагностике», т.е. вершиной доказательной иерархии являются данные проведенных и оформленных систематических обзоров [26, 36, 60]. Этот метод, включающий метаанализ, позволяет математически корректно объединять данные различных авторов; используют при этом только публикации качественных контролируемых научных исследований. В настоящее время все клинические рекомендации, издаваемые и публикуемые европейскими и североамериканскими профессиональными сообществами, базируются преимущественно на результатах таких систематических обзоров, как наиболее надежных источниках информации.

Для взвешивания диагностической ценности тех или иных анамнестических, клинических либо параклинических показателей в ДМ используют следующие их характеристики:

- чувствительность (частота положительного теста при наличии болезни);
- специфичность (частота отрицательного теста при отсутствии болезни);
- прогностическая ценность положительного и отрицательного значений данного показателя;

- диагностическая точность теста;
- отношение правдоподобий (шансов) при положительном значении этого показателя и отрицательном.

Данные этих характеристик по конкретным заболеваниям, особенности полигенной природы регулярно публикуются в различных медицинских источниках, в том числе педиатрических. Однако при практическом использовании этих показателей необходимо всегда помнить, что они корректны только в том случае, если получены при исследовании схожего с вашим больным контингента, т.е. при соответствии по полу, возрасту, форме, стадии заболевания и пр. Важно также учитывать, какой эталонный тест при этом был применен.

Наиболее важными с практической точки зрения из перечисленных критериев считают: чувствительность, специфичность и отношения шансов как при наличии у пациента данного признака, так и его отсутствии. В практике при выборе врачом того или иного диагностического метода отдается предпочтение показателям, обладающим максимальными значениями чувствительности и специфичности в сравнении с другими [26, 36, 60].

Отрицательное значение высокочувствительного теста, показатель которого приближается к 1 (100%), позволяет надежно исключить предполагаемое заболевание. Так, чувствительность серологического теста на антитела IgA к тканевой трансглутаминазе при целиакии составляет около 0,9 (90%) [55]. Это означает, что при обнаружении у пациента этих антител целиакию можно исключить с вероятностью, примерно равной 90%.

Положительное значение высокоспецифичного показателя, наоборот, надежно подтверждает диагноз, а также позволяет проводить дифференциальную диагностику с другой патологией, имеющей схожую симптоматику. Например, специфичность указанного теста для целиакии составляет около 97%. Это означает, что при наличии у пациента антител IgA к тканевой трансглутаминазе вероятность заболевания у него приближается к 0,97 (97%).

Показатели отношения правдоподобий (шансов), выраженные в кратности повышения или понижения вероятности заболевания, являются интегральными характеристиками диагностической ценности того или иного показателя и зависят как от значений его чувствительности, так и специфичности. В этой связи они более полно характеризуют диагностическую значимость выбираемого критерия и могут явиться основанием для математического расчета абсолютной вероятности на-

личия или отсутствия болезни. В приведенном примере шанс целиакии при положительном тесте возрастает в 30 раз, а при отрицательном — снижается в 10 раз.

Более подробно читатель может познакомиться с методами и принципами ДМ по цитируемым автором источникам, а также на многочисленных отечественных сайтах, в частности, «Доказательная медицина для всех» (<http://medspecial.ru/>). Кроме того, на этом сайте читатели могут ознакомиться с некоторыми переведенными на русский язык рефератами научных публикаций по разным тематикам, в том числе по педиатрии.

Учет врачом критериев диагностической ценности различных признаков болезни позволит в большинстве случаев существенно сократить объем обследования и реже использовать инвазивные методы. При этом диагностический процесс становится более рациональным, эффективным и причиняющим минимальный вред ребенку.

В современной рациональной практической клинической медицине уже стала правилом априорная оценка врачом своих запланированных действий [26, 51, 60]. Этот анализ заключается в ответе перед назначением больному того или иного диагностического мероприятия на три вопроса.

1. Каков ожидаемый эффект?
2. Какова вероятность отрицательных последствий для пациента предполагаемого диагностического воздействия и их характер?
3. Каковы экономические затраты на данное исследование?

Ответ на первый вопрос заключается в оценке влияния результата исследования на ход событий. Изменится ли вообще, а если поменяется, то как; действие врача при получении им как положительного, так и отрицательного результата запланированного диагностического вмешательства? Под ожидаемым эффектом нужно понимать подтверждение или исключение наиболее вероятного при данных проявлениях заболевания, уточнение диагностической позиции, приводящее к коррекции терапии, изменению прогноза заболевания или профилактических мероприятий, например, применению противоэпидемиологических мер и пр. Ответ на этот вопрос целиком связан с предварительным анализом и оценкой диагностической информативности выбранного исследования для конкретной патологии у данного больного. Однако нередко действиями врача, даже с продолжительным стажем работы, при составлении им плана обследования руководит совсем иное. Наиболее частыми мотивами необоснованного назначения различных диагностических тестов, в том числе инвазивных,

являются следующие побуждения: страх пропустить маловероятное и клинически совсем несхожее заболевание; поиски этиологических факторов, на самом деле не имеющих отношения к возникновению данной патологии; произведение впечатления на неискушенных коллег и родителей ребенка «полнотой» обследования; неспособность или нежелание принимать решения на разных этапах обследования больного и пр. [26, 51, 109].

Конкретизировать второй вопрос можно следующим образом: «Какие нежелательные последствия могут возникнуть у пациента в результате проведения запланированного исследования?» Такая постановка вопроса наиболее актуальна для педиатрии, особенно при проведении инвазивных диагностических процедур ребенку, например, пункций, различных видов эндоскопий, рентгеноконтрастных методов исследования и т. п. Однако, помимо явного возможного вреда ребенку, непосредственно связанного с самой диагностической процедурой, не менее важную роль играет скрытый косвенный вред, обычно проявляющийся отсроченными последствиями и поэтому редко учитываемый на практике. Речь идет о необоснованных диагнозах, а на практике чаще псевдодиагнозах, установленных только на основании случайно выявленных отклонений при проведении инструментальных и лабораторных исследований. В действительности поставленный «на всякий случай» на основании незапланированной находки при проведении необоснованно назначенного исследования диагноз может иметь для ребенка гораздо худшие последствия, чем само инвазивное вмешательство. Эти отрицательные следствия обычно обусловлены двумя механизмами. С одной стороны, осознание ребенком и (или) его родителями в течение длительного времени наличия «непонятного» заболевания создает предпосылки для формирования у пациента новой психосоматической патологии, особенно в семьях с повышенной тревожностью и депрессивностью (функциональные нарушения органов пищеварения, первичные головные боли и т. п.). С другой стороны, выявленное отклонение нередко препятствует полноценному существованию ребенка, снижая качество его жизни ввиду неизбежного введения ему различных ограничений (запрет на занятия спортом и дальние путешествия, пищевые ограничения, выбор будущей профессии и пр.).

Оценка экономической составляющей при выборе исследования все чаще влияет на решение врача и уже становится, несмотря на наше внутреннее сопротивление, повседневной реальностью. Очевидно, что при примерно равных показателях диагностической информативности

для предполагаемой патологии у конкретного больного врач должен отдать предпочтение более дешевому методу. С этой позиции, например, рутинная рентгенограмма органов грудной клетки при неосложненной внебольничной пневмонии у ребенка предпочтительнее, чем высокотехнологичная, дорогостоящая, обладающая схожей диагностической информативностью при данной патологии спиральная компьютерная томография (КТ), оказывающая эффектное впечатление на родителей больного. Выявление признаков воспаления по данным анамнеза, клиническим проявлениям и показателям обычного анализа крови при том же заболевании по информативности не уступает оценке с использованием дополнительных биохимических маркеров воспаления: уровням фибриногена, сиаловых кислот, С-реактивного белка, прокальцитонина и т. п.

После исчерпывающего ответа на перечисленные поставленные вопросы необходимость в назначении многих диагностических процедур естественным путем отпадет. Может показаться, что такой комплексный априорный анализ является сложным, трудоемким, занимающим уйму времени у всегда занятого врача, отвлекающим его от выполнения им рутинных обязанностей. В действительности же врач, особенно обладающий определенным опытом, отвечает на эти вопросы эвристически (машинально) и обычно способен незамедлительно принять решение по выбору диагностического теста, подобно делающему ходы шахматисту в шахматных блиц-партиях.

Алгоритмическим, неэвристическим, принятием решения о целесообразности проведения диагностического вмешательства после комплексной априорной оценки может служить следующий пример, который целесообразно начать с преамбулы.

Известно, что одной из самых частых предъявляемых жалоб у детей, особенно школьного возраста, является жалоба на рецидивирующую абдоминальную боль [22, 27]. Многочисленными работами показано, что в абсолютном большинстве случаев она не обусловлена какой-либо конкретной органической причиной, а имеет функциональное происхождение (см. разд. 3.7.2).

Одним из клинических вариантов функциональных расстройств органов пищеварения, протекающих с абдоминальной болью, согласно Римским международным критериям, является функциональная диспепсия (ФД) [105, 134]. В некоторых случаях в результате проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с последующим морфологическим изучением биоптатов у детей с ФД обнаруживают изменения

слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе на клеточном уровне [30, 105, 134, 151, 156]. Однако наличие таких изменений, согласно современным представлениям, не противоречит диагнозу «функциональная диспепсия». Такого рода морфологические изменения слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки обычно не ассоциируются с клиническими проявлениями, т.е. не являются причиной диспепсической симптоматики, в частности, рецидивирующей абдоминальной боли [4, 30, 31, 134, 151, 156]. Другими словами, не находятся в причинно-следственных взаимоотношениях. Рекомендуемые терапевтические подходы и их эффективность при лечении ФД с морфологическими изменениями слизистой оболочки и без них не отличаются [151, 156]. Убедительных свидетельств в пользу худшего отдаленного прогноза у детей с «гастритическими» изменениями при ФД в сравнении с детьми без таких изменений слизистой оболочки до настоящего времени нет. Речь идет о частоте формирования язв, злокачественных новообразований, атрофического гастрита и прочих нежелательных проявлений. Вероятность обнаружения той или иной органической причины болей в животе у детей с клинической картиной ФД в отсутствие «симптомов тревоги» низкая (см. разд. 3.7.2).

Рассмотрим ситуацию о целесообразности проведения ЭГДС с взятием биоптатов для дальнейшего морфологического исследования ребенку 7 лет с типичным симптомокомплексом ФД и отсутствием у него угрожающих (тревожных) симптомов.

Априорная вероятность обнаружения органического заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки в 7-летнем возрасте в отсутствие у ребенка тревожных симптомов, как уже упоминалось, невысокая. Формулировка окончательного клинического диагноза ФД, дальнейший план обследования, лечебная тактика, прогноз и рекомендации по диспансерному наблюдению не изменятся в зависимости от присутствия или отсутствия эндоскопических и (или) морфологических, так называемых «гастритических» изменений. Таким образом, ожидаемый эффект от проведенного исследования низкий (ответ на первый вопрос).

Исследование очень инвазивное и требует, по правилам врачебной этики, тщательной психологической подготовки пациента. Несмотря на такую профилактику, процедура остается травмирующей психику ребенка. Особенно это касается детей с абдоминальными болями неорганического происхождения, для которых характерна плохая переносимость этой процедуры и ухудшение течения болезни после проведе-

ния исследования. Кроме того, обнаруженные в ходе этой процедуры изменения слизистой оболочки потенциально приведут к формулированию клинического диагноза «хронический гастродуоденит», что может иметь нежелательные отдаленные последствия, связанные с назначением ребенку различных ограничений, изменению его образа жизни и т. п. Таким образом, вероятность отрицательных последствий довольно высокая (ответ на второй вопрос).

Для ответа на третий вопрос достаточно привести следующий факт. По данным английских авторов стоимость проведения ЭГДС одному ребенку с взятием биоптатов и последующим морфологическим анализом составляет около 1714,97 £ (фунтов стерлингов) [156]. Если читатель не поленится и пересчитает стоимость по существующему курсу валют, то ответ на поставленный вопрос будет, по-видимому, эмоциональным.

Таким образом, можно сделать вывод, что проведение ЭГДС, тем более с последующим морфологическим исследованием биоптатов, в приведенном ситуационном примере нецелесообразно. Комплексная априорная оценка по шкале «польза–вред» явно смещается к «правому полюсу», т.е. в сторону вреда.

Важно заметить, что аналогичный подход должен использоваться и при решении о назначении того или иного лечебного воздействия.

Еще одним атрибутом современной медицины является бурное развитие и внедрение в практику новых диагностических технологий: ДНК-анализа, усовершенствованных ультразвуковых методик, КТ, магнитно-резонансной томографии (МРТ), эндоскопических методов и пр. Эти новые диагностические подходы, нередко высокотехнологичные, стали доступными и для первичного врачебного звена. Однако на практике использование новых методик зачастую не сопровождается отказом от применения старых, менее информативных способов обнаружения, что приводит к неоправданно экстенсивному использованию диагностических методов, удорожанию оказания медицинских услуг.

Такое «расширенное», проводимое «методом трала» обследование зачастую имеет отрицательные последствия и для ребенка, о чем уже упоминалось. Оправдательными такого диагностического подхода фразами обычно являются: «для полноты обследования», «на всякий случай, чтобы не пропустить тяжелое заболевание», «раз ребенок попал в стационар, обследование должно быть полным и комплексным», «подумал — проверь» и прочая не выдерживающая критики аргументация.

В эпоху, когда от врача требуется большая эффективность, такой подход уже стал анахронизмом [26, 51]. Чрезмерное использование диагностических тестов неизбежно приводит к обнаружению различных «отклонений». По законам биометрии, исходя из принятых методик определения «нормы» показателей в медицине (95% доверительный интервал), частота таких находок должна быть 1:20, т.е. каждый 20-й тест [51]. Практика показывает, что выявленные случайным образом отклонения в абсолютном большинстве случаев имеют ложноположительный характер, что неизбежно приводит к формулированию врачом псевдодиагноза с соответствующими последствиями (см. выше). Таким образом, складывается ситуация, когда чем больше обследований проводится, тем больше отклонений выявляется и чаще формулируются ложные диагнозы [51].

Эволюция взглядов на клиническую педиатрию во второй половине XX и в начале XXI столетий привела к осознанию, что абсолютное число болезней ребенка имеет, как уже упоминалось, многофакторную природу (см. разд. 1.2.1). Такая патология формируется в результате сочетанного взаимодействия различных факторов риска, включая генетическую составляющую. Каждого из этих факторов, в отдельности, недостаточно для манифестации того или иного заболевания. Для осознания клиницистом сущности такой патологии возникла необходимость перехода от одномерного клинического мышления к многофакторному (многоплоскостному). Как уже говорилось в разд. 1.2.1, заболевания полигенной природы характеризуются выраженной гетерогенностью и клиническим полиморфизмом. В этой связи, в диагностическом процессе перед практикующим врачом встает проблема выбора наиболее адекватных методов диагностики и информативных критериев. Такой выбор становится гораздо эффективнее при использовании характеристик ДМ. Подход к пониманию всегда индивидуально различающего патогенеза и вариабельной клинической картины различных многофакторно обусловленных состояний позволяет врачу использовать наиболее адекватные (валидные) методы диагностики с учетом величин чувствительности, специфичности и ряда других характеристик, а также экономической обоснованности использования тех или иных диагностических критериев. Кроме того, клиническая педиатрия, построенная на доказательствах, в отличие от традиционного, почти исключительно эмпирического подхода, облегчает врачу-практику задачу выбора наиболее доказательно обоснованного и поэтому почти всегда более рационального и эффективного метода лечения. Многомерный

клинический подход создал предпосылки для широкого внедрения в мировую практику на рубеже последних веков доказательных принципов медицины.

Таким образом, переход от однофакторного к многофакторному взгляду на патологию ребенка, базирующийся на принципах ДМ, является объективной реальностью, создающей перспективы для развития новых путей диагностики в педиатрии в XXI столетии. Стало очевидным, что клиническое мышление врача, основанное на концепции однофакторного происхождения патологии ребенка, и чисто эмпирический подход в практической деятельности устарели и к настоящему времени уже играют роль прокрустова ложа для развития как научного, так и клинического мировоззрения педиатра, в том числе в его ежедневной диагностической деятельности.