

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Читаю страницы Атласа – за ними проходит наша жизнь, дружба, любовь, учеба, размышления, сомнения, жаркие споры, ссоры, проколы, провалы, вечный поиск и редкие находки, неутолимая горечь потерь, ни с чем несравнимое счастье наших побед – отвоеванные жизни...

В октябре 1989 года А.И. Воробьев привел меня в то место, где раньше помещалось хирургическое отделение ЦОЛИПКа: развал, разруха, зияют дверные проемы, поскрипывают сохранившиеся двери, гнилые деревянные перекрытия покрыты обветшалым линолеумом, в палатах – по 6 коек, умывальники – только в коридоре и процедурной, два туалета – женский и мужской, в каждом по три унитаза без перегородок и дверей, одна душевая комната. Отделение рассчитано на 60 коек, сотрудников по штатному расписанию должно быть 70 человек, но пока нет ни одного. Клиника Центра маленькая, всего 100 коек. Койки нужны дозарезу. Нужно быстро сделать косметический ремонт, приобрести необходимый инвентарь, мебель, оборудование, штаты. А.И. я старалась не беспокоить, только в крайнем случае, в основном для решения инженерных вопросов, например, делать стяжку в боксах – не делать! Это задержит открытие отделения. Проблемы решались в частном порядке. Двери в туалетных кабинках сделал мой бывший пациент из простой некрашеной фанеры в знак благодарности медицине. Прослужили 15 лет. Кровати остались прежние, одеяла, подушки, постельное белье приобрел отдел снабжения. Шторы, ах какие замечательные, тюлевые и атласные мы получили бесплатно, т.к. они подлежали списанию в одной шикарной гостинице. Комплект мебели – совершенно новые, пластиковые в клеточку столы, стулья – приобрели в несостоявшемся кафе.

Регулярно езжу в «Союзмедтехнику» и как могу, убедительно рассказываю инспектору, какое это важное для диагностики страны отделение, умоляю дать минимум оборудования. Инспектор поверила: «Беру грех на душу, с ... снимаю и вам отдаю». Фантастика: две тележки с подъемной панелью для люмбальных пункций, столики и шкафчики для процедурной и т.д.

Но где же взять сестер? Ноябрь 1989 года. Беру справочник медучреждений Москвы, от-

крываю страницу медучилищ, обзваниваю все. В училищах экзамены и распределение.

За приобретение одной медсестры в медучилище нужно заплатить 50–100 тыс руб. Денег нет. Объезжаю несколько училищ, где есть слабая надежда получить сестер «со скидкой, в рассрочку или за будущие медицинские услуги нашей клиники». Безрезультатно. И вдруг! Уже почти в отчаянии нахожу единственное в Москве медучилище со свободным распределением, в начале февраля. Это особое училище для сестер, которые раньше окончили лишь школу медсестер, многие из них имели хорошие практические навыки, но, чтобы получить диплом, нужно было проучиться еще два года. Там мне удалось договориться с четырьмя сестрами. Это было ценнейшее приобретение.

Старшая же медсестра, Валентина Александровна Горшкова, пришла, как и я, из ЦКБ №2 МПС, где работала лаборанткой. С ней вдвоем мы создали каркас будущего храма, ей же принадлежит ведущая роль в обучении и воспитании сестринского коллектива.

Можно назвать покупкой века, определившей в значительной мере наше профессиональное лицо – три микроскопа фирмы ЛОМО. Еще не было ничего, а микроскопы уже стояли, по одному в каждом пустом кабинете. Позднее Владимир Иванович Шахматов купил нам один микроскоп фирмы «Leika».

26 февраля 1990 года было открыто наше отделение. Вначале оно задумывалось как диагностическое со всеми разделами внутренней медицины и интенсивной терапией: все неясные лихорадки, желтухи, увеличенные лимфоузлы и селезенки, анемии и эритроцитозы, лейкопении и лейкоцитозы – в общем «все» неясного генеза должно было стать предметом изучения в этом отделении. Однако постепенно многие «неясные» синдромы обрели конкретную нозологическую форму и постепенно разошлись по другим отделениям – острых лейкозов, трансплантации костного мозга, миелопролиферативных заболеваний, патологии эритрона, нефрологии, хирургии.

Бесхозной осталась небольшая группа болезней – опухоли лимфатической системы, перечень которых умещался тогда в десятку: ХЛЛ, лимфоцитомы, лимфосаркомы. О, сколько раз

мы слышали сокрушенный шепот Натальи Евгеньевны Андреевой: «На нашем веку ничего нового с лимфатическими болезнями не будет – болезней много, а лимфоцит один!». Да, все понимали, что болезней много, а лимфоцит – замок, но и ключ к разгадке многих тайн.

Было доподлинно известно, так нас учили, что хроматин ядра лимфоцита состоит из глыбок и дырок между ними, все это образует рисунок, называемый «горы и долины».

Новые микроскопы, новые глаза, они приготовились увидеть то, чему их учили много лет. Но они сами погружаются в новый мир. Дух захватывает от яркости, красочности, разнообразия. Все клетки как будто спокойно лежат на дне водоема. Ошеломляющее впечатление можно сравнить с погружением под воду Красного моря, в коралловые рифы. Что же это? Вот розовые эритроциты, какие красивые! Да, вот лимфоцит с хроматином «горы и долины», а вот – с хроматином ледяной глади, прорезанной белыми трещинами, и сам лимфоцит больше по размерам, с широкой цитоплазмой, обведенной синей каймой, вот лимфоцит с хроматином зернистым, или гранулярным. Его рисунок, злословя, стали шуточно называть «икра и кофе». Вот ядерный хроматин представлен гомогенной темно-фиолетовой массой, по краю ядра узенький обрывок цитоплазмы. Вот огромный лимфоцит, бледная еле различимая цитоплазма – а в ней яркие зерна. А вот – ядро, напоминающее полушария головного мозга, и мы увидели, что лимфоциты при разных болезнях разные.

В.Г. Савченко справедливо говорит, что в гематологии не нужны подвиги, это – дурной стиль, нужна систематическая, планомерная работа. Работа в нашем отделении была безусловно систематической, но жизнь – остро сюжетной. Поток больных захлестывал, кое-где всегда не хватало, коллектив клинических и лабораторных служб только подрастал и с большим скрипом многие методы исследования и протоколы лечения проходили первые пробы, звенья сложнейшей технологической цепочки еще не сложились.

Господи, как мы спорили на обходах из-за каждого больного, за микроскопом из-за каждой клетки, это носило характер сражения, непримиримости, иногда казалось что спорщики искренне ненавидят друг друга. В этих спорах постепенно проклевалась истина, рождались личности и уважение друг к другу, складывался «коллективный разум»: общие подходы, понятия, интересы, приоритеты, диагностические и лечебные протоколы.

Клиническая картина, гистология и цитология, иммунофенотип и этапы онтогенеза лимфоцитов, опухолевая прогрессия, классификации М.Д. Бриллиант и А.И. Воробьева, а затем и ВОЗ, кариология и молекулярные маркеры, эффект от конкретной терапии – вот на этих китах мы пытались анализировать каждый случай, складывая все элементы, как LEGO в «образ болезни». Если все признаки идеально подходили, «образ болезни» соответствовал классическому определению, тогда можно было назвать болезнь этим именем, а главное назначить определенную терапию. Если же было какое-то несоответствие, несовпадение признаков, то, вероятно, речь шла о какой-то другой болезни или другом этапе опухолевой прогрессии. Для наглядности в ординаторской был повешен сделанный на компьютере огромный портрет: орел с зорким глазом, но вместо орлиного клюва почему-то вырос хобот... И теперь уже орлом эту птицу не назовешь...

Так началась работа мозгов по разграничению форм внутри групп, которые считались нозологиями. Количество лимфопрлиферативных болезней казалось бесконечным. Поначалу мы плохо понимали, чем отличается зрелоклеточная лимфатическая опухоль от саркомы. Бывали случаи, когда зрелоклеточный пролиферат в костном мозге трактовался как метастаз лимфосаркомы. Я, да и все остальные, чувствовали себя беспомощными и несчастными. Что же это, да и как можно возражать патанатомам? Но тут на сцену выходил А.И. Воробьев. Он заявлял, что имеет право спорить, во-первых, потому, что в военном билете у него записана специальность – «патанатом», а во вторых, в качестве неопровержимого доказательства представлялось сопоставление гистологического и цитологического препаратов – в последнем зрелые лимфоциты! Вопросительный знак заменялся на точку – перед нами зрелоклеточная опухоль. Так метод сопоставления гистологической и цитологической картины был восстановлен в правах и стал одним из решающих.

А что же такое саркома? Что такое диффузная В-крупноклеточная лимфосаркома и чем она отличается от лимфобластной, является ли она нозологией или это сборная группа болезней? Ведь во всем мире для лечения диффузной В-крупноклеточной лимфосаркомы применялся «золотой стандарт – R-СНОР». Всегда ли бласт является субстратом саркомы? Оказалось, что и «бласт», доселе незыблемая основа и краеугольный камень онкогематологии, не является универсальным понятием для клеток,

являющихся субстратом сарком, и диффузная В-крупноклеточная лимфосаркома не нозология, а сборная группа болезней, и R-СНОР не универсальный «золотой стандарт». Видимо, прав был И.А. Кассирский: «Скептицизму врача не должно быть границ». Врач всегда обязан сомневаться, обязан доверять только фактам, а потому должен сам изучить больного, пересмотреть все препараты, и цитологические, и гистологические, собрать все факты воедино, т.к. он отвечает за диагноз, выбор терапии, ведение больного, за его жизнь. Мы отказались от целого ряда объединяющих диагнозов и универсальных протоколов и выбрали путь доступной нам дифференциации внутри каждой группы болезней по разным признакам – локализация, морфология, стадия, скорость роста, ответ на терапию и т.д. Этот путь потребовал во многих случаях уточнения протоколов исследования, пересмотра критериев диагнозов, но дал возможность выбора наиболее эффективной терапии.

До 2002 г. лечение диффузной В-крупноклеточной лимфосаркомы в соответствии с общепринятой стратегией постепенного наращивания мощности химиотерапии начинали с «золотого стандарта СНОР», при отсутствии эффекта или в случае рецидива применяли терапию 2 линий и т.д. В определенных случаях такой подход оказывался неэффективным. «Анализ и синтез» – И.А. Кассирский. В 2002 г. мы впервые применили у молодого человека с ДБККЛ как терапию первой линии блоковую терапию NHL BFM-90. Это было коллегиальное решение, но риск казался нам оправданным: высокодозная многокомпонентная полихимиотерапия при первом знакомстве с опухолью, дабы не воспитать устойчивые клоны. Этот парень и сегодня здоров, и у более 70% больных с генерализованной ДБККЛ в нашем исследовании получена полная ремиссия. Мы старались четко понимать, где проходит граница знания и незнания, мы стали готовы признавать, что в конкретном случае (почти каждый день) видим какую-то патологию впервые.

Подобное произошло и с лимфогранулематозом. В гематологическую клинику я пришла в 1967 году. Молодые люди с тяжелыми поражениями печени, селезенки, костей, кожи, мышц, изнуряющими проливными потами и ничем неутолимым кожным зудом заполняли клинику. И. А. Кассирский сказал об одной молоденькой пациентке: «Если лимфогранулема залезла в печень, заказывайте гроб...». Диагноз ЛГМ – это был приговор. Появился первый, купленный на

Ереванском рынке, натулан. С.Т. Рихтер привез из Европы для одного пациента мустарген, и победа – пациент был вылечен! В 70-х появилось программное лечение. ЛГМ стал излечимой болезнью.

Прошло много лет. Стали появляться случаи, где мы снова были бессильны. Вот, пациентка Н., 16 лет. Применен весь арсенал лекарственных средств. Прогрессия заболевания. «Что же это за лимфогранулематоз такой? Препараты!» – восклицает А.И.

Смотрим в микроскоп.

«Жо-о-рик (Г.А. Франк)! Что это такое?»

«Андрей, это лимфогранулематоз!»

«Жо-о-рик, вот эти скопления черных гомогенных клеток, и ни одной клетки Березовского-Штернберга – это лимфогранулематоз??? И никакого ответа на терапию – тоже лимфогранулематоз???».

Гром и молнии. Все были удручены, подавлены. Мы теряли больную и не понимали происходящего. С этого момента мы стали смотреть все гистологические и цитологические препараты больных с лимфогранулематозом. И мы увидели, что при одном и том же заключении – лимфогранулематоз – микроскопический портрет болезни может быть различным. Клетки «черные, с гомогенным хроматином» считаются аналогом клеток Березовского-Штернберга, называются «мумифицированными». Аналогами клеток Березовского-Штернберга считались и «лакунарные» и «ретикулярные» клетки. В цитологических препаратах это были крупные, часто неправильной формы клетки, со структурным хроматином, несколькими небольшими синими нуклеолами, отличались грубейшим атипизмом и полиморфизмом. По данным литературы и нашим данным, эти формы плохо отвечали на терапию первой линии. «Образ болезни» не соответствовал классическому. Это послужило основанием расценивать эти варианты как этап опухолевой прогрессии лимфогранулематоза. Г.А. Франком и А.И. Воробьевым был возрожден термин «саркома Ходжкина» (предложенный Jackson, Parker в 1944 г.). В этих случаях мы стали применять более жесткую полихимиотерапию.

Врачебный коллектив формировался постепенно, каждый год приходили новые ординаторы, все разные, из разных городов, яркие, сверкающие, тихие и скромные, быстрые и медленные, ответственные более или менее, почти все неустроенные в бытовом плане, жили в общежитии. Они попадали в обстановку профессиональной заинтересованности, доброжелательности, самоотверженного служения пациентам.

«Презрение к деньгам!», «Все больные – наши!», «Врач – тот, кто из двух всегда сильнее!», «У больного нет ни выходных, ни праздников!», «Кто ответит за неправильный диагноз, не вовремя сделанный анализ? Больной! Жизнь ответит!», «Уважение к личности пациента, но и человека вообще», «Милосердие и сострадание!», «Творческая свобода, но ты отвечаешь за все!», «Врач принял решение – нельзя его бить по рукам!», «Ты можешь решить свои проблемы, только решая чужие!». Пространство А.И. Воробьева – передовая, где он держит планку, где каждый день идет борьба за жизни больных и судьбы тех, кто их спасает.

Вот на этих дрожжах выросли люди, врачи, которые стали ведущими специалистами в своей области.

Я вхожу в отделение – реконструктивный ремонт, оказывается, может реализовывать несбыточные мечты – линолеум лежит на бетонных перекрытиях, чистые светлые стены, пластиковые окна и двери, одноместные палаты с душем и туалетом, удобные функциональные кровати, в каждой ординаторской компьютеры,

микроскоп, и врачи владеют этими инструментами... Вижу обожаемые лица – совсем детские, юные, более зрелые. Кто-то только что пришел в ординатуру, многие защитили кандидатские степени, готовят докторские, консультируют по всей стране, ведут протоколы, читают лекции, почти все с трудностями приобрели квартиры, обзавелись семьями, растут дети. Жизнь сложилась... Нет, она складывается ежедневно, это – непрерывная работа ума, души, и... . В отделении много тяжелых больных, всегда есть неясные. С кем держать совет? С самыми надежными, знающими, проверенными – прежде всего – друг с другом. В самых трудных случаях собираемся у микроскопа в кабинете А.И., зовем всех заинтересованных специалистов. Никто не смотрит на часы. Цена решения – спасенная жизнь.

«Все проходит, любовь, дружба. Один труд остается» – так любила говорить моя пациентка, талантливая художница, Екатерина Терентьева Беклешова.

Атлас, несовершенство которого я вижу, это куски нашей жизни в фотографиях и текстах.