

© Коллектив авторов, 2003

Д.В. Печкуров, П.Л. Щербаков, Т.И. Каганова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРИОРИТЕТНОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЕПСИИ

Самарский государственный медицинский университет, Научный центр здоровья детей, Москва

Только половина детей и молодых людей с симптомами диспепсии обращаются к врачу в первые месяцы заболевания. Почти три четверти больных, направленных к гастроэнтерологу, проходят обследования более трех месяцев или не заканчивают его вовсе. В тех случаях, когда диспепсия является симптомом заболевания, которое может прогрессировать и оставлять после себя последствия, важно поставить диагноз максимально точно уже при первом обращении и провести обследование как можно скорее. Анализ симптомов диспепсии, значимых для диагностики язвенной болезни, позволил выделить «редкие сильные приступы болей», «голодные боли», «ночные боли», «отрыжку кислым» и «изжогу» как наиболее важные симптомы. Используя эти критерии, мы выявили, что чувствительность этих признаков была 96,3%, а специфичность — 45,5%. Вероятность выявления язвенной болезни после тестирования возрастала с 1:10,7 до 1:4,7. Подобные схемы можно использовать для определения приоритетов обследования и при диагностике других заболеваний.

Only half of the children and juveniles with dyspepsia go for medical help during the first month of the disease. About three fourth of the patients sent to the gastroenterologist go through the examination for more than three months or don't finish it at all. It is really important for the cases of dyspepsia, presented by the diseases which can progress, including the development of the consequences, to be found with maximum probability during the first consultation and sent for the examination immediately. The analysis of the symptoms of the dyspepsia for the diagnostics of peptic ulcer allowed to highlight «rare strong pains», «hunger pains», «night pains», «sour belching» and «heartburn» as the most important ones. Using these tests in the parallel scheme, we achieved the sensitivity of clinical diagnostics 96,3% with the specificity of 45,5%. The post-test probability of peptic ulcer increased from 1:10,7 to 1:4,7. Alike schemes can be used for the decision of the priorities when diagnosing other diseases.

Синдром диспепсии (СД) является одним из самых распространенных гастроэнтерологических расстройств — он отмечается не менее чем у 25% населения и характеризуется рецидивирующим течением и широким спектром клинических проявлений различной интенсивности [1, 10]. В структуре заболеваний, обуславливающих СД у детей, преобладает хронический гастродуоденит (ХГД) [12]. До настоящего времени в Самаре врачами первичного звена широко используется и диагноз дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП), хотя доказан вторичный характер этой патологии по отношению к другим гастроэнтерологическим заболеваниям [2, 3, 8]. Реже диагностируются функциональное заболевание желудка (ФЗЖ), язвенная болезнь (ЯБ), хронические холецистит (ХХ)

и панкреатит (ХП), желчно-каменная болезнь (ЖКБ) (рис. 1). К редчайшим для детского возраста причинам СД относят злокачественные опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки, симптоматические язвы.

Стандартами диагностики и лечения [13] при СД предусматривается гастроэнтерологическое обследование, включающее эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с биопсией, ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, определение *Helicobacter pylori* (HP), общий анализ крови, анализ кала на скрытую кровь. Ведение больных должно в основном осуществляться в амбулаторно-поликлинических условиях.

Насколько полно и оперативно реализуются стандарты, учитывая высокую распространенность

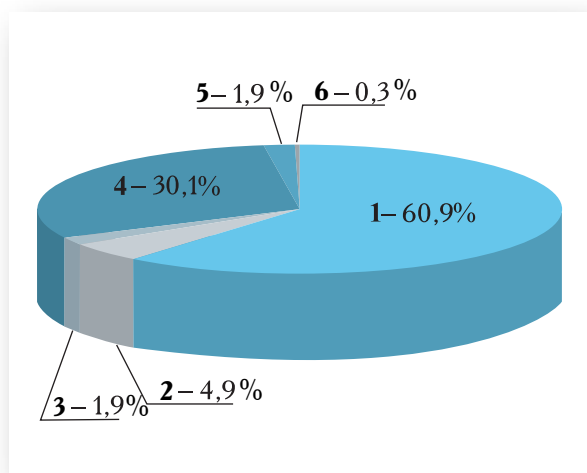


Рис. 1. Структура СД у детей и подростков по данным отчетов ЛПУ г. Самара за 2002 г.
 1 — ХГД, 2 — функциональная диспепсия (ФД), 3 — ЯБ, 4 — ДЖВП, 5 — ЖКБ и ХХ, 6 — ХП.

СД, зачастую стертую симптоматику и рецидивирующее течение? Нами был проведен анализ 206 обращений в Гастроэнтерологический центр детей в возрасте от 3 до 17 лет с жалобами на боли в животе и/или диспепсические расстройства. Только половина пациентов (51,1%) обратились за медицинской помощью в течение месяца после начала заболевания. В полном объеме, за исключением биопсии и определения НР, обследование прошли 57,5% детей и подростков, направленных на консультацию к гастроэнтерологу. При этом около четверти из них (27%) затратили на это менее 3 месяцев, а половина больных (52%) проходили обследование более года. Таким образом, существует значительный временной разрыв между потребностью в начале лечения и завершением комплексного гастроэнтерологического обследования.

На наш взгляд, это свидетельствует о необходимости обоснования стартовой терапии при СД, которая должна быть назначена при первичном обращении за медицинской помощью. При этом необходимо учитывать, что СД может быть обусловлен заболеваниями, склонными к прогрессирующему течению и развитию осложнений. К их числу относятся, прежде всего, ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, ХХ, ЖКБ и ХП. При перечисленных заболеваниях на ранних этапах требуется активное и дифференцированное вмешательство. Их удельный вес в структуре СД у детей до 14 лет незначителен и, по нашим данным, составляет 4,6% (рис. 1). В остальных случаях нозологическая диагностика также актуальна, однако она не будет относиться к числу неотложных мероприятий. Осложнения при этих заболеваниях не описаны, а лечение в большей мере обуславливается клиническим вариантом. Таким образом, мож-

но выделить круг заболеваний, ранняя диагностика которых является клинически значимой, то есть серьезно влияет на тактику лечения и прогноз (табл. 1).

Таблица 1

Гастроэнтерологические заболевания, обуславливающие СД, их осложнения и стандартное лечение

Заболевание	Возможные осложнения	Стандартное лечение
ХГД	Не описаны	Антациды Прокинетики Антисекреторные* препараты
ФЗЖ	Не описаны	Антациды Прокинетики Антисекреторные* препараты
ЯБ	Кровотечение Перфорация Пенетрация Стеноз	Антибактериальные препараты Антисекреторные препараты Цитопротекторы
ХХ	Перихолецистит Эмпиема желчного пузыря	Антибактериальные препараты Спазмолитики Желчегонные препараты
ЖКБ	Желчная колика Обтурационная желтуха	Препараты дезоксихолевых кислот Оперативное лечение
ХП	Обтурационная желтуха Кровотечение Абсцесс	Ферменты Спазмолитики Препараты, подавляющие секрецию поджелудочной железы

* назначают по показаниям с учетом клинического варианта.

Значимость предварительной клинической диагностики признается многими авторами, поэтому неоднократно предпринимались попытки установления «типичной» картины гастроэнтерологических заболеваний, поиска корреляций между клиническими и инструментальными данными. При этом чаще делался вывод об отсутствии таких зависимостей у детей с СД. Выраженность болевого и диспепсического синдромов при хроническом гастрите не соответствует эндоскопической картине, в половине случаев протекает бессимптомно или атипично, ЖКБ и ХХ в детском возрасте не имеют характерных проявлений [5—7,

9, 11]. До настоящего времени не находит объяснения тот факт, что клиническая картина при ФРЖ и хроническом гастрите сходна.

Методы клинической эпидемиологии позволяют решать вопросы предварительной клинической диагностики на основе вычисления прогностической ценности отдельных симптомов и их сочетаний [14]. При таком подходе вероятность тех или иных заключений и приоритетность показаний для обследования описываются математически. Мы приняли попытку решения этой задачи и провели рандомизированный анализ обращений в Гастроэнтерологический центр 293 детей 3—17 лет. Критерием отбора было наличие жалоб на боль в животе и диспепсию, продолжительностью более 3 месяцев. Всем детям проводили обследование, включающее анализ жалоб, данных анамнеза и осмотр пациентов, ЭГДС, ультразвуковое исследование, общий анализ крови, мочи, кала. По данным ЭГДС у 264 пациентов (90,1%) был выявлен или подтвержден имевшийся ранее диагноз хронического гастрита или дуоденита, у 27 (9,2%) — ЯБ двенадцатиперстной кишки. У 2 (0,7%) детей с СД эндоскопически патологии обнаружено не было и им был выставлен диагноз ФЗЖ. При дальнейшем обследовании у 2 пациентов с ХГД были выявлены ЖКБ, у одного — ХХ.

В соответствии с целью работы мы провели сравнительный анализ характеристик клинических тестов в группе детей с ХГД и ФЗЖ (1-я группа) и ЯБ (2-я группа). Во 2-й группе отмечалось значительное преобладание мальчиков (отношение шансов 3,92; 95% доверительный интервал 1,9—8,0) (табл. 2). В связи с тем, что группы различались по возрасту, мы провели стратификацию по этому критерию. Таким образом, окончательная численность групп сравнения составила 187 и 27 детей соответственно.

Затем в каждой из групп оценивали частоту встречаемости отдельных симптомов, которые изучали как тесты для предварительной диагностики клинически значимых заболеваний. Важными характеристиками диагностических тестов являются чувствительность (удельный вес положи-

тельных результатов теста в группе больных) и специфичность (вероятность отрицательного результата теста в группе здоровых). Достоверными считаются тесты, чувствительность и специфичность которых превышает 50% [4]. В нашем исследовании таким требованиям отвечали признаки «редкие боли», «голодные боли» и «изжога». Если для диагностики использовать любой из этих тестов изолированно, то половина случаев ЯБ будет пропущена (табл. 3). Вместе с тем, учитывая важность своевременной диагностики заболевания, применяемые тесты должны быть максимально чувствительными. Поэтому мы использовали параллельную схему диагностических тестов (рис. 2). Суть ее заключается в том, что положительный результат любого из используемых малочувствительных, но специфичных тестов расценивается как достаточный признак для диагностики заболевания. Мы посчитали, что пациенты с «редкими болями» в нашем исследовании составляют смещенную выборку, так как большинство таких больных не обращаются в Гастроэнтерологический центр, поэтому применили такой признак, как «сильные редкие боли». В комплексе с признаками «голодные боли», «изжога», «ночные боли» и «отрыжка кислым» такая схема позволяет добиться повышения чувствительности схемы до 96,3% при специфичности 45,5% (рис. 2). Посттестовая (апостериорная) вероятность ЯБ двенадцатиперстной кишки в нашей группе повысилась с 1:10,7 до 1:4,7.

Мы ограничили число клинических тестов с тем, чтобы специфичность заключений оказалась выше, чем при традиционном обследовании. Например, такой признак, как «боль в эпигастрии», которому придается большое значение в диагностике ЯБ, по нашим данным, имеет низкую специфичность (33,2%) и его использование в этой схеме нецелесообразно. Кроме этого, ограничение числа признаков упрощает процедуру клинической оценки, делает ее доступной для медицинских работников разной квалификации. Важно отметить, что ориентация на клинические тесты не исключает экстренного обследования больных при появлении симптомов тревоги, в частности признаков желудочно-кишечного кровотечения.

Итак, используя данные осмотра и математический анализ, мы определили группу пациентов, нуждающихся в первоочередном обследовании в связи с высоким риском ЯБ двенадцатиперстной кишки. Используя аналогичную схему, можно определить показания для приоритетного обследования в отношении других заболеваний, склонных к прогрессированию и развитию осложнений. Очевидно, такой подход позволяет сконцентрировать ресурсы здравоохранения на направлениях, которые могут быть признаны наиболее значимыми в различных демографических и клинических группах.

Таблица 2

Распределение обследованных детей по возрасту и полу

Возраст, годы	ЯБ (n=27)				ХГД и ФЗЖ (n=263)			
	мальчики		девочки		мальчики		девочки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3—6	0	0	0	0	6	2,0	2	0,7
7—11	1	0,3	0	0	48	16,4	53	18,1
12—17	20	6,9	6	2,0	70	23,9	84	28,7
Итого	21	7,2	6	2,0	124	42,3	139	47,4

Таблица 3

Характеристики клинических тестов для диагностики ЯБ

Признаки	Частота положительного теста		Чувствительность, %	Специфичность, %
	ЯБ (n=27)	ФД (n=187)		
Боли:				
Характер:				
постоянные	8	40	29,6	78,6
эпизодические	5	30	18,5	84,0
Интенсивность:				
средняя	15	104	55,6	44,4
сильная	11	46	40,7	75,4
сильные редкие боли	6	13	22,2	93,0
Локализация:				
эпигастрий	24	125	88,9	33,2
правое подреберье	5	52	18,5	72,2
левое подреберье	3	31	11,1	83,4
околопупочная область	6	74	22,2	60,4
Связь с приемом пищи:				
голодные	15	48	55,6	74,3
ночные	4	5	14,8	97,3
поздние	4	23	14,8	87,7
Диспепсические симптомы:				
Отрыжка кислым	3	13	11,1	93,0
Рвота	4	60	14,8	67,9
Изжога	16	70	59,3	62,6
Вздутие и переполнение после еды в эпигастрии	7	26	25,9	86,1

ФД — функциональная диспепсия.

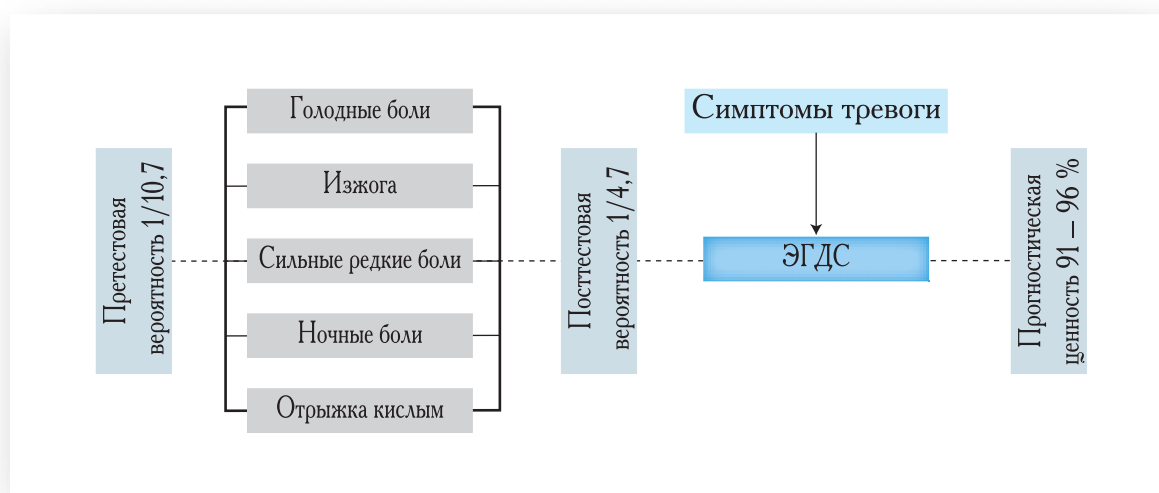


Рис. 2. Рекомендуемые тесты для диагностики ЯБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арифиллина К.В., Гурко Н.А., Лаврова М.Г. // Дет. гастроэнтер. Сибири. — 2001. — С. 4—7.
2. Болезни органов пищеварения у детей (Руководство для врачей). / Под ред. А.В. Мазурина. — М., 1984.
3. Виноградов Б.Я., Каменева О.П., Воеводина Н.И. // Росс. журн. гастроэнтер., гепат., колопрокт. — 1998. — Т. 8, № 5. — С. 235.
4. Власов В.В. // Междунар. журн. мед. практики. — 1997. — № 1. — С. 11—6.
5. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра. — 2-е изд. — М., 1999.
6. Дружинина Э.И., Кукушкин В.К. // Вопр. охр. матер. и детства. — 1981. — № 7. — С. 48—51.
7. Зарочинцев А.В., Соболева Е.А., Капустин А.В. и др. // Педиатрия. — 1990. — № 7. — С. 106—107.
8. Зернов Н.Г., Сашенкова Т.П., Бокштейн М.Е. // Педиатрия. — 1983. — № 10. — С. 45—47.
9. Корниенко Е.А., Антонов П.В. // 7-й Конгресс педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». — М., 2002. — С. 140.
10. Курилович С.А., Решетников О.В., Денисова Д.В., Завьялова Л.Г. // Рос. журн. гастроэнтер., гепат., колопрокт. — 2000. — Т. 10, № 5. — С. 103.
11. Мазурин А.В., Галушкина Л.Н. // Педиатрия. — 1998. — № 11. — С. 11—15.
12. Рекомендации по обследованию и лечению детей с синдромом диспепсии/ Хавкин А.И., Бельмер С.В., Филин В.А. и др. — М., 2003. — 12 с.
13. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения. — Приказ МЗ РФ № 125 от 17.04.1998. — 40 с.
14. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины: Пер. с англ. — М., 1998.