Разработки отечественных стандартов по патологоанатомическому исследованию новообразований различных локализаций и других патологических процессов анонсировались уже давно, авторам первых из них и всем специалистам, работающим в этом направлении, желаю успешного завершения проделанной работы. Предлагаю учесть несколько замечаний:

 1. В отечественных стандартах хотелось бы видеть не английские термины, а адекватный перевод, «core-биопсий, стр.5; «tall cell» стр.11; «calcitonin, chromogranin A, synaptophysin» и «calcitonin-negativ», «Germ-line» – стр.17, «WHO»- стр.13, «Warthin-like вариант» и «Hobnail-вариант» -стр.12 (варианты перевода последних терминов можно посмотреть в статье рецензента к настоящим рекомендациям в Архиве патологии №1 за 2018 год. Замена ICD-0 на МКБ-О, не станет лишней. Использование многих англицизмов, которые еще не ассимилированы в русском языке, также следует ограничить, таких, например, как «паттерны» (стр.11 и 13). Есть риск что многим патологоанатомам будет трудно понять английские слова и термины, не говоря уже о клиницистах и пациентах, когда они будут видеть их в диагнозах или в текстах описаний. Например, изложение в таком виде, как «интратиреоидная тимическая карцинома (CASTLE)» воспринимается намного лучше. Более точным будет такой перевод - интратиреоидная тимическая карцинома, синоним-карцинома с тимикоподобными элементами (CASTLE). Эти замечания, конечно, не относятся к таким общеизвестным терминам как TNM, к собственным именам в ссылках, к аббревиатурам в названиях антител.

Использование знака копирайта со своей фамилией и сообщества специалистов, накладывает определенные юридические и морально-этические требования к использованию рисунков из других источников, упоминания фамилии автора при этом недостаточно, целесообразно получение письменного согласия и указание на это в подписи к рисунку. Вопрос не только юридический, но и репутационный. К этим моментам в странах, где рисунки создаются очень щепетильное отношение.

К сожалению, увлечение англицизмами и использованием заимствованных рисунков без разрешения присутствует и в других размещенных для обсуждения проектах. В определенных русскоязычных группах и сообществах в интернете, в основном молодежных, сплошь используются английские неологизмы, порой настолько сочно и густо, что когда их видишь, то не понимаешь нередко о чем идет речь. Успокаивает только то, что это происходит где-то в параллельном мире. Но когда у уважаемых коллег в официальных документах, встречаешь в текстах слова «компартменты», «грейды», «паттерны» и т.п., то беспокоит чувство, что упустил момент, когда английский язык приобрел статус второго государственного.

2. Стр. 10: «Биоптаты (аспираты) доставляются в патологоанатомическое учреждение, фиксируются не менее 2 часов в 10% нейтральном забуференном формалине.» Аспираты не фиксируются формалином, а материал, содержащий столбчатый фрагмент ткани (биоптат), взятый толстой иглой да. Не очень понятно, как можно описывать объем биоптата, если это «столбик» ткани в кубических сантиметрах. Нужно четко разделить терминологически тонкоигольный аспират и биоптат.

3. Примечания в рекомендациях на стр.14, которые комментируют группу неоплазий с неопределенным потенциалом злокачественности, введенные в в последней классификации ВОЗ, также весьма спорные. Россия входит в ВОЗ, соответственно ее классификации, а не американо-канадских сообществ патологов, являются для нас руководящими, следовательно, должны быть приняты к исполнению. Считаю, что эта группа неоплазий недостаточно известна в нашей стране и не полно отражена в отечественной печати, скептический подход к ней в примечаниях выглядит достаточно фрондерски. Нельзя исключить, что в дальнейших классификациях ВОЗ при разработке нозологических единиц из этой группы неоплазий будут выделены критерии для понятий дисплазии и карциномы in situ, применимые к щитовидной железе.

4. рТ3 стадия (стр.26) не **соответствует** изменениям, которые содержатся в 8-й редакции системы TNM, указана по предыдущему 7-му изданию.

5. Стр.11: «Иногда прогностически неблагоприятный очаг опухоли (например, с более «агрессивным» гистотипом или с капсулярной и/или сосудистой инвазией) определяется не в наибольшем из узлов и это должно быть отражено в протоколе исследования (гистологическом заключении)». Хотелось бы понимать какое практическое значение может иметь требование указать в каком именно узле удаленной щитовидной железы выявлен более неблагоприятный очаг опухоли?

6. С принятием подобных стандартов исследований нам следует не забывать и то, что помимо положительных аспектов внедрения унифицированных патологоанатомических исследований, мы получаем обоюдно и оружие против самих себя. Они могут быть использованы для претензий к патологоанатому со стороны клиницистов, пациентов, а также в юридических исках и привести к материальным потерям (например отказ в оплате исследования страховыми компаниями). Поэтому ряд пунктов предлагаю изложить более аккуратно и компромиссно, чтобы можно было себя защитить в будущем.

Например, если для исследования будет прислан неинформативный материал, скажем тонкоигольный аспират, то согласно настоящим рекомендациям, стр.9 «…заключения, содержащие только описательную часть, а также заключения без указания конкретной диагностической категории, согласно классификации Bethesda system II (2017), признаются неинформативными. **В таких ситуациях необходима консультация готовых цитологических препаратов у опытного морфолога**» Такая не очень корректная редакция может сподвигнуть некоторых руководителей медицинских учреждений к особой трактовке, например потребовать от своих патологоанатомов, чтобы они брали материал и сами организовывали такие консультации. Такие реалии, к сожалению, присутствуют в нашей действительности. Целесообразно оставить принятие таких решений клиницистам и пациентам, избегая прописывания «необходимости» в руководящих документах. Выделенный текст предлагаю убрать.

В этой же связи предлагаю изменить на стр. 18. текст «Объем материала для гистологического исследования операционного материала ЩЖ определяется индивидуально с учетом клинических данных, макроскопической оценки органа и заключения, установленного по материалам ТАБ, в частности …» в следующей редакции: Объем материала для гистологического исследования операционного материала ЩЖ определяется индивидуально врачом-патологоанатомом, осуществляющим вырезку операционного материала, исходя из того, чтобы получить полный результат, который должен быть отражен в заключении в соответствии с настоящими стандартами. Он должен учитывать клинические данные, макроскопической оценки органа и заключения, установленного по материалам ТАБ…».

 Далее в тексте, где перечисляется количество кусочков и кассет целесообразно заменить «необходимо» на «рекомендуется» по вышеперечисленным соображениям.

7. Рекомендации без списка литературы, выглядят неполно. В протоколах по исследованию злокачественных опухолей канадско-американского общества патологов, которые постоянно обновляются, источники использованной информации также постоянно дополняются.

С пожеланиями успехов в труднейшем и бесконечном процессе совершенствования содержательной части стандартов исследований.

А.В. Филатов, врач-патологоанатом, к.м.н.