

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание Атласа представляет собой существенно переработанный его первый вариант, изданный в 2000 году на CD диске. Сам по себе фотографический подход оказался возможным в результате появления новой цифровой фототехники, позволяющей путем обработки снимка получать изображение, вполне соответствующее картине под микроскопом. До появления этой новой техники наиболее правдивыми были не фотографические, а рисованные атласы. Авторы сознают, что вся представленная информация является не более чем продолжением работ предшественников, начиная от «Атласа клеток крови» 1946 г. – основоположника советской гематологии – Александра Николаевича Крюкова. Надо с глубокой благодарностью вспомнить имена наших замечательных морфологов недалекого прошлого, учителей: Михаила Гукасовича Абрамова, Дору Самойловну Коган-Альтгаузен, Дебору Абрамовну Левину, Симу Леонтьевну Лузкову, нашу рано ушедшую выдающуюся современницу – Марину Давыдовну Бриллиант.

Советская гематологическая школа неразрывно связана с именем ученика А.Н. Крюкова – Иосифа Абрамовича Кассирского, который незримо для окружающих присутствует разве что не на каждой странице нашего текста. Очень много взято при создании Атласа из общения с ярким Юрием Ивановичем Лорие, хотя прямых ссылок можно и не найти, так как совместная работа только в очень малой степени оказалась на страницах каких-то публикаций.

Мысль создать атлас лимфатических опухолей была стимулирована, с одной стороны, большим разнообразием нозологических форм и редкостью каждой из них, наличием форм, имеющих признаки нескольких нозологий, быстрой дифференциацией программ лечения, специфически ориентированных на нозологическую форму, с другой – отсутствием среди этих опухолей таких, которые бы характеризовались одним-двумя признаками. При этом стоит отметить, что сами по себе лимфоидные клетки морфологически сходны, особенно, если их сравнить с клетками других ростков кроветворения. Для дифференциации лимфатических опухолей нет единых принципов. При диагностике используется целый набор показателей, но отправным пунктом, определяющим дальнейшие диагностические шаги, является морфология.

Атлас родился из фотозаписей ежедневных морфологических разборов больных в Гематологическом научном центре РАМН. Самыми диагностически трудными были опухоли лимфатической системы. Некое преобладание традиционной у гематологов цитологии постепенно, под давлением обстоятельств, стало сочетаться с гистологией, потом – с анализом иммунофенотипа, результатов проточной флюориметрии, гистохимии. Поскольку на этих разборах одни и те же глаза смотрели большого и микроскопические препараты в цитологическом и гистологическом варианте, стало ясно, что разъединение методов исследования стенами разных лабораторий, зачастую не представляющих ситуации с больным, является сплошь и рядом источником серьезных диагностических ошибок. И тут вспомнили, что нечто похожее в нашем общем лабораторном деле уже было раньше. В 20-е годы в Харькове существовала мощная лабораторная школа Семена Лазаревича Эрлиха, где одни и те же исследователи смотрели и цитологические препараты, включая нативные (моча, мокрота и т.п.), и гистологию. Среди авторов настоящего издания имеются «внучатые племянники» этой школы. Не собираемся никого агитировать в лагерь аналитиков-универсалов, но разница в цене информации, полученной из чужих рук и увиденной своими глазами, невольно напоминает поговорку: «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать». Для «трусливого десятка» напомним, что «Не боги горшки обжигают». При желании (или – необходимости) цитолог без сверхбольшого труда освоит гематологическую патогистологию, и – наоборот. А.Н. Крюков свою докторскую диссертацию делал на кафедре патологической анатомии Московского университета у проф. В.Н. Никифорова, И.А. Кассирский диагностически важные гистологические препараты смотрел сам.

С выходом в свет новой международной классификации опухолей системы крови (ВОЗ, 2001) отпали расхождения в нозологической оценке гемобластозов, принятые в нашей гематологии и на Западе. Эти расхождения носили принципиальный характер, так как в прежних международных классификациях не учитывались присущие и гемобластозам особенности опухолевого роста в зависимости от первоначальной локализации, не учитывалась изменчивость, в том числе и морфоло-

гическая, в связи с опухолевой прогрессией. Строго говоря, и то, и другое в самих текстах этих классификаций отмечалось, частая расплывчатость нозологических границ даже подчеркивалась, но некая сомнительной нужды «дисциплинированность» побуждала многих требовать от морфолога ответов по принципу «или – или» даже там, где дискретность болезней стиралась самими основами роста опухоли.

Настоящий Атлас ориентирован в описании нозологических форм на классификацию ВОЗ (2001). По возможности оговорены отклонения и дополнения, связанные с наблюдениями авторов. Не все формы, упомянутые в классификации ВОЗ, представлены в Атласе, так как фотографировали и обсуждали только собственный материал, а он – не всеобъемлющ. Да и нет оснований думать, что мы находимся на завершающем этапе классификации лимфатических опухолей.

При написании этого Атласа мы старались избегать детализирующих текст литературных ссылок, которые обычно приводятся в соответствующих руководствах. Исключение делалось в основном для новых работ и для отечественных источников, когда текст явно отклонялся от принятых за рубежом традиций. Ясно, что Атлас во многом опирается на ставшие классическими работы Карла Ленерта, Аарона Поллака, Даниэля Катовского, Фолькера Диля, Николая Александровича Краевского.

Авторский коллектив велик. Однако только очень небольшое число разделов Атласа написано конкретными людьми, да и то не целиком. Преобладало коллективное творчество: первоначальный текст подвергался корректировке после его обсуждения, делались, обрабатывались и вставлялись фотографии, которые в свою очередь частично влияли и на словесное содержание. Но большинство авторов – сотрудники отделения гематологии и интенсивной терапии Гематологического научного центра, которое было создано по инициативе покойной Марины Давыдовны Бриллиант, пригласившей для этой работы Александру Михайловну Кременецкую. Начиналось все с нуля: 5-6-местные палаты, общий туалет,... деревянные полы – и ни одного сотрудника.

Теперь вместо деревянных – бетонные перекрытия, палаты, в основном одноместные со своим санузлом... Но главное – молодой энергичный коллектив энтузиастов, добившихся выздоровлений, длительных ремиссий (до 90%) при лимфосаркомах Беркитта, желудка, основных формах диффузной В-крупноклеточной лимфосаркомы.

Это и побудило нас поделиться опытом с нашими читателями.

Директор ГНЦ РАМН,  
академик РАН и РАМН  
А.И. Воробьев