Рецензия на 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

Проблема ВИЧ-инфекции остается в современных условиях чрезвычайно актуальной как в мировом сообществе, так и в России (еще в большей степени!). Проблема эта мультидисциплинарная, однако, учитывая высокие (и растущие!) показатели смертности, безусловно, касается повседневной патологоанатомической практики. Между тем, регламентирующие документы по этой проблеме практически отсутствуют, за исключением небольшого фрагмента текста в рамках «Клинических рекомендаций по составлению ПАД при инфекционных заболеваниях», при этом некоторые Рекомендации и Указания противоречат друг другу. Таким образом, тематика представленных Рекомендаций актуальна, и можно смело утверждать, что такой документ нужен отечественным патологоанатомам. При этом следует подчеркнуть, что сложность и многогранность проблемы, а также отсутствие прямых аналогов, определяют необходимость создания апробированного документа высокого качества. Учитывая вышеизложенное и немалый собственный опыт в этой области ( более 1000 аутопсий при ВИЧ-инфекции на базе специализированного фтизио-пульмонологического ЦПАО Свердловского областного ПТД и Легочного центра г. Екатеринбурга), считаю целесообразным изложить свои замечания, предложения и пожелания.

1. В название работы авторы вводят термины «Посмертная и прижизненная» (а есть еще варианты?), подчеркивая новый для отечественной патологии и действительно актуальный аспект прижизненной диагностики ВИЧ. Однако, в тексте прижизненная диагностика освещена недостаточно, о чем будет сказано ниже. Предлагаю другое название: «Патологоанатомическая диагностика ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных заболеваний».

2. В разделе «Клинические классификации ВИЧ-инфекции» чересчур подробно приводятся различные классификации с детализацией клинических признаков, при этом в тексте имеются повторы. Предлагаю сократить этот раздел и сделать акцент на действующих в РФ классификациях В.И. Покровского и МКБ-10.

3. В разделе «Особенности патологоанатомического вскрытия умерших от ВИЧ-инфекции» необходимо писать «при ВИЧ-инфекции». Это важно, т.к. проблема защиты медперсонала стоит гораздо шире. В современных условиях, учитывая эпидемическую распространенность ВИЧ-инфекции и туберкулеза в РФ, ко всем случаям аутопсий необходимо относиться как к возможному источнику указанных инфекций. При этом предлагаемые авторами меры защиты в виде 3 пар перчаток, включая «кольчужные», респиратора и пр. можно, как минимум, оценить, как спорные.

Мы полагаем, что важными в этом аспекте являются несколько проблем: наличие материально-технического обеспечения секционной; технические особенности проведения аутопсии – минимальное использование воды (лучше вообще не использовать!); ограничение числа вскрытий черепной коробки и извлечения спинного мозга (только по показаниям, т.к. большая опасность травмирования!, ну а после - «терзание» нефиксированного мозга и поливание его водой из шланга); наконец, вечная проблема «смелых санитаров» (а иногда и молодых врачей!), которым ничего не страшно.

4. В разделе «Морфологическая диагностика поражений, вызванных HIV” речь идет только о поражении ЦНС, между тем, изменения головного мозга являются далеко не самыми показательными в диагностике ВИЧ-инфекции, а нейропатология во всем мире относится специальному разделу патологии и требует особой подготовки патологоанатома, что сложно (да и надо ли?) осуществить в современных условиях в России.

5. В разделе «Особенности течения и морфологической диагностики туберкулёза при ВИЧ инфекции» (лучше употреблять термин «микобактериальные инфекции», учитывая распространенность микобактериозов при ВИЧ-инфекции) ошибочно утверждается, что «Туберкулёз в настоящее время следует считать ведущим оппортунистическим заболеванием при ВИЧ-инфекции». Между тем, туберкулез вообще нельзя относить к оппортунистическим инфекциям, так как он развивается у вполне иммунокомпетентных организмов.

Авторы дают описание прогрессирующих форм туберкулеза при ВИЧ-инфекции и справедливо утверждают, что его трудно определить в существующих классификациях форм туберкулеза (диссеминированный, милиарный, казеозный туберкулез лимфоузлов и пр.). Следует подчеркнуть, что на это положение неоднократно указывали и мы в публикациях и докладах. При этом был найден оптимальный выход – предложен термин «генерализованный туберкулез» (с лимфогенной и гематогенной генерализацией процесса), который был принят отечественными фтизиатрами и в настоящее время широко используется. Любопытно, что авторы в разделе примеров используют это понятие, но в данном разделе не упоминают.

Спорным представляется также утверждение о неоднозначности оценки результатов гистобактериоскопии при окраске по методу Ц-Нильсена. Этот вопрос был специально нами исследован и представлен в диссертационной работе Е.Ю. Барановой. Типирование КУМ конечно проблема более сложная и должна решаться с использованием современных высокотехнологичных методов (ИГХ, ПЦР и пр.).

6. Авторы в тексте не приводят раздел по кандидозным поражениям при ВИЧ инфекции, что, учитывая распространенность этих поражений, включая осложненный кандидоз пищевода и кандидозный сепсис, представляется неправильным. Вообще, учитывая важность проблемы грибковых инфекций при ВИЧ-инфекции, было бы правильно включить особый раздел по этому вопросу и вспомнить классические работы Питерской школы и проф. О.К. Хмельницкого.

7. Очень важный раздел«Особенности диагностики ВИЧ в перинатальном периоде» вообще не имеет аналогов. Проблема сложная во многих отношениях, включая развитие ВИЧ-инфекции у детей, патоморфологическое исследование плаценты, особенности проведения аутопсии плодов и детей различного возраста. Хорошо, что этот раздел есть тексте Рекомендаций, но хотелось бы более четкого изложения основных его положений.

8. Одним из наиболее важных, сложных и востребованных разделов следует считать раздел о формулировке ПАД, заполнении и выдаче свидетельства о смерти и принципах кодирования при ВИЧ-инфекции. Следует подчеркнуть, что именно по этой проблеме имеются противоречивые инструктивные документы. С одной стороны – традиционные нозологические и патогенетические принципы построения ПАД, свойственные отечественной патологоанатомической школе, с другой – Методические рекомендации и Указания, изданные в 2016 году под эгидой МЗ РФ (были размещены на сайте РОП, основаны на предложениях Д.А. Вайсмана). Согласно этим Указаниям, если говорить упрощенно, больной, имеющий ВИЧ-инфекцию, независимо от стадии (!) в случае смерти от любого инфекционного заболевания (включая туберкулез) тоже независимо от стадии и формы (!) или опухоли всегда умирает от ВИЧ-инфекции. Следует подчеркнуть, что указанное положение не нашло отражения в тексте Рекомендаций, и это во многих отношениях понятно, но не делает ситуацию яснее для патологоанатомов в их практической работе. Таким образом, вопрос остается открытым, а смертность от ВИЧ-инфекции растет и по объективным эпидемиологическим, и, к сожалению, по субъективным причинам.

В указанном разделе было бы правильно остановиться на структуре диагноза при ВИЧ-инфекции. При этом следует доказательно объяснить необходимость введения понятия «вторичные заболевания» в структуру «основного заболевания». В этом случае указанное принципиальное положение не вызывало бы вопросов, в том числе со стороны уважаемого рецензента проф. Г.Н. Масляковой.

В тексте также не приведены рекомендации по сличению клинического и патологоанатомического диагнозов, не раскрыто понятие «ведущее вторичное заболевание», как это было сделано в наших предыдущих работах.

Нет пояснений к приведенным примерам и их группировки. Не приведены образцы заполненных медицинских свидетельств о смерти в примерах, как это было сделано уже в Клинических рекомендациях по составлению ПАД при инфекционных заболеваниях. Между тем, возникает много вопросов, в том числе правового характера (!), при заполнении свидетельства о смерти и в процессе контакта с представителями умершего при его выдаче.

Наконец, приведены только примеры, не противоречащие Указаниям МЗ. Так, случаи ВИЧ-инфекции взяты только в 4В и 5 стадии (собственно СПИД) или «ВИЧ-инфекция в стадии инкубации». Понятно, что в патологоанатомической практике на аутопсийном материале встречаются случаи ВИЧ-инфекции во всех стадиях процесса. Однако, в тексте нет ответа на эти вопросы.

9. Таблица «Рекомендации по объему исследований» интересна прежде всего тем, что в ней впервые представлены некоторые стандарты по проведению прижизненных исследований при ВИЧ-инфекции, что уже весьма важно и ценно. Однако, следует отметить определенную громоздкость данной таблицы, наличие повторов, так, в столбце – категории сложности приведена 5 категория во всех случаях. Имеется и ряд других моментов. Но, самый главный недостаток данного раздела, на наш взгляд, это то, что отсутствует группировка и примеры типичных клинических ситуаций, в которых проводится прижизненная диагностика ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоцированных заболеваний. В нашей практике это биопсии лимфатических узлов, бронхов и легкого, биопсии ЖКТ, операции по поводу туберкулемы, туберкулеза позвоночника и другие варианты. Конечно, проблема прижизненной морфологической диагностики при ВИЧ-инфекции относительно новая и малоизученная. При этом, можно полагать, что количество таких случаев будет неуклонно возрастать, что и определяет необходимость более подробного и четкого освещения данного вопроса в тексте Рекомендаций.

За рамками Рекомендаций остались некоторые сложные и малоизученные проблемы, к которым следует отнести проблему ВИЧ-ассоциированной интравенозной наркомании и сепсиса, в том числе инъекционного, проблему осложнений ВАРТ и противотуберкулезной терапии и их диагностики, проблему СВИС (синдром восстановления иммунной системы) и ряд других.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные для обсуждения Клинические рекомендации «Посмертная и прижизненная патологоанатомическая диагностика ВИЧ-инфекции» безусловно актуальны и не имеют аналогов в отечественной литературе. Такой документ будет востребован широким кругом практикующих патологоанатомов, что определяет высокие требования к качеству обсуждаемого текста. Полагаю, что представленный текст Рекомендаций можно считать базовым, но его необходимо существенно переработать с учетом сделанных замечаний и предложений. Было бы правильно получить в итоге и принять выверенный и четкий документ, который станет руководством и методологическим стандартом в работе по патологоанатомической диагностике ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных заболеваний на ближне- и среднесрочный период.

Гринберг Лев Моисеевич, д.м.н., профессор

Заведующий кафедрой патологической анатомии

и судебной медицины ФГБОУ ВО УГМУ,

Ведущий научный сотрудник ЦНИЛ УГМУ,

Главный научный сотрудник Уральского НИИ фтизиопульмонологии – филиал Московского НМИЦ «ФПиИЗ»

18.03.2019