Ответ на рецензию Г.Н. МАСЛЯКОВОЙ

Мы рады, что представленные нами на обсуждение клинические рекомендации по морфологической диагностике ВИЧ инфекции вызвали интерес у многих коллег.

Глубокоуважаемая Галина Никифоровна правильно подчеркивает актуальность темы, базируясь на статистических мировых данных 2014 года. К сожалению, за последние годы в России ситуация продолжает ухудшаться.

Представленные нами клинические рекомендации направлены именно на улучшение прижизненной патологоанатомической диагностики ВИЧ-инфекции и её осложнений, а не только на формулировку патологоанатомического диагноза в соответствии с МКБ. К сожалению, избежать приведения хотя бы краткого описательного материала представляется невозможным, поскольку полных морфологических описаний ВИЧ-инфекции и её осложнений на современном материале в литературе просто нет. Кроме того, подготовка по этим вопросам не проводится ни в ординатуре, ни на одном из циклов дополнительного профессионального образования страны. Наш опыт общения с коллегами из разных регионов подтверждает, что приводимые нами сведения очень востребованы в практической работе. Мы считаем правильным при издании документа дополнить его информативными цветными иллюстрациями.

Нам не вполне понятно почему в рекомендациях, по мнению Г.Н. Масляковой, не может присутствовать описательный материал. Мы составляли его именно как конкретную методическую помощь при решении сложных диагностических задач. К великому сожалению в проблеме ВИЧ-инфекции так много сложных и нерешенных вопросов, даже отсутствует единая общепринятая классификация, что обойтись без гипотез, рассуждений и предположений невозможно.

В наших клинических рекомендациях значительное внимание уделено кодированию диагнозов в соответствии с МКБ. Вместе с тем нельзя не отметить, что существующая в настоящее время система кодов далека от идеальной, поэтому привязывать весь текст исключительно к ним принципиально неверно.

Несколько странно звучит рекомендация привести уже не используемые в настоящее время безнадежно устаревшие списки СПИД-индикаторных заболеваний 1 и 2 категории, которые были предложены экспертами ВОЗ для регионов, в которых тогда было невозможно проводить лабораторную диагностику ВИЧ и к которым уже давно не относится наша страна. В настоящее время такая возможность есть во всех регионарных СПИД-центрах России и данный тезис вызвал бы резко отрицательную реакцию со стороны специалистов по ВИЧ-инфекции.

Возможно, что легко устранимым недостатком представленного текста действительно является отсутствие в нем формальной методологии их составления, которая дословно повторяется во всех других рекомендациях вне зависимости от их тематики. Представляется всё же, что более правильна ссылка на то что рекомендации родились в качестве консенсуса между коллективами, имеющими максимальный опыт практической и научной работы по морфологической диагностике ВИЧ-инфекции и её осложнений с учетом хорошо известного нам мирового опыта.

Определенные трудности представляет собой и рекомендации по построению патологоанатомического диагноза. Первоначально мы склонялись к рассмотрению всех инфекций как осложнений основного заболевания в соответствии с ранее существовавшими принципами. В настоящее время очевидно, что это неправильно из-за того, что уже в самих кодах МКБ указывается на необходимость выявления ведущего дополнительного заболевания. Кроме того, при таком подходе практически исчезают расхождения клинического и патологоанатомического диагноза по основному заболеванию. Рассматривать туберкулёз и другие заболевания с определенной этиологии как проявления ВИЧ-инфекции тоже неверно. Все другие известные варианты «сложносочиненного» основного заболевания также не могут быть применены. Путем консенсуса специалистов уже давно используется термин «вторичные заболевания». Тот факт, что он отсутствует в рекомендациях «довичевской эпохи» свидетельствует только о том, что их надо пересматривать.

Г.Н. Маслякова предложила свой вариант характеристики кода В20.0 «Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями микобактериальной инфекции». При этом она не смогла обойтись без описания особенностей микроскопической картины, которых, по её мнению, в клинических рекомендациях быть не должно. Следует заметить, что эти особенности изложены ею слишком кратко и поверхностно. Кроме того, нельзя игнорировать возрастающую роль нетуберкулёзных микобактериозов, которые приходится шифровать также, как и туберкулез.

Если к коду В20.0 подход, предложенный Г.Н. Масляковой, еще можно обсуждать, то в отношении многих других кодов, например, В20.7 «Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением множественных инфекций» он совершенно невозможен.

С замечанием проф. Г.Н. Масляковой о нежелательности в клинических рекомендациях приведения сведений, что администрация некоторых лечебных учреждений иногда нарушает 323 федеральный закон можно согласиться.

В заключении Г.Н. Маслякова предлагает взять в качестве образца один из уже утвержденных вариантов клинических рекомендаций, признавая тем самым, что они друг от друга существенно отличаются. Полагаем, что с учетом того что ВИЧ-инфекция по очень многим параметрам принципиально отличается от нозологий, в отношении которых уже имеются утвержденные клинические рекомендации, то мы вправе предлагать свой вариант их структуры. Основное требование – конкретное перечисление необходимых объектов и методов исследования, мы выполнили.

К сожалению, наши представления о краткости и конкретности изложения материала не совпадают со взглядами глубокоуважаемого рецензента. Мы максимально упростили существующие проблемы клинической, лабораторной и морфологической диагностики, приводя лишь самый необходимый объем выверенной информации. Вероятно, рецензенту с этими проблемами просто еще не приходилось сталкиваться на практике. Дальнейшая «конкретизация» и сокращение описательной части может привести только к в поддержке позиций тех патологоанатомов, которые считают, что от них требуется только оптимально закодировать наблюдение по МКБ. С точки зрения клиницистов, с которыми мы давно и плодотворно работаем, такие вскрытия большой ценности не представляют, а прижизненные патологоанатомические исследования у данной категории пациентов и вовсе будут бессмысленными.

Практические патологоанатомы из регионов просят, чтобы наши соображения по оптимальной диагностике были бы опубликованы именно в виде клинических рекомендаций, а не монографии, с тем, чтобы мотивированно и документально отстаивать необходимость внедрения и использования дополнительных методов перед администрацией своих учреждений.

Будем признательны за конструктивные критические замечания, особенно от специалистов, имеющих личный практический опыт в обсуждаемом вопросе. Мы с благодарностью рассмотрели положительные отзывы, ранее поступившие от проф. А.П. Надеева, проф. А.В. Смирнова и доц. В.В. Свистунова и уже внесли ряд уточнений и дополнений.