

ЛЮДМИЛА МИХАЛЕВА: «НУЖНО СЕРЬЕЗНО ЗАНИМАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ РЕФЕРЕНС-ЛАБОРАТОРИЙ»



— Людмила Михайловна, когда открылось патологоанатомическое отделение в ГКБ № 31 ДЗМ и какие исследования в нем выполняются?

— Патологоанатомическое отделение ГКБ № 31 ДЗМ создано в ноябре 1991 года, то есть ему 28 лет. За этот период объем работы у нас значительно возрос, оснащение и методики абсолютно соответствуют европейскому уровню. Кроме рутинного окрашивания гистологических срезов гематоксилином и эозином мы давно ввели в практику дополнительные окраски шифф-реактивом в сочетании с альциановым синим, по Малдори, коно-рот и суданом на криостатных срезах. А самое главное, мы широко применяем иммуногистохимическое исследование, без которого сегодня невозможно верифицировать гистогенез и степень агрессивности онкологического процесса. Кроме того, уже более четырех лет мы выполняем молекулярно-генетическое исследование с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с акцентом на онкогенетику и инфекцию.

— Сколько исследований в год выполняет специалисты вашего отделения?

— По объему исследований в Москве за 2017 год мы заняли первое место, за 2018 год — второе место. Это соответствует примерно 210 тысячам патологоанатомических исследований прижизненной диагностики и более чем 2 тысячам по патологоанатомическим вскрытиям. Отмечу, что более шести лет наше отделение выполняет один из самых сложных патологоанатомических вскрытий, связанных с материнской смертностью. Это все умершие в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы беременные женщины, умершие в родах или в течение 42 дней после родов. Заключение по каждому случаю делает комиссия, состоящая примерно из 20 врачей различного профиля: акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, патологоанатомы и т. д. На такие вскрытия приглашаются все врачи, занимающиеся пациенткой на любом этапе беременности и родов. В комиссионных

Работа патологоанатомов чаще всего ассоциируется со вскрытиями. Однако большая часть работы связана с прижизненной диагностикой. Директор НИИ морфологии человека, заведующая патологоанатомическим отделением ГКБ № 31 ДЗМ, д. м. н., профессор Людмила Михалева рассказала о том, в каком направлении развивается патологоанатомическая служба Москвы и чем подход российских специалистов отличается от практики зарубежных коллег.

вскрытиях принимают участие главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии Денис Проценко, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Антон Оленев, главный внештатный специалист по патологической анатомии Олег Зайратыч. До начала аутопсии мы обсуждаем течение беременности с самого момента зачатия до драматического исхода, выявляя соматические заболевания, анамнестические данные, детально изучается медицинская документация. Только после четкого понимания имеющейся патологии беременности или родов либо имеющегося у женщины тяжелого заболевания мы переступаем порог секционного зала. Итог причины смерти на уровне проведенного макроскопического исследования подводит все комиссии общим решением. Следующим этапом идет микроскопическое исследование, нередко с применением иммуногистохимического и молекулярно-генетического методов. Заключительный патологоанатомический диагноз подписывается патологоанатомом, проводившим исследование, заведующим отделением — мной и главным патологоанатомом ДЗМ. В дальнейшем этот случай разбирается как минимум дважды — внутри конкретной медицинской организации, где наступила смерть, и на клинико-анатомическом разборе в Департаменте здравоохранения Москвы. Нередко родственники не могут понять, почему их молодая супруга или дочь умерла, поэтому возникает и судебно-медицинская экспертиза, для которой мы предоставляем все необходимые медицинские документы, макрофотографии и многочисленные стеклопрепараты.

— Но где проходят патологоанатомические вскрытия? Ведь в ГКБ № 31 нет morga.

— Мы выполняем эту работу на базе Научно-исследовательского института морфологии человека. Наши патологоанатомы ежедневно, включая субботние и праздничные дни, трудятся на базе двух учреждений. График дежурств уже хорошо отработан.

— Вернемся к прижизненной диагностике. Какие исследования выполняются чаще всего?

— 50–60 % нашего материала прижизненной диагностики относится к онкологии. Это и доброкачественные, и злокачественные опухоли эпителиального и неэпителиального происхождения любой локализации. Наша больница исследует колоссальный объем опухолей

урологического, хирургического и гинекологического профиля. На высочайшем уровне специалисты-урологи выполняют биопсию предстательной железы, как правило, забывая ее маленькие кусочки из 12 участков. Это достаточно сложная манипуляция для уролога. И не менее сложные исследования для нас, патологоанатомов, поскольку в маленьком фрагменте мы должны с уверенностью и точно определять, доброкачественная это опухоль или нет. Не всегда в этой ситуации можно разобраться на уровне препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином. Практически в каждом втором случае мы переходим на следующий этап исследования — это же парафинового блока — иммуногистохимическое исследование. Очень большой объем в урологической клинике занимают опухоли почки, как правило, злокачественные. Чаще всего встречается почечно-клеточный рак, который сегодня может быть прооперирован с сохранением органа благодаря роботе Da Vinci. Встречается и очень много больших опухолей мочевого пузыря, которые в нашей больнице в скором времени будут лечиться при помощи лазерной установки. А это означает, что патологоанатомы снова должны перестраиваться, потому что мы постоянно должны быть на одном уровне с клиницистами всех специальностей.

— Патологоанатомы обучаются так же интенсивно, как и врачи других специальностей?

— Раз в год осенью патологоанатомы собираются на Европейском конгрессе. С этой целью мы высылаем в оргкомитет свой материал для устного, электронного или стендового доклада о наших достижениях в научно-практических исследованиях за прошедший год. Четыре дня идет напряженная работа. Мы должны посетить все секции и понять, что в Европе произошло за год в патологической анатомии, чтобы ни на один дойм не отстать от наших зарубежных коллег. Мы закупаем всю новую литературу, потому что каждый год дополнительно появляются новые антитела, которые нам помогают разобраться в трудных диагнозах. Работа с онкологическим материалом крайне сложна, заключение должен выносить минимум два-три специалиста. Так обстоит дело в европейской, японской и американской школе патологов.

— Сильно ли отличается специфика работы российских патологоанатомов от подходов зарубежных коллег?

— В 2014 году я выезжала на стажировку в Японию в Токийский институт рака

и обучалась там три недели. У них каждый патолог занимается своим профилем. Я пошла к врачам, которые диагностируют заболевания органов пищеварения: желудка и кишечника. Печень исследует уже другой коллектив патологов. Обычно в такую команду входит от четырех до семи человек, среди которых патологоанатомы и лаборанты-техники. Каждый стеклопрепарат у японцев просматривается в несколько этапов: на первом смотрит начинающий врач, типа нашего ординатора со сроком работы не более двух лет, затем передает образец врачу, у которого стаж пять-семь лет. Завершает исследование заведующий отделением. В заключении — три подписи. У нас в отделении вторая подпись ставится в случае консультации заведующим.

— Как сегодня развиваются патологоанатомические отделения в Москве?

— В нашем городе значительно улучшилось оснащение. Новое оборудование позволяет ускорить время исследования. Заключение о патологическом процессе в органе или ткани мы можем дать в течение 2–3 суток. Раньше это занимало от 10 дней до месяца в отдельных случаях. Современное оборудование было закуплено в масштабном объеме в 2013 году для всех патологоанатомических отделений ДЗМ. В этот период министром здравоохранения города Москвы был Георгий Голухов, а главным специалистом по патологической анатомии — я. Мы постарались учесть потребности всех отделений нашего профиля в городе. Представьте себе, до этого времени в некоторых больших патологоанатомы работали на харьковском микролите, изготовленном в 1967 году. Материал заливали в целлоидин. Сейчас у всех — самое современное оборудование немецкого или японского производства.

Сейчас очень важно недрить телемедицину, с помощью которой в электронном формате гистологическое изображение отсылается на консультацию специалисту из России, Европы, Японии или Америки. Так можно получить второе мнение от эксперта, которому доверять, но он далеко находится. Крайне важны и референс-лаборатории, которых пока что в России и Москве мало. Референс-лаборатории выдают заключительное экспертное мнение. Если патологоанатому попался очень сложный случай, в котором он не может разобраться, то он имеет право обратиться к экспертам. Нужно серьезно заниматься развитием и расширением референс-лабораторий. ■■■■

Евгения Воробьева