Рецензия на представленные клинические рекомендации

**«Посмертная и прижизненная патологоанатомическая диагностика ВИЧ-инфекции»**

Авторы: д.м.н., профессор Цинзерлинг Всеволод Александрович; д.м.н. Карев Вадим Евгеньевич, к.м.н. Зюзя Юлия Рашидовна,

Тематика представленных клинических рекомендаций является весьма актуальной, так как, несмотря на огромные финансовые средства, потраченные в последние годы на борьбу со СПИД, Организация Объединенных Наций была вынуждена признать, что проводимые мероприятия пока не принесли ожидаемых результатов (The Global State of Harm Reduction, 2013). Согласно оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЕЙДС), в 2014 году в мире более 40 миллионов человек умерли от болезней, связанных со СПИДом.

Целью всех клинических рекомендаций утвержденных на пленумах и съездах Российского общества патологоанатомов является: внедрение в практику унифицированных правил формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинских свидетельств о смерти при различных заболеваниях в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Правила должны распространяться на заключительные клинические и судебно-медицинские диагнозы в связи с лежащими в их основе общими требованиями к формулировке и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы.

По определению: рекомендации - это разновидность методического издания, в котором отсутствует описательный материал, даются конкретные советы по решению той или иной проблемы. Это издание, содержащее комплекс кратких и четко сформулированных предложений и указаний, способствующих внедрению в практику наиболее эффективных методов и форм решения какой либо проблемы, в данном случае - диагностики и формулировки диагноза при ВИЧ-инфекции.

К, сожалению, представленные рекомендации в основной своей части имеют сугубо описательный характер. Нет сомнения, что представлен большой материал, обобщающий литературные данные и собственные данные авторов, однако само изложение материала более всего походит для монографического издания, так как в материале дается углубленное исследование проблемы по диагностике ВИЧ-инфекции с высказыванием гипотез, предположений, рассуждений.

Цитирую: «Несмотря на то, что различными приказами и методическими рекомендациями прежних лет, тела умерших от инфекционных заболеваний или при подозрении на них, подлежат обязательному вскрытию, в настоящее время это требование противоречит ряду положений действующих федеральных законов, предусматривающих право родственников отказаться от вскрытия. В связи с этим на руководство лечебных учреждений лежит не всегда простая обязанность решить вопрос о проведении или отмене патологоанатомического вскрытия. Следует отметить, что нередко используемая формулировка при разрешении выдать труп без вскрытия « в связи с ясностью клинического диагноза» как правило, истине не соответствует».

Не сомневаюсь, что все это соответствует истинному положению дел, однако есть приказ № 354 от 16 декабря 1013г «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий», который четко регламентирует, что если больной умер от инфекционного заболевания или подозрения от него, то вскрытия должно быть проведено. Методические рекомендации должны излагать правильную и конкретную тактику в соответствие с действующими нормативными актами, а не излагать возможные поведенческие реакции руководства организаций.

Цитирую: «Крайне затруднена и правильная оценка летальных исходов, в которых лабораторное подтверждение ВИЧ-инфекции получено только посмертно, а анамнестические сведения крайне неполные. К сожалению, в отсутствие чётких критериев по формулировке клинического и патологоанатомического диагноза детально анализировать материалы различных лечебных учреждений и прозектур невозможно».

Замечательное высказывание, которое еще более подчеркивает значимость данного пособия. В этом и цель данных клинических рекомендаций: дать унифицированный подход к формулировке патологоанатомического диагноза. К сожалению, такой подход в пособии не дается.

В представленных рекомендациях отсутствует методология их составления, которая должна включать:

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств;

Описание методов, использованных для сбора/ селекции доказательств;

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств;

 Методы, использованные для формулировки рекомендаций;

Формула метода;

Показания к применению;

Материально-техническое обеспечение.

Что качается примеров формулировки диагноза. Очень смущает в структуре диагноза рубрики: Вторичное заболевание. Такой рубрики в структуре диагноза нет. Может быть, есть смысл все вторичные заболевания, обусловленные иммунодефицитом писать после формулировки: «Стадия вторичных заболеваний». Это соответствует классификации ВИЧ инфекции и не противоречит структуре диагноза.

Очень, полезно, с моей точки зрения, привести списки СПИД-индикаторных заболеваний 1-й и 2-й категории, предложенных экспертами ВОЗ. Индикаторные болезни первой категории позволяют диагностировать СПИД без лабораторного подтверждения, то при выявлении заболеваний второй категории СПИД можно лишь предполагать, но окончательно диагноз может быть подтвержден лабораторными тестами. Это было бы полезно для врачей патологоанатомов для определения места ВИЧ инфекции в структуре диагноза, так как они действительно часто не имеют никаких лабораторных показателей.

Таблица с рекомендациями по объему исследований имеет очень громоздкий вид и многочисленные повторения. Может быть, имеет смысл всю информацию по ВИЧ инфекции привязать к кодам МКБ.

Как например…

В20.0. Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции. Аутопсийный материал. Категория сложности - 5.

Объекты исследования: Легкие (не менее 1 фрагмента из каждой доли, фрагмент из полости распада), несколько лимфатических узлов различных групп (внутригрудных, периферических,, брыжеечных), надпочечник, почка, миокард, печень, селезенка, поджелудочная железа, подвздошная кишка, толстая кишка, пищевод, щитовидная железа, головной мозг, мягкая мозговая оболочка базальных отделов и конвекситальных поверхностей головного мозга, предстательная железа, матка, яичники. При поражении позвоночника – фрагмент позвонка, прилежащие мягкие ткани; при поражении предстательной железы, почек – мочевой пузырь, яички, придатки яичек). Прочие органы – при необходимости.

Органопатология: милиарный или крупноочаговый туберкулез легких, казеоз лимфатических узлов, очаги казеозного некроза во внутренних органах, язвенный илеоколит, менингоэнцефалит. Особенности: Высокая частота внелегочных и диссеминированных форм (преобладает генерализованный гематогенный туберкулез с обязательным вовлечением легких, печени, селезенки, внутригрудных и медиастинальных лимфатических узлов, головного мозга)

Особенности микроскопической картины: резкое преобладание альтеративного компонента воспаления над продуктивным, выраженная экссудативная тканевая реакция. Стертость гранулематозной реакции, слабая выраженность гигантоклеточной трансформации в эпителиоидно-клеточных гранулемах вплоть до полного её отсутствия. Выраженная лейкоцитарная реакция в очагах казеозного некроза, придающая сходство с пиемическими очагами при сепсисе или с участками абсцедирования при бактериальной инфекции.

Гистологические методики: Окраска срезов по Циль-Нильсону. При необходимости этиологической верификации – ИГХ с туберкулезными антителами.

Предложенное описание является одним из возможных вариантов, хотя может быть и не самых лучших. Мне кажется, что если все рекомендации выходят под патронажем Российского общества патологоанатомов, то они должны быть сделаны по одной принципиальной схеме. Можно посмотреть и найти наиболее подходящий вариант из тех, которые уже утверждены.

Таким образом, представленный в таком виде материал не может быть опубликован в качестве клинических рекомендаций. Его необходимо переработать с учетом основной задачи выпускаемых клинических рекомендаций: разработать и внедрить в практику унифицированные правила формулировки патологоанатомического диагноза при ВИЧ –инфекции. Изложить материал в соответствие с требованиями, предъявляемыми к клиническим рекомендациям: краткое и конкретное изложение материала в соответствие с рубриками МКБ-10, позволяющее диагностировать патологический процесс, выполнить полный объем необходимых исследований и грамотно сформулировать диагноз.

Зав кафедрой патологической анатомии

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Минздрава России

Д.м.н., профессор Г.Н. Маслякова