

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

как из отечественных источников [45, 61, 63], так и из международных электронных баз, нашедших распространение и среди наших соотечественников. К их числу относится мощная и доступная база Medline с хорошей поисковой системой Pubmed, имеющая свой словарь терминов (Medical Subject Headings, MeSH). Эта электронная медицинская база данных функционирует при Национальной медицинской библиотеке США, являющейся самой крупной медицинской библиотекой мира.

Болезнь (заболевание). Определенный *патологический процесс* с характерным набором *признаков* и *симптомов*. Он может поражать весь организм или только его часть. Этиология, патогенез и прогноз болезни могут быть определенными или оставаться неизвестными [93].

Под *патологическим процессом* понимают нарушение деятельности организма, приводящее к дисфункции его тканей или органов [129]. Существует широкий спектр трактовок понятий «признак» и «симптом». *Признак* — это объективное свидетельство болезни, тогда как *симптом* является субъективным проявлением заболевания, т.е. ощущением самого больного, по сути, его жалобой [102]. Например, тахикардия — это признак болезни, так как она объективно может быть оценена медперсоналом, тогда как болевые ощущения ребенка, например абдоминальная боль или цефалгия, — это симптом, так как является ощущением самого больного и не контролируется медперсоналом. Автор полагает, что с клинической точки зрения не следует проводить между этими понятиями жесткую грань. Целесообразно симптом, как ощущение пациента, также относить к признакам заболевания. В то же время не любой признак болезни можно считать жалобой (симптомом). Например, выявленные у ребенка в результате предыдущих лабораторных и инструментальных исследований отклонения следует расценивать как признаки патологии, но не как симптом или жалобу. В дальнейшем, во избежание недоразумений, будет использован термин «признак болезни», подразумевающий все клинические проявления патологии — как субъективные, так и объективные ее характеристики.

В медицине, в том числе педиатрии, используют различные виды диагнозов: клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский и санитарно-эпидемический. В общем, термин «**диагноз**» трактуется как «краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими

стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге» [45]. В данном руководстве, предназначенном для практикующих педиатров, важны клинические аспекты врачебного заключения, а именно понятие «клинический диагноз».

Клинический диагноз. Определение природы заболевания, или *состояния*, а также дифференцирование одного заболевания (*состояния*) от другого посредством данных анамнеза, физикального обследования и проведенных различных исследований. Для ускорения принятия диагностического решения могут быть использованы компьютерные программы. Под термином «*состояние*» понимают анатомические или функциональные нарушения, имеющие объективные (признаки) и субъективные (симптомы, жалобы) проявления болезни, но не классифицируемые как нозологическая форма или синдром [129]. Состояниями, а не нозологиями являются, например, дисбактериоз кишечника или верхних дыхательных путей; гиперреактивность бронхов, атопия и пр.

Следует обратить внимание на то, что под термином «клинический диагноз» понимают не просто выявление нозологической единицы, констатацию факта наличия той или иной болезни или состояния, а установление ее природы, т.е. происхождения и, самое главное, соответствие диагноза имеющимся клиническим проявлением [51]. Случаи, когда клинические признаки не объясняются сформулированным врачом диагнозом в отечественной педиатрии, к сожалению, нередки (см. главу 2).

Диагностика. Комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля этих мероприятий [63].

Следует обратить внимание на то, что диагностика — это динамический процесс, который начинается с момента контакта педиатра с ребенком, его родителями и заканчивается, по крайней мере, формально по завершению этого контакта. На любом этапе наблюдения

за больным первичная диагностическая позиция врача под влиянием изменившихся обстоятельств и получения новой информации по данным обследования может корректироваться.

1.2. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КЛИНИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ

В начале этой главы был сформулирован вопрос: «Чем отличается практическая медицина XXI в., в частности педиатрия, от медицины XX столетия в области клинической диагностики?» Чтобы ответить на этот вопрос, первоначально надо ответить на два других вопроса.

- Как изменились наши представления о природе болезней в последние десятилетия?
- Что повлияло на эти изменения?

Существенное влияние на наши представления о происхождении заболеваний у ребенка оказали, прежде всего, достижения в области генетики человека. Произошло осознание полигенной обусловленности многих биологических свойств человека, в том числе предрасположенности к возникновению заболеваний [23].

Другим фактором, оказавшим влияние на клиническое мировоззрение, явилось широкое внедрение, начиная с конца 80-х — начала 90-х гг. XX в., в повседневную практику, в том числе диагностическую, методов доказательной медицины [26, 36, 60].

В этой связи возникает необходимость более детального рассмотрения характера изменений наших клинических взглядов на патологию человека, в том числе ребенка, происшедших за последние десятилетия под воздействием понимания роли генома в возникновении болезней и появившейся возможности количественной биометрической оценки степени влияния различных факторов на патологический процесс.

1.2.1. Клинический диагноз с позиций полигенной природы заболеваний

В настоящее время уже общепризнано, что абсолютное большинство заболеваний и различных состояний человека формируется и возникает только у генетически предрасположенных индивидов [23]. Ранее, а нередко и сегодня, такую склонность называли конституциональной предрасположенностью, имея в виду подверженность к возникновению различной патологии уже на фенотипическом уровне, т.е. диатезом [34, 38, 53].

Предрасположенность на генетическом уровне (наследственная предрасположенность) определяется полиморфизмом различных генов, локализующихся на разных участках ДНК клеток нашего организма. Эти многочисленные гены со сложными и до настоящего времени неустановленными механизмами взаимодействия условно объединяются понятием «полигенные системы». Активность (экспрессивность) генов, составляющих такие системы, и определяет индивидуальную предрасположенность к тому или иному заболеванию. Экспрессивность генов предрасположения зависит и от эпигенетических, т.е. внутриклеточных, но не внутригеномных факторов [23]. Даже многообразные врожденные аномалии и особенности развития тканей и органов, способных формировать предрасположенность к болезням на фенотипическом уровне, возникают опосредованно — путем изменения функции различных генов плода, так называемых генов онтогенеза.

Природу большинства заболеваний ребенка, именуемую многофакторной (мультифакториальной), болезнями предрасположения или патологией полигенной природы, нельзя объяснить исходя из упрощенной одномерной модели ее возникновения, т.е. следствием воздействия конкретного причинного (этиологического) фактора, либо экзогенного, либо эндогенного происхождения. Реализация предрасположенности и манифестация таких болезней происходит в результате сложного интегративного и интерактивного взаимодействия разнообразных факторов риска, при обязательном участии полигенной составляющей. При этом участие какого-либо отдельного фактора может быть обязательным, но недостаточным для развития и манифестации такой патологии.

В практической медицине, в том числе педиатрии, до настоящего времени при рассмотрении генеза заболеваний, в том числе имеющих полигенную природу, нередко главенствует упрощенный однофакторный (одномерный, одноплоскостной) подход. Он заключается в попытках объяснения формирования заведомо многокомпонентного генеза заболевания воздействием какого-либо одного конкретного агента, например, инфекции, алиментарного фактора, аллергена и пр. При этом зачастую «виновником» назначаются случайные находки, полученные по результатам проведенного «полного клинического лабораторного и инструментального обследования», в действительности, вообще не имеющих отношение к возникновению данных клинических проявлений (см. разд. 1.2.2).

Выявленные таким образом «отклонения» нередко являются основанием для формулирования клинического диагноза, по сути «псевдодиагноза», по поводу которого назначается «комплексная этиологически и патогенетически обоснованная» терапия, т.е. фактически на практике осуществляется лечение выявленных отклонений (анализов), а не болезни и, тем более, не больного. При этом в терапии зачастую используют препараты, эффективность которых при данной патологии не доказана.

Многочисленными научными исследованиями показано, что случайно выявляемые при обследовании больных отклонения чаще не находятся в причинно-следственных отношениях с имеющейся у пациента симптоматикой [26, 51]. Так, например, при «широком» клиническом обследовании ребенка, страдающего хроническим пиелонефритом в фазе обострения, в посеве мазка из носоглотки можно обнаружить рост *Staphylococcus aureus*. Известно, что данный условно-патогенный микроорганизм нередко является представителем носоглоточной микрофлоры практически здорового человека. Естественно, что он будет обнаруживаться и у больных при самой разнообразной патологии, в том числе и при инфекции (являющейся патологией полигенной природы) мочевыделительной системы. Факт обнаружения данного микроба вовсе не означает, что он является специфической причиной пиелонефрита, а санация носоглотки приведет к выздоровлению от этого недуга.

Основными, значимыми с клинической точки зрения, чертами многофакторной патологии являются их неоднородность происхождения (гетерогенность) и разнообразие клинических проявлений, т.е. клинический полиморфизм. Так, происхождение целиакии варьируемо при тесном участии, взаимном инициировании и последующем функциональном взаимодействии множества факторов (факторов риска). Это множество включает гены, кодирующие антигены HLA-DQ2 и (или) HLA-DQ8, большое количество генов, определяющих разнообразные механизмы природного и приобретенного иммунитета, необходимых для возникновения, а также персистирования аутоиммунного воспаления в слизистой оболочке кишки [55]. Кроме того, в патогенетическом ансамбле заболевания должна участвовать группа факторов, определяющих доступ молекул глютена к собственной пластинке слизистой оболочки тонкой кишки, где и разворачиваются аутоиммунные процессы. Очевидно, что в развитии патологии у разных индивидов может участвовать различное число факторов, отчасти перечисленных выше, при

их разной выраженности (экспрессивности). Таким образом, происхождение целиакии, как и других мультифакториальных заболеваний, очень индивидуально и вариабельно.

Неоднородность происхождения, свойственная заболеваниям предрасположенности, в существенной степени определяет клинический полиморфизм, характерный для таких болезней. На примере целиакии этот полиморфизм проявляется широким качественным (количество признаков) и количественным (выраженность признаков) разнообразием клинических и лабораторных проявлений. При этом отсутствует единый симптомокомплекс, который был бы специфичным для различных пациентов. Наличие широкого клинического полиморфизма при разных заболеваниях полигенной природы всегда определяет сложности для их верификации.

Учет перечисленных особенностей, характерных для многофакторной патологии, становится наиболее актуальным в диагностическом процессе. Он помогает не только выявлять патологию, но и в ряде случаев идентифицировать его природу, в частности происхождение. Последняя задача, применительно к данной группе болезней, является наиболее сложной с учетом ее гетерогенности, а также ограниченности наших познаний. В этой связи в формулировках диагнозов заболеваний полигенной природы в последнее время, особенно в международных источниках, можно все чаще встретить такие характеристики, как «идиопатический», «эссенциальный» или «первичный», означающие, по сути, неясность генеза этой патологии. Примерами этому могут являться: «ювенильный идиопатический артрит», «идиопатический нефротический синдром», «идиопатическая низкорослость», «первичное ожирение», «первичная головная боль», «эссенциальная (первичная) артериальная гипертензия» и т. п. При описании происхождения этих болезней обычно приводят научные факты, свидетельствующие лишь о роли отдельных генов предрасположения, а также других тех или иных факторах риска. При этом цельная парадигма возникновения патологии отсутствует.

Свойственные патологии полигенной природы гетерогенность и клинический полиморфизм создают, как уже упоминалось, серьезные диагностические трудности для врача. Наличие множества признаков болезни, включая этиологические, патогенетические, клинические, лабораторные и инструментальные маркеры, неизбежно создает перед практикующим педиатром, даже опытным, необходимость выбора наиболее применимых, подходящих и информативных (валидных)

критериев для диагностики данного состояния. Часто рассматриваемые признаки могут встречаться и при другой патологии или даже у здоровых индивидов. Так, например, уже упомянутая целиакия, являясь мультифакториальным заболеванием, характеризуется широкой вариативностью анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных проявлений, которые могут встречаться и при другой патологии, а также у здоровых индивидов [55].

Одним из наиболее частых (чувствительных) клинических внекишечных проявлений болезни в детском возрасте считают задержку процессов роста. Однако этот признак не годится для подтверждения диагноза целиакии, так как он встречается не только при многих других заболеваниях, но и у практически здоровых пациентов, т.е. он обладает низкой специфичностью. Нередко педиатр, особенно не обладающий большим опытом клинической работы или не знающий основ доказательной медицины, теряется перед выбором информативного диагностического критерия. Такая растерянность может привести к невротической реакции врача, проявляющейся назначением очередного обследования, и, в конечном счете, к состоянию фрустрации и ошибке.

Одной из примет клинической медицины XXI в. в области диагностики стала возможность математически ранжировать диагностическую ценность различных проявлений болезней, включая лабораторные и по результатам инструментальных исследований отклонения, что особенно актуально для многофакторной патологии. Такая возможность появилась в результате широкого внедрения в современную практическую медицину методов доказательной медицины (ДМ).

1.2.2. Клинический диагноз с позиций доказательной медицины

Методы ДМ стали интенсивно внедряться в клиническую практику, в том числе педиатрию, в 90-х гг. прошлого столетия, что стало, по-видимому, следствием осознания клиницистами многофакторной детерминации заболеваний человека (см. разд. 1.2.1).

ДМ — это сознательное, четкое и беспристрастное использование лучших из имеющихся доказанных сведений для принятия решений по диагностике, лечению и профилактике. Это медицинская практика, когда врач отдает предпочтение только тем методам, полезность которых доказана доброкачественными научными исследованиями [26, 60].

ДМ подразумевает переход от эмпирического подхода в медицине к доказательному (объективному), смену эмоциональной (интуитивной), нередко иррациональной оценки пациента на рациональную,

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 отсутствии «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 отсутствии 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.