



*Наш сегодняшний разговор – с Ириной Павловной СОЛОВЬЕВОЙ, которая свою научную и клиническую деятельность посвятила патоморфологии. В кругах фтизиатров она человек-легенда, хранительница знаний, традиций и опыта отечественной школы патоморфологов. И.П. Соловьева награждена орденом Почета, а в 2015 году стала лауреатом премии «За преданность профессии» имени М.И. Перельмана.*

## «ВО ВСЕМ ДОЙТИ ДО САМОЙ СУТИ...»

*Диалог ведет врач и журналист Татьяна Мохрякова*

– Ирина Павловна, проработав 60 лет в патоморфологии, Вы по-прежнему являетесь ведущим патоморфологом среди московских фтизиатров. Руководите отделом в НИИ фтизиопульмонологии, консультируете в Московском научно-практическом центре борьбы с туберкулезом.

– Да, все мое рабочее время по-прежнему расписано. Я много и с интересом работаю...

*На этих словах в кабинет профессора Соловьевой вошла сотрудница ее отдела:*

– Ирина Павловна, из Рязани доктор приехала со стеклами. Посмотрите?

– Конечно. Пусть заходит.

*Посмотрев несколько представленных стекол, Ирина Павловна дала заключение: «Туберкулез лимфатических узлов» и продолжила:*

– Это мое правило. Приехавших на консультацию врачей приглашаю и смотрю привезенные ими материалы, отложив все дела. Раз врач приехал, значит, у него срочный и трудный для решения вопрос. Академики, у которых я многому научилась, всегда помогали коллегам. Например, главный патологоанатом Москвы Ипполит Васильевич Давыдовский ежедневно с 14:00 до 15:00 консультировал в 23-й (Яузской) больнице и отвечал на все поставленные коллегами вопросы.

### Школа Давыдовского

– С 2015 года московская городская клиническая больница № 23 носит имя И.В. Давыдовского. В годы моего студенчества в Первом Медицинском во дворе этой известной клиники уже стоял памятник ему.

– Это неудивительно. И.В. Давыдовский был суперпрофессионалом. Я смело утверждаю это, потому что сама со всеми

спорными и трудными вопросами шла к нему. В годы работы в Институте рентгенодиагностики на Солянке «протоптала дорожку» на консультации к Ипполиту Васильевичу.

Давыдовскому была свойственна деловая скромность. В свой блокнот он методично записывал фамилию врача, который приходил к нему с вопросом, и клинический случай. Если морфологическая картина была интересной, врач должен был представить ее на Обществе морфологов Москвы. А если случай был исключительно интересный, Давыдовский звонил секретарю общества Татьяне Павловне Виноградовой (специалисту по костям), представлял коллегу и передавал «из рук в руки» его патоморфологический случай. Ежемесячные заседания Общества морфологов Москвы были популярны тогда и среди клиницистов: на них шел постоянный обмен мнениями.

– *Расскажите какой-нибудь интересный случай работы с И.В. Давыдовским.*

– Давыдовский много работал с инфекциями и мог ставить диагнозы, морфологическую картину которых мы видели только в учебниках. Например, сыпной тиф: этой теме была посвящена его докторская диссертация. А однажды – это было в 60-е годы – он посмотрел биопсионный материал диагностического больного, после чего в напряжении побежал в отделение, нашел пациента, стал пальпировать его межбровное пространство. Зафиксировав явное нарушение тактильной чувствительности, смело поставил диагноз: «Проказа». Оказалось, что больной, приехавший с Дальнего Востока, знал, что у него проказа, но скрыл.

А был у меня в работе с Давыдовским и забавный случай, который я вспоминаю с улыбкой. Пришла ко мне женщина со стеклами биопсийного материала. В микроскоп я увидела



### Давыдовский Ипполит Васильевич

(1887–1968 гг.: прожил 80 лет) – один из организаторов патологоанатомической службы в СССР, академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской премии, заслуженный деятель науки РСФСР.

Вехи биографии И.В. Давыдовского:

- Окончил медицинский факультет МГУ. С 1911 г. (более полувека) – прозектор в Яузской больнице (позже – больницы № 23 им. Медсантруд)
  - 1914–1918 гг. (во время Первой мировой войны) – заведующий лабораторией Западного фронта
  - 1921 г. – защита докторской диссертации «Патологическая анатомия и патология сыпного тифа»
  - С 1924 г. – главный патологоанатом г. Москвы
  - С 1930 г. – заведующий кафедрой патологической анатомии Второго Московского мединститута
  - 1941–1945 гг. – главный патологоанатом эвакогоспиталей Наркомздрава СССР
  - После войны – руководитель научного общества патологоанатомов СССР
  - С 1944 г. – академик Академии медицинских наук СССР, ее вице-президент (1946–1950 гг. и 1957–1960 гг.) и член президиума
  - С 1955 г. – редактор журнала «Архив патологии».
- По инициативе И.В. Давыдовского в СССР внедрены:
- форма прозекторского отчета,
  - нозологический принцип в преподавании частной патанатомии,
  - обязательная регистрация биопсий во всех лечебных учреждениях,
  - обязательное микроскопическое исследование всех удаляемых хирургами материалов,
  - принцип сличения клинического и анатомического диагнозов,
  - клиничко-анатомические конференции,
  - регистрация врачебных ошибок,
  - московские общегородские научные морфологические конференции (с 1935 г.).
- Подготовил 13 докторов и 38 кандидатов наук, более сотни врачей. Автор книг «Патологическая анатомия и патогенез болезней человека» в двух томах, «Общая патология человека», «Проблема причинности в медицине», «Геронтология». Похоронен на Новодевичьем кладбище.

какой-то страшный процесс в больших, пенистых секреторных клетках молочной железы. Вместе с пациенткой я пошла к Давыдовскому. Пациентка осталась ждать меня в коридоре. Посмотрев препарат, профессор спрашивает: «Когда у нее была лактация?» Я отвечаю: «Сейчас узнаю». У Давыдовского брови – вверх. Я – в дверь. Спросила у женщины, что и когда, вернулась. Когда Давыдовский узнал, что я приехала с пациенткой, развеселился и говорит: «Вы первый патологоанатом, который привез ко мне живого больного».

Оказалось, что женщина недавно лактировала. Как выглядит биоптат лактирующей молочной железы, я не знала. Мы можем посмотреть в книжке патологическую и здоровую ткань. А функциональные моменты отследить не всегда можем.

– Чему Вас научили консультации у И.В. Давыдовского?

– Аналитике процессов при биопсиях. А вообще, он великолепно знал всю патанатомию. Давыдовский был практическим мудрецом. Сложные случаи всегда консультировал сам. Работая в скорпомощной больнице, при первой возможности сидел за практический материал. Как я вам рассказала, Ипполит Васильевич мог диагностировать даже проказу, которой в Москве давно не было. Хочу здесь отметить, что консультации у Давыдовского способствовали формированию моего клиничко-анатомического мышления, хотя я – ученица Анатолия Ивановича Струкова.

### Встреча с Учителем

– Вы и сегодня, спустя столько лет, сравниваете две школы – И.В. Давыдовского и А.И. Струкова. Они во многом отличались между собой?

– Эти школы всегда конкурировали. Давыдовский был предан клиничко-анатомическому направлению в патологической анатомии, ставил в приоритет работу с клиницистами.

А у Струкова была кузница кадров, в которой шла активная научная работа. Наверное, Первый Медицинский исторически имел несколько иной настрой в сравнении со Вторым, поэтому на его кафедрах десятилетиями шла более насыщенная научными исследованиями жизнь.

Круг интересов Струкова в вопросах освоения новых методик и направлений был очень широк. Параллельно с кафедрой он работал в издательстве «Медицина» и в научном отделе ЦК КПСС. Минимум раз в неделю занимался с периодикой в Центральной медицинской библиотеке. К себе относился очень критично. Однажды сказал про себя так: «Я человек обычных способностей, который всю жизнь очень много работает».

Струков был очень методичен. Раз в три недели проводил занятие с аспирантами и докторантами. Сам проводил показательные вскрытия с разбором, последующим просмотром гистологии: прекрасно владел ножом. Кстати, он вскрывал Сталина.

А после его уроков мы – аспиранты и ординаторы кафедры – по очереди вскрывали, точнее, учились вскрывать. За время учебы каждый по месяцу работал на биопсионном материале, делал по 20 показательных вскрытий, к которым готовил материалы без лаборанта. Аспиранты вели по две студенческие группы.

– Из Вашего увлекательного рассказа об учителе понимаю, что это была действительно школа с научным руководителем, который не давал своим ученикам скучать и расслабляться.

– Непрестанно работая, Струков был строг и справедлив к ученикам. А их было много: только докторов наук он воспитал более 60. Даже в нерабочее время (по пути на дачу, в филармонию, по дороге с ректорского совета) Анатолий Иванович заезжал на кафедру, чтобы быть в курсе того, кто чем занят. Как я потом узнала, в одном из своих журналов он отмечал усердие и интерес к предмету каждого из нас, успехи и достижения.

Струков умел мгновенно оценить новые подходы и методы, о которых узнавал из периодики. Например, когда появился электронный микроскоп, он на полгода отправил сотрудника кафедры на стажировку в США. Так мы стали одними из первых в Москве, кто умел работать на сверхсовременном оборудовании.

Научная работа сотрудников и аспирантов всегда планировалась. Каждый этап сопровождался написанием статьи. Выступали на конференциях и съездах патоморфологов. Все литобзоры докладывались на кафедре по мере готовности и подробно разбирались коллегами.

Струков принимал участие и в распределении учеников, не оставляя нас без внимания в дальнейшем. Если встречал, спрашивал о научной работе, мог дать толковый совет.

– Ирина Павловна, а почему, работая в Институте рентгенодиагностики, Вы ходили на консультации к И.В. Давыдовскому, а не к А.И. Струкову?

– Я вам расскажу, в чем дело. Струков «распределил» меня после аспирантуры на заведование лабораторией в городскую скорпомощную больницу № 61. Отказаться я не могла. Но была обижена, ибо видела себя не в практическом здравоохранении, а в науке. Только поработав, я поняла, что Струков был трижды прав: благодаря клинической практике я получила бесценный опыт. А спустя годы узнала, что мой Учитель хвалил меня Абрикосову, сказав: «Ирина Павловна у нас патанатом от Бога». И все свои обиды я забыла.

– Вы учились в аспирантуре в 1950-е годы. Эра антибиотиков еще не началась. Тема туберкулеза среди патоморфологов, наверное, не была столь актуальной. Как получилось, что Ваше внимание обратилось к фтизиатрии?



Ирина Павловна Соловьева за микроскопом, 1970-е годы

– Как я уже сказала, мой жизненный путь определила встреча со Струковым. Тему первого самостоятельного научного исследования «Бронхо-железистые поражения при туберкулезе» тоже подсказал он после размышлений над статьями европейских ученых.

– Как же А.И. Струков преподнес Вам свои размышления?

– Однажды он принес мне в анатомичку статью Шварца со словами: «Я хочу проверить это утверждение европейца на нашем материале. В любом случае: положительный или отрицательный будет результат – работа станет диссертательной». Это и было стартом моего погружения во фтизиатрию.

Дело в том, что во время Второй мировой войны патологоанатом Шварц на патологическом материале у больных туберкулезом в Турции находил перфорации из лимфатического узла в бронхи. На основании этого считал момент перфорации важнейшим звеном в патогенезе туберкулеза.

– А.И. Струкова интересовал патоморфоз туберкулеза?

– Безусловно. Свой научный путь он начал с изучения туберкулеза. И у него на кафедре всегда кто-то занимался этой инфекцией. Вот его сакраментальные фразы: «Туберкулез – это как первая любовь: требует трепетного отношения и заслуживает его. Туберкулез как чаша с вином, которую вы пригубили, и оторваться от нее не сможете: тема захватит вас на всю жизнь. Туберкулез – это инфекция, на пульсе которой должна постоянно находиться рука клинициста».

– Что значит в этом контексте «на пульсе»?

– То есть каждому врачу необходимо знать клинические

особенности туберкулеза и оценивать эпидситуацию по туберкулезу. Фраза «рука на пульсе туберкулеза» должна стать одной из заповедей и патоморфолога, и клинициста.

– **А.И. Струков владел иностранными языками?**

– Немецкий раньше все патологоанатомы хорошо знали, потому что основную литературу по специальности писали немцы. Думаю, что и английский в определенном объеме он знал.

– **Ирина Павловна, а Вы интересовались немецкими научными материалами?**

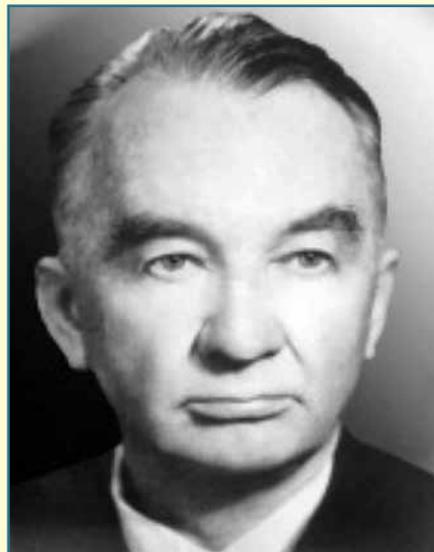
– Струков обратил на них мое внимание. Он на свои деньги создал и регулярно пополнял кафедральную библиотеку, за порядок в которой отвечали студенты и аспиранты. Однажды он показал мне фолиант из телячьей кожи 1838 года. Иллюстрации книги демонстрировали представления о туберкулезе: лимфоузлы, свищ в бронхах с казеозом, затянущаяся полость, рубец, облитерирующий бронхит, бронхоэктаз, ретенционная киста. Это был знаменитый атлас Карлсуэлла, выпущенный за 44 года до открытия палочки Коха. Я не могла и мечтать тогда, что через несколько лет дважды – в 1976 и в 1986 гг. выйдет наша со Струковым монография «Морфология туберкулеза в современных условиях».

– **Ваша докторская «Патоморфоз фиброзно-кавернозно-го туберкулеза» продолжила тему кандидатской диссертации. По прогнозу А.И. Струкова Вы действительно не смогли оторваться от темы туберкулеза?**

– В тот момент я была уже в «самостоятельном плавании» и еще не «приплыла» во фтизиатрию. Занималась сердечно-сосудистой патологией в институте грудной хирургии (теперь это Бакулевский институт) рядом с еще одной легендарной личностью – профессором Яковом Львовичем Рапопортом. Одна из его больших научных работ еще в 1930-е годы тоже была посвящена туберкулезу. Это был очень прозорливый ученый. Во время написания статей для Большой медицинской энциклопедии задавал вопросы по интересующей его теме всем окружающим. Как-то он спросил меня, что такое патоморфоз. Пато- – болезнь, морфос- – структура. Это я знала. Но что имеет в виду Яков Львович? Задумалась. То есть пусковой механизм моей новой идеи и темы докторской невзначай запустил Яков Львович Рапопорт. А в 1971-м, через восемь лет работы в Московском НИИ фтизиопульмонологии, я защитила докторскую.

– **Я.Л. Рапопорт Вам поддал идею докторской. А дальше как развивались события?**

– Из Института сердечно-сосудистой хирургии я ушла старшим научным сотрудником к Рапопорту в Институт рентгенодиагностики (об этом периоде мы уже говорили). Однажды



**Струков Анатолий Иванович**

(1901–1988 гг.: прожил 87 лет) – один из ведущих патологоанатомов страны, академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Ленинской премии.

После окончания Воронежского университета и работы на его кафедре 32-летнего А.И. Струкова пригласили в Москву – в Первый Медицинский, где он спустя годы почти 20 лет возглавлял кафедру патологической анатомии. Одновременно Струков работал с В.Г. Штефко в Центральном НИИ туберкулеза РАМН на Яузе.

**Вехи биографии академика А.И. Струкова:**

- 1938–1945 гг. – заведующий кафедрой в Харьковском медицинском институте
  - С 1945 г. – заведующий лабораторией легочной патологии Института нормальной и патологической анатомии АМН СССР
  - С 1948 г. – в звании профессора
  - 1948–1959 гг. – главный редактор Государственного издательства медицинской литературы
  - 1953–1972 гг. – заведующий кафедрой патологической анатомии Первого Московского медицинского института (с 1972 г. – профессор-консультант)
  - 1964–1982 гг. – руководитель лаборатории Института морфологии человека АМН СССР
  - С 1968 г. – главный редактор журнала «Архив патологии»
- Научные работы Струкова посвящены проблемам патологической анатомии туберкулеза, заболеваний легких, атеросклероза, патологии сердца, ревматизма и болезней соединительной ткани.

Он предложил новую клинко-анатомическую классификацию туберкулеза («Формы легочного туберкулеза в клинко-анатомическом освещении», 1947), описал ранние признаки и динамику развития туберкулеза легких. Применяя новые методы исследования, в том числе электронную микроскопию, дополнил и углубил характеристики тканевых изменений при туберкулезе.

Кроме этого, заведовал сектором здравоохранения в ЦК КПСС, был членом президиума АМН СССР и академиком-секретарем, заместителем председателя Всесоюзного научного общества патологоанатомов. Опубликовал около 300 научных работ, 7 монографий, 3 учебника патологической анатомии, 2 учебно-методических пособия.

Похоронен на Кунцевском кладбище.



*Ирина Павловна Соловьева во время подготовки докторской диссертации, 1971 г.*

вечером мне позвонил Струков: «В Институте туберкулеза объявлен конкурс на заведование лабораторией». Я поняла, что это шанс сохранить научный контакт со Струковым. По конкурсу я прошла. Постепенно вошла в институтскую тематику. Спорила с клиницистами: слово «патоморфоз» в названии моей докторской они долго не принимали. Настаивали на термине «изменчивость».

#### **Где каверна зарыта?**

**– Итак, Вы сформулировали концепцию патоморфоза туберкулезной инфекции. Она по-прежнему актуальна?**

– Здесь я хотела бы поговорить о фтизиатрии и моем виде одной из ее сегодняшних проблем.

К 1950 году в СССР появились противотуберкулезные препараты. Уже к 1970 году ситуация по туберкулезу в стране стабилизировалась. Умирали пациенты в основном (до 80%) от фиброзно-кавернозного туберкулеза. Как патоморфолог, который регулярно смотрит материалы умерших, могу сказать, что сегодня до 60% случаев смерти от туберкулеза приходится на острые его формы. Современная ситуация изменилась, хотя статистика очень приличная: на мой взгляд, в классификацию туберкулеза клиницисты без участия патологоанатомов внесли своеобразные изменения.

**– Хотелось бы подробнее узнать об этом.**

– Патоморфология туберкулеза классически была хорошо разработана немцами. А классификация туберкулеза менялась не только в зависимости от представлений о патогенезе инфекции, но и от того, что довлело – клиника или патанатомия.

Вот, например, докторская диссертация Александра Григорьевича Хоменко на тему «Клиника и лечение кавернозных форм туберкулеза легких» 1964 года (Ирина Павловна показывает мне книгу). Хоменко – сильный фтизиатр классической школы, который много лет возглавлял Центральный НИИ туберкулеза. Он пользовался в своей работе классификацией, которая сегодня немного изменилась. Но это «немного» и вносит значительные изменения в статистику. Давайте посмотрим (Ирина Павловна открывает страницу книги А.Г. Хоменко с таблицами). При туберкулезе легких формируются очаги и пневмонические процессы. Все формы туберкулеза в стадии прогрессирования могут давать распад с образованием каверны (cavitum – пещера, полость). По классическим представлениям кавернозная форма туберкулеза может возникнуть из любой предшествующей и ее рассматривают как запущенный процесс. Здесь, на мой взгляд, и появилась возможность упростить статистику.

**– Почему Вы так считаете?**

– Потому что в современной статистике перечислены формы туберкулеза без кавернозных форм (очаговый, инфильтративный, диссеминированный) и хронический фиброзно-кавернозный. А где каверна зарыта? Как быть с основным толкованием процесса, при котором она может получиться из любой малой формы туберкулеза? Хоменко пишет об острых и хронических формах, каждая из которых имеет «привеску» в виде распада. А по современной классификации все каверны записали в распад и разделили туберкулез на некоторые формы и фиброзно-кавернозный. Все остальное называется «больные туберкулезом легких с распадом». На мой взгляд, в этом толковании структура туберкулеза значительно искажена.

**– А может быть, эти изменения – современный подход, который необходим в XXI веке?**

– Думаю, что современный подход – это клиничко-анатомическая классификация: врачам необходимо говорить на одном языке. Должно быть единое понимание патогенеза заболевания, оценки его клиничко-анатомических проявлений. Не случайно в медицине XX века во всех медицинских дисциплинах было развито клиничко-анатомическое направление. А в современной фтизиатрии многие вопросы решаются на основании изучения актуальных, но частных вопросов. Современные фтизиатры не изучают общие закономерности: одних интересует статистика, других – особенности возбудителей туберкулеза, третьих – действие нового препарата, а эпидемиологов, например, не привлекают к этой большой работе, хотя в рамках общей эпидемиологии алгоритмы, комплексные масштабные исследования давно отработаны.

Я и мои единомышленники выступали с этой темой на съезде фтизиатров в Воронеже. Но, к сожалению, доклады звучали

только на морфологической секции. Статью с анализом монографии Хоменко и текущей ситуации мы с коллегами недавно отдали в журнал «Туберкулез и болезни легких». Надеюсь, что нас услышат. Была бы интересна дискуссия на эту тему с участием клиницистов, эпидемиологов и морфологов.

– Но ведь изменилась степень риска по отношению к туберкулезу. Его реально стало меньше: люди в России живут лучше, обследуются, врачи ведут большую профилактическую санпросветработу с населением.

– Это так. Но из-за улучшения статистики стали сокращать туберкулезные учреждения, финансирование, специалистов. Во фтизиатрию не идут молодые специалисты: нет возможности частной практики, стали исчезать школы.

### Для патоморфолога все равны

– Какие современные фтизиатрические школы Вы могли бы назвать?

– Мне трудно говорить о клиницистах. В патоморфологии туберкулезом много занимались академики Абрикосов и Струков. Давыдовский специально этой проблемой не занимался. Он изучал общую патологию, хотя был одним из первых, кто в довоенные годы проанализировал смертность в Москве, в том числе от туберкулеза.

А Алексей Иванович Абрикосов, например, несколько лет работал в Германии, где издал книгу о первых проявлениях туберкулеза, описал доклинический туберкулез взрослых. Эта его работа публиковалась в журнале «Вирховский архив». «Очаги Абрикосова» (внутридольковая казеозная бронхопневмония) и сегодня хорошо известны фтизиатрам.

– Академики Абрикосов и Струков вскрывали вождей. Абрикосов – Ленина, а Струков, как Вы сказали, – Сталина. Правда о смерти Сталина так до конца неизвестна, поэтому свидетельства эксперта, участвовавшего в его вскрытии очень важны.

– О вскрытии Сталина Анатолий Иванович рассказал нам много лет спустя после этого драматического события. Перед секционным столом с телом вождя стояло человек 8–10 ведущих отечественных врачей во главе с академиком Александром Мясниковым (директором Института терапии АМН СССР), а за спиной Струкова стояли люди в черных костюмах – сотрудники специальных служб. Для разрядки ситуации Струков проводил вскрытие «вождя всех народов» так, будто читает лекцию (ведь он был лучшим лектором в институте). Все свои действия, начиная с внешнего осмотра, комментировал, объяснял каждый шаг по ходу работы: что он делает и что думает.

У патологоанатомов есть правило: когда открыты все полости, в первую очередь до осмотра органов надо осмотреть головной мозг. Достав его, Струков объяснил присутствующим,



**Алексей Иванович Абрикосов**  
(1875–1955 гг.: прожил 80 лет) – один из ведущих отечественных патологоанатомов. Академик Академии медицинских наук и Академии наук СССР, Герой Социалистического Труда.

Окончил медицинский факультет МГУ. В 1920–1930 гг. – профессор МГУ, а с 1930-го – Первого Московского медицинского института. Организатор Московского общества патологов и его почетный председатель с 1938 года. В 1944–1951 гг. – директор Института нормальной и патологической морфологии АМН СССР.

Делал первое бальзамирование тела В.И. Ленина и составил заключение о его смерти.

Круг научных интересов А.И. Абрикосова: туберкулез легких, симпатические нервные узлы, мышечные опухоли, аллергия, сепсис. Одна из основных работ – «О первых анатомических изменениях в легких при начале легочного туберкулеза» (1904) сохраняет свое значение и сегодня. В ней впервые была описана анатомическая сущность начальных изменений при туберкулезе легких. Изданы его учебники: «Техника патологоанатомических вскрытий трупов» (1925, 4-е изд., 1948); «Основы общей патологической анатомии» (1933, 9-е изд., 1949); «Основы частной патологической анатомии» (1939, 4-е изд., 1950); «Частная патологическая анатомия» (3-й вып., 1938–1947). В 1935–1955 годах был редактором журнала «Архив патологии».

Похоронен на Новодевичьем кладбище.

что есть разные методики вскрытия мозга в зависимости от задач, которые ставятся перед патологоанатомом. Обычно каждая половина мозга разрезается пополам и детально рассматривается. Потом доли режутся для гистологического исследования. Судебные медики режут мозг как арбуз, вскрывая боковые желудочки. Есть целые монографии о работе с тканями мозга. Большинство методик – немецкие и названы по имени авторов. Перечислив их, Анатолий Иванович в гробовой тишине заключил: «Нам с коллегами предстоит выбрать



*Ирина Павловна Соловьёва за микроскопом, 2016 г.*

наиболее оптимальный способ вскрытия мозга товарища Сталина». Академик Мясников, недолго думая, парировал: «За эту часть работы отвечает профессор Струков, ему и выбирать». «Черные костюмы» переглянулись и приняли решение примерно на час остановить вскрытие. Струков «размылся», то есть переоделся. Собрали Политбюро ЦК. Решение принимал Маленков, который сказал, что профессор Струков должен обосновать причину смерти и сделать все возможное, чтобы сохранить мозг для последующих исследований. Так что в итоге выбрал методику Струков.

Институт исследований мозга уже существовал в Москве. Он был открыт распоряжением Сталина еще в 20-е годы для исследований «серого вещества» Ленина. Туда же отправили для детального изучения мозг Сталина.

*– Интересные подробности. Это вскрытие могло бы стоить Струкову жизни. Согласно официальному медицинскому заключению, смерть наступила в результате массивного инсульта с разрушением тканей. Хотя по-прежнему существуют многочисленные версии, предполагающие неестественность смерти и причастность к ней окружения Сталина. Предлагаю от этих драматических событий перенестись в день сегодняшний.*

### **Держите руку на пульсе туберкулеза!**

*– Итак, на дворе уже XXI век, а микобактерии туберкулеза не оставляют человека: способны поселиться в любой его ткани, кроме волос, зубов и ногтей. Получается, что палочка оказалась «умнее» человека, если возможно так сказать про микроба?*

– Каждый приспосабливается, как может. После какого-то периода улучшения ситуации туберкулез несколько изменился. Стала снижаться эффективность его лечения за счет того, что туберкулезная палочка вырабатывает устойчивость

к лекарствам. Сегодня есть микобактерии, не чувствительные к 13 основным химиопрепаратам.

*– Под микроскопом эти микобактерии отличаются?*

– Нет. Внешне они не отличаются. Только культурально, то есть при исследовании на специальных средах методом посева.

А среди населения есть группы, в которых распространенность туберкулеза намного выше, чем в среднем по территории. Например, в местах лишения свободы туберкулезом болеет каждый четвертый. К сожалению, у нас сейчас многие службы функционируют изолированно. Армия – со своей медслужбой, тюрьмы – со своей, а мигранты почти не обследуются. Фактор расширенной миграции – еще одна причина, способная расширить туберкулезный потенциал.

Но и это не все. Есть и другие факторы. Сегодня официально зарегистрировано 1,5 млн ВИЧ-инфицированных. По данным Минздрава, в 2015 году 12 тыс. россиян умерли от ВИЧ-инфекции. Как патоморфолог могу сказать, что умирают эти больные в основном от сопутствующих инфекций. Нередко – от прогрессирующего туберкулеза, который у пациентов с ВИЧ на фоне ослабленного иммунитета, недостаточной ответной реакции организма на микобактерии плохо лечится. У них процесс начинается с быстропотекающей стадии, когда защитными клетками являются не макрофаги, а лейкоциты. И эта лейкоцитарная реакция как первый этап воспаления пролонгируется: много клеточного ответа нет, и ткани расплавляются.

*– В микроскоп картина ВИЧ-инфицированного пациента специфична?*

– Иммунодефицит виден по состоянию лимфоидной ткани. Если обычно для туберкулеза характерен творожистый некроз, то есть не гнойный процесс, то у ВИЧ-инфицированных идет гнойное воспаление тканей. И объем выделенных ими палочек огромен. Когда мы смотрим срез ткани ВИЧ-инфицированного больного, он, как снегом, пересыпан микобактериями. То есть эти пациенты – огромный резервуар туберкулезной инфекции.

Думаю, что и в статистике туберкулез у этих больных нередко теряется. Ведь он у них вторичен. И смерть этих больных относят к контингенту больных ВИЧ-инфекцией. Вспомните: туберкулез еще в XIX веке называли «белой чумой». Попробуйте чуму назвать оппортунистической инфекцией: вас предадут анафеме. А в наше время – это допустимо.

*– Кто занимается сейчас туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией?*

– Все умершие больные с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом отправляются в морг инфекционной больницы № 2 на Соколиной горе.

– Ирина Павловна, по отзывам коллег Вы являетесь корифеем современной патоморфологии во фтизиатрии, много консультируете. Есть ли у Вас книги или практические руководства для врачей?

– У меня около 200 научных работ, 4 монографии, 10 методических рекомендаций по вопросам патоморфоза туберкулеза, его патогенеза, дифференциальной диагностики. Сейчас мы с коллегами готовим переиздание атласа для врачей «Патологическая анатомия туберкулеза и дифференциальная диагностика гранулематозных заболеваний». Эту книгу мы сделали вместе с Фаритом Ахатовичем Батыровым. В основу атласа положен мой полувековой опыт работы по изучению аутопсийного материала и биопсий.

– Результат впечатляет. Вы помогаете врачам всегда держать руку на пульсе туберкулеза.

– Я хотела бы пожелать всем коллегам – и патоморфологам, и клиницистам – помнить эту заповедь. И заглядывать порой в атласы и книги, написанные корифеями отечественной медицины. Среди фтизиатров и патоморфологов многим из них нет равных.



**Номер журнала был готов к сдаче в типографию, когда пришла скорбная весть о кончине Ирины Павловны.**

**До последнего дня она сохранила верность своему делу и останется для нас образцом ученого, врача и человека.**

*Редакционная коллегия журнала «Туберкулёз и социально значимые заболевания»  
Правление МОО «Московское общество фтизиатров»*