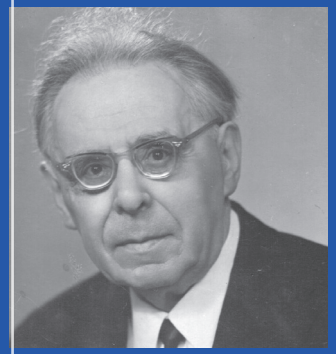
ISBN 978-5-89895-955-5

Становление и развитие ревматологии на Среднем Урале



Л. П. Евстигнеева
А. Н. Старостин
М.В. Старостина

# Становление и развитие ревматологии на Среднем Урале

Екатеринбург, 2020

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»

Л.П. Евстигнеева
А.Н. Старостин
М.В. Старостина

# СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РЕВМАТОЛОГИИ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Екатеринбург
2020

УДК 616.7(470.5)
ББК 55.5(235.55)
Е263

Е263 Печатается по решению Центрального Методического Совета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (протокол № 1 от 16.09.2020)
Ответственный редактор
д-р мед. наук, доц. А.А. Попов
Рецензент
д-р мед. наук, проф. М.А. Уфимцева

**Становление и развитие ревматологии на Среднем Урале:** монография/ изд.2 Под редакцией А.А. Попова. – Екатеринбург: 2020. – 150 с.

ISBN 978-5-89895-955-5

Второе издание монографии приурочено к 100-летнему юбилею высшего медицинского образования на Среднем Урале, 90-летию Уральского государственного медицинского университета и 130-летию со дня рождения основателя научной школы терапевтов Среднего Урала проф .Б.П. Кушелевского. В первых двух главах описаны основные этапы развития ревматологии как науки и практической области медицины с древности до начала XXI века в мире и в России. Вторая часть книги посвящена истории ревматологии на Среднем У рале в советский и современный периоды. При написании монографии наряду с научными исследованиями по истории медицины и ревматологии, использован большой массив
архивных и статистических источников, впервые вводимых в научный оборот. Монография представляет интерес для практикующих врачей-ревматологов, студентов медицинских ВУЗов и СУЗов, ординаторов, историков, краеведов и всех, кто интересуется историей медицины в России и на Урале.

Ответственный редактор д.м.н. А.А. Попов

УДК 616.7(470.5)
ББК 55.5(235.55)

© Л.П. Евстигнеева, А.Н. Старостин, М.В. Старостина, 2020

© ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2020

**Содержание**

Глава 1. История мировой ревматологии (с древних времен до XX в.).....4
Глава 2. История отечественной ревматологии в XIX – начале XXI вв. .....21
Глава 3. Становление и развитие ревматологической службы
на Среднем Урале в советский период.....43
Глава 4. Ревматологическая служба с 1990 годов до наших дней.....85

## Глава 1. История мировой ревматологии (с древних времен до XX в.)

Ревматология (от слова – ревматизм) – специализация внутренней медицины, которая занимается диагностикой и лечением ревматических заболеваний. Сам термин «ревматология» происходит от греч. ρεύμα, означающего «поток, река», и логос, обозначающего «изучение».

Объектами исследования ревматологии являются воспалительные и дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника, системные заболевания соединительной ткани и системные васкулиты (устаревшее название – коллагенозы). Спектр заболеваний костно-мышечной системы довольно широк, наряду с ревматологами данной группой болезней занимаются также травматологи-ортопеды, гнойные хирурги, неврологи.

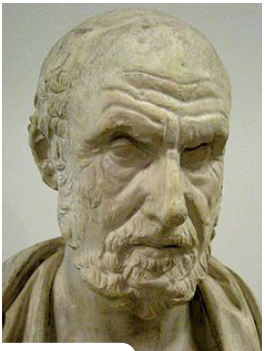
Более 100 болезней входят в понятие «ревматические заболевания»: от артрита до поражения соединительной ткани. Многие из них связаны с нарушениями функционирования иммунной системы.

В течение столетий ревматология формировалась на основе результатов клинической и экспериментальной медицины. Но даже краткий исторический обзор ее поступательного движения доказывает, сколь огромен круг изучаемых проблем. И если оглянуться назад, в прошлое и проанализировать ту многоэтапную историю развития суждений и взглядов, можно понять, как сформировались современные мнения по разным вопросам.

Само понятие rheuma (ревма) было впервые использовано в литературе в I веке н. э. Rheuma относится к «веществу, которое течет», древние люди считали, что это «первичный сок», возникающий в мозге и переливающийся в разные части тела, вызывая болезни. И это образное представление существовало достаточно долго.

Ученые, исследуя древнеегипетские мумии, выяснили, что в те времена именно остеоартриты были одними из наиболее распространенных заболеваний, ведь в иероглифическом писании часто встречается изображение человека, пораженного болезнью суставов. Так что возможно артриты и артрозы уходит корнями намного глубже, чем мы представляли. Исследования мумий доказывают, что практически каждый второй человек в Древнем Египте страдал заболеваниями суставов.

*Мумия царицы Хатшепсут, страдавшей артритом, XV в. до н.э., Каирский музей*



*Гиппократ*

*«Гиппократ отказывает послам Артаксеркса». Картина А. Жироде-Триозона, 1792 г.*

Ревматическое воспаление суставов описал еще Гиппократ, а во II в. К. Гален задействовал понятие «ревматизм» для определения разных болезней опорно-двигательного аппарата, и этот термин существовал до XIX в. Однако уже в XVII-XVIII вв. ученые того времени начали выявлять и описывать различные ревматические заболевания. Ревматический полиартрит и хорею, например, описал Т. Сиденхем, а В. Геберден определил, что узелки на пальцах рук, характерные для артроза, отличают его от подагры.

Предположение, что артрит может быть проявлением системного заболевания, первым высказал французский доктор Балло (G. Baillou), он же в 1642 г. впервые употребил термин «ревматизм» в научной литературе.

Спустя три века американский доктор Пембертон (R. Pemberton) в 1928 г. создал Американский комитет по лечению ревматизма, который еще дважды переименовывался, а в 1988 г. стал иметь привычное для нас название – Американское общество ревматологов. Понятие «ревматолог» в 1940 г. ввел в обиход Б. Комро (B. Comroe). Затем в 1949 г. доктор Холландер (Hollander) применил этот термин в своем учебнике по артритам и болезненным состояниям.

Опираясь на стадии патологического процесса при системной красной волчанке и склеродермии понятие «диффузные коллагеновые болезни» в начале 1940-х г. ввел доктор Клемперер (Klemperer). Позднее доктор Рич (Rich) на основе изучения патологического процесса при васкулите ввел термин «коллагено-сосудистые заболевания». А уже в 1952 г. доктор Эрич (Ehnch) применил обобщающее понятие «заболевания соединительной ткани».

Но, как и в любой науке, этапу обобщения, характерному для XIX – XX вв., предшествовал длительный этап накопления эмпирической информации. Поэтому у каждого ревматического заболевания имеется своя неповторимая история открытия.

**История выявления отдельных ревматических заболеваний**

***Системная красная волчанка.*** Lupus – «волк» – слово латинского происхождения, которое употребляли еще в Средние века для определения различных кожных недугов с глубокими ранами, напоминающие следы от укуса волка, а «красная» – из-за похожести с повреждениями при подобном укусе.

Существует еще вариант возникновения этого понятия, он связан с суевериями средневековья – это концепция колдовского превращения некоторых людей в животных, в этом случае ликантропия (перевоплощение в волка).

Кто первым назвал заболевание «системной красной волчанкой», доподлинно неизвестно, хотя предположений много. Кто-то приписывает это Гиппократу (406-374 гг. до н. э.), он кожные поражения, такие как «herpes esthiomenes», мог отнести к волчанке. Об этом говорил и португальский врач Аматус Луситанус (Amatus Lusitanus) (1510-1568), который и предложил использовать этот термин – «herpes ulcerosus». В свою очередь, Парацельс (1493-1541) расценивал волчанку как кожную манифестацию, которая отличается от свищей и злокачественных образований, от герпеса («herpes esthiomenes»), и рекомендовал лечить эту болезнь самым популярным в средние века методом – кровопусканием. Определение «Lupus» фигурирует в работах Джовани Майнарди (Giovanni Mainardi) – наставника Парацельса, а также в исследованиях профессора медицины немецкого университета Виттеберга Даниэля Сеннерта (Daniel Sennert), жившего в XVII в.

С подлинно научной точки зрения эта болезнь стала известна с 1828 г. после ее описания французским дерматологом Биеттом (Biett). В 1845 г. Фердинанд фон Хебра (Ferdinand von Hebra) описал сыпь по типу «бабочки» на носу и щеках. А в 1873 г. дерматолог Капоши (Kaposhi) выявил, что многие больные с такими кожными проявлениями имеют еще и заболевания внутренних органов. Через 22 года Уильям Осьер (William Osier) обнаружил, что недуг может развиваться и без кожных признаков, а системные симптомы данной болезни назвал «экссудативной эритемой.» В середине XX в. Уильям Харгрэйвс (William Hargraves) описал LE-клетки, что позво-

*Системная красная волчанка*

лило врачам идентифицировать многих пациентов с системной красной волчанкой.

*Ревматоидный артрит*

И, как известно, болезни все равно, кем является больной – богатым или бедным, знаменитым или безвестным человеком. От осложнений, вызванных системной красной волчанкой, скончались бывший президент Филиппин Фердинанд Маркос и южно-американская писательница Флэннери О'Коннор (Flannery O'Connor).

***Ревматоидный артрит*** – таинственное заболевание во многих отношениях. По изучению этой болезни проводятся научные исследования, разрабатываются новые методы лечения, постоянно изменяется само понимание болезни, но до конца его тайна до сих пор не разгадана.

Ревматоидный артрит оставляет свои беспощадные следы на суставах. Поэтому, откапывая поселения древних людей, археологи находят характерные для ревматоидного артрита изменения в останках скелета. Наиболее старые захоронения обнаружены в США, штат Тенесси, им примерно 6500 лет.

В трудах врачей начала нашей эры встречались упоминания случаев заболевания, очень напоминающие течение ревматоидного артрита. Некоторые ученые находили признаки артрического поражения кистей на картинах Рубенса и других художников.

Более подробное и правильное описание датируется 1800 г. и принадлежит оно Августин-Якобу Ландре-Бовэ, правда, он считал его разновидностью подагры. Современное название ревматоидному артриту дал А. Б. Гарро в 1858 г., а критерии отличия его от подагры он разработал чуть позже – в 1892 г.

Ревматоидным артритом в свое время страдали такие великие люди, как Ренуар, Эдит Пиаф, Розалин Рассел, первый в мире хирург, осуществивший операцию по пересадке сердца – Кристиан Бернар, американские президенты Рузвельт, Джефферсон и Мэдисон.

***Склеродермия*** – этот недуг, по предположениям ученых, первым в 400 г. до н. э. квалифицировал Гиппократ: «люди, у которых кожа натянутая, сухая и плотная; болезнь заканчивается без выделения пота». В середине XIX в. практически одновременно два врача описали симптомы этой болезни, английский врач В. Д. Чаун (W. D. Chowne) представил ребенка с клиническими симптомами этого заболевания, а потом Джэймс Стартин (James Startin), тоже из Англии описал взрослого больного с такими же признаками недуга. Но сам термин «склеродер-

*Склеродермия*

мия» в 1860 г. использовала французский клиницист Эли Жинтрак (Elie Gintrac).

Жертвой этой болезни стал Поль Кли (Paul Klee) (1879-1940) – высокоодаренный швейцарский художник, оставивший после себя более 9000 работ в разных областях. Болезнь его настигла в возрасте 56 лет, и это нашло отражение в его картинах, это полотно «Суровое лицо» («Stern Visage»), изобразившее кожные изменения, и «Терпение» («Durchhalten») в виде переплетения линий, внушенное автору дисфагией во время его последнего пребывания в лечебнице.

***Подагру*** называют «королевской» или «барской» болезнью, даже в далекие времена было отмечено, что этим недугом часто страдали знаменитые императоры, короли, адмиралы, полководцы и философы. Виновниками заболевания считали переедание, малоподвижный образ жизни, чрезмерное употребление вина при значительной умственной нагрузке. Но это не стыковалось с политической, социальной, творческой и повышенной физической активностью многих известных больных, которые успевали за свою жизнь добиться многого.

*Король Франции Людовик XVIII (1755–1824) страдал от подагры*

Подагру называли в средневековой медицинской литературе термином «gutta», латинским аналогом слова «капля» яда. Первым Гиппократ в V в. до н. э. описал клинические проявления подагрического артрита по причине чревоугодия и искаженной диеты у сексуально активных женщин в постменопаузе и мужчин среднего возраста и старше. Сам Гиппократ страдал подагрой, а его соотечественники «окре-

*Туфозы при подагре*

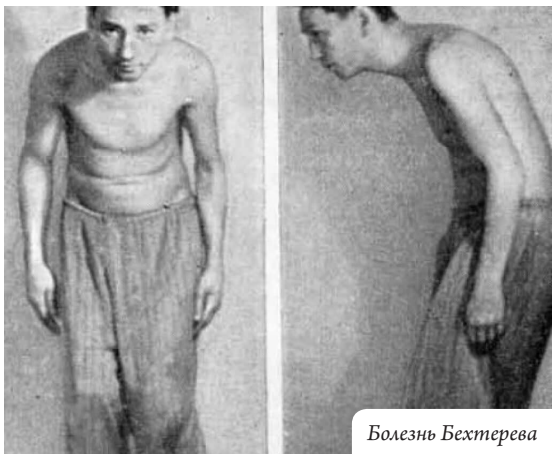
стили» эту болезнь «капканом для ног» (от гр. podo – нога и «ager» – капкан). В XVIII в. медики заметили мочевую кислоту в образующихся у подагриков почечных камнях. Но только в XX в. ученые смогли подтвердить, что повышенное содержание мочевой кислоты у людей, мучающихся подагрой, является индуктором умственной деятельности. Вот почему среди них так много талантливых людей и гениев. Среди российских ученых большой вклад в развитие «подагрической» теории гениальности внес В. П. Эфроимсон (1908–1989), он проанализировал в своих трудах биографии сотен знаменитых людей, страдающих подагрой: Карл Великий, Иоанн Грозный, Борис Годунов, Филипп II, Александр Македонский, Юлий Цезарь, Петр I, Оливер Кромвель, адмирал Нельсон. Печатью этой болезни отмечены известные музыканты, художники, поэты, скульпторы и писатели: Микеланджело, Рембрандт, Рубенс, Ренуар, Бетховен, Тютчев, Мопассан, Тургенев, Блок, Данте, Гете, Пушкин.

***Острая ревматическая лихорадка (ревматизм).*** Первые упоминания о заболевании суставов под названием «ревматизм» встречаются в древнекитайской медицине. Гиппократ также расписал клинику полиартрита, отметив, что это заболевание чаще всего встречается у молодых людей. Подобно жидкости (лат. humor – жидкость) этот болезнетворный процесс «растекался» по суставам. И вплоть до начала XX в. все заболевания суставов определялись как ревматизм. Когда-то Ласег произнес фразу: «Ревматизм лижет суставы, но кусает сердце», и она до сих пор соответствует моменту. А С.П. Боткин смог доказать, что при ревматизме поражаются еще и другие органы: печень, легкие, почки, кожа, нервная система.

*Острая ревматическая лихорадка*

Для XX в. типично бурное развитие морфологических изысканий. Людвиг Ашофф первым выявил и описал морфологический субстрат ревматизма – характерную клеточную гранулему. В 1929 г. Талалаев констатировал, что ревматическая гранулема Ашоффа – только одна из стадий, а всего существует три фазы болезни: экссудативно-пролиферативная фаза, клеточная пролиферация и склероз. Ревматическую гранулему так и называют до сих пор Ашофф-Талалаевской. В 1950-х гг. доктор Скворцов показал, что тяжесть клинических признаков при ревматизме у детей определяется не столько развитием этих гранулем, сколько поражением соединительной ткани. Затем Ребекка Лансфилд (Rebecca Lancefield) разделила все гемолитические стрептококки на группы, что помогло внести ясность в эпидемиологию заболевания. Впервые доктор Т. Д. Джонс (T. Duckett Jones) разработал и опубликовал в 1944 г. критерии диагностики острой ревматической лихорадки. Затем они были приняты и пересмотрены Американской кардиологической ассоциацией.

***Спондилоартропатия (анкилозирующий спондилит)*** или ***болезнь Бехтерева*** – заболевание, которое поражает суставы и позвоночник, знакомое человечеству не одно тысячелетие. В 1559 г. Реалдо Коломбо представил в своей книге «Анатомия» два скелета с характерными для анкилозирующего спондилита изменениями. Спустя столетие ирландский врач Бернард Коннор (Bernard O'Connor) описал скелет человека с признаками сколиоза, где тазовая кость, крестец, поясничные позвонки и 10 грудных позвонков с ребрами были сращены в единую кость. Но только в XIX в. в литературе стали появляться первые клинические описания болезни. Именно тогда в работах Бенжамина Трэверса, (Benjamin Travers), Лайонса (Lyons) и Клуттона (Clutton) впервые были описаны примеры этой болезни у детей и подростков. Но положила начало выделению анкилозирующего спондилоартрита в отдельную нозологическую форму и введению в обиход врачей термина «Болезнь Бехтерева» статья самого Владимира Михайловича Бехтерева «Одеревенелость позвоночника с искривлением его, как особая форма заболевания», которая появилась в 1892 г. в жур-



*Болезнь Бехтерева*

нале «Врач». Но все же иногда в медицинской литературе попадается и термин «Болезнь Бехтерева-Штрюмпеля-Мари», который включает в себя имена еще двух ученых, ставших пионерами изучения анкилозирующего спондилоартрита. А сам термин «анкилозирующий спондилоартрит», отражающий морфологическую основу болезни при её естественном течении, предложил Френкель (Frenkel) в 1904 г.

Страдали болезнью Бехтерева: чемпион мира по шахматам Владимир Крамник; чешский писатель Карел Чапек; норвежский государственный и политический деятель Йенс Столтенберг; советский эпидемиолог Даниил Кириллович Заболотный.

***Лаймская болезнь*** (или болезнь Лима, клещевой боррелиоз, Лайм-боррелиоз) – инфекционное, преимущественно трансмиссивное заболевание, обладающее большим полиморфизмом клинических проявлений и вызываемое, по крайней мере, тремя видами бактерий рода Borrelia, типа спирохет. Borrelia burgdorferi доминирует как возбудитель болезни Лайма в США, в то время как Borrelia afzelii и Borrelia garinii – в Европе. Бактерии распространяются через укус инфицированных иксодовых клещей, принадлежащих к нескольким видам рода Ixodes.

Официальное название заболеванию было дано по имени его возбудителя, относящегося к типу спирохет – Borrelia burgdorferi. Лаймской болезнью стали называть ее после вспышки инфекции среди жителей г. Лайма в шт. Коннектикут (США) в 1975 г. После исследований ученых, проведенных у детей и взрослых, страдающих ювенильным артритом, были впервые описаны симптомы и высеяны патогенные организмы, которые стали причиной заболевания. Врач Аллен Стир (англ. Allen Steere) выявила больных ювенильным артритом, у которых болезнь появляется после укуса клещей, и артрит часто совмещался с мигрирующей кольцевидной эритемой. Такое поражение кожи было известно в Европе как эритема Афрелиуса.

*Болезнь Лайма*

Клинические проявления болезни, похожие на системный клещевой боррелиоз, зарегистрированы в Западной Сибири, на Дальнем Востоке, Прибалтике, северо-западных и центральных районах России, а также в Предуралье и на Урале. Отмечается, что в последние годы приходят сообщения о случаях Лаймской болезни в ряде стран Европы.

Известные актеры Бен Стиллер, Алек Болдуин, Эшли Олсен болели клещевым боррелиозом или Лаймской болезнью.

## История лечения ревматических заболеваний

Фармакология (от греческого «pharmakon» – лекарство, яд и «logos» – слово, учение) – это медико-биологическая наука, изучающая действие лекарственных веществ на живые организмы, и чаще всего в условиях патологии. История фармакологии развивалась одновременно с самим человечеством, ведь инстинкт самосохранения заставлял человека изучать лечебные свойства растений, которые его окружали. Люди наблюдали и за больными животными, которые выискивали свою лечебную травку, поедали её и после этого выздоравливали.

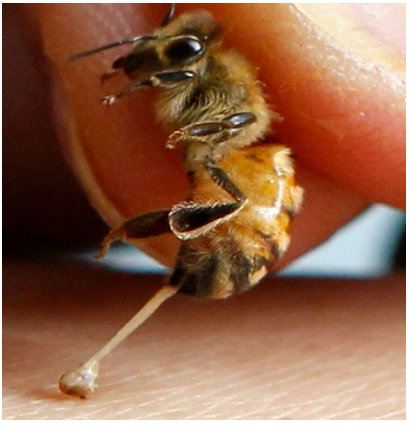
С древних времен в народной медицине использовались различные травы, цветы, деревья, из поколения в поколение передавались рукописные книги, которые, к примеру, на Руси называли «травники» и «лечебники». А занимались в то время траволечением, как правило, люди, связанные с религиозным культом: шаманы, колдуны и монахи. Наравне с фитотерапией такие люди использовали заговоры, магические заклинания, а позже и пуск крови, иглоукалывание и даже прижигание, горячие ванные и массаж, в том числе для лечения ревматических заболеваний.

***Фитотерапия.*** Больше тысячи лет назад китайцы вывели универсальную формулу снятия суставных болей. Ее сущность заключается в использовании трав с обезболивающим, укрепляющим и питательным эффектами, главное, противопоказаний к данному виду лечения нет. Например, ревматоидный артрит лечился трехкрыльником Регеля и крылоорешником, и еще одним растением, в котором более 300 полезных веществ – Триптеригиум Вильфорда или Гром винного бога. Оно лечит отеки, воспаление, болевые симптомы в суставах. Часто используемые растительные составляющие фитотерапии включают: Chuifong Toukuwan,

женьшень (Ginseng), рехманию (Rehmannia), клематис (Clematis), стефанию (Stephania), Ma-huang, Tang-kuei, Ho-shou-wu. Травы улучшают метаболизм в организме человека, стимулируют восстановление изношенных тканей, поэтому китайские травы применялись с древних времён в лечении артрита и других ревматических заболеваний. Основу многих лекарств Китая составляют природные составляющие, поэтому целебные растения там выбирают с особым вниманием. И всегда схема лечения разрабатывается специально для каждого человека на основе его жалоб.

Еще в древние времена люди искали чудодейственное средство, которое помогало бы при любой боли. Примерно в 70 г. н.э. в работе «О лекарственных веществах» Диоскорид расписывает использование семян безвременника (Colchicum) – шафрана лугового – при лечении подагры. Экстракты семян затем применялись в XIX в. Колхицин был получен из семян в 1820 г. французскими химиками Пьером Жозефом Пеллетье и Жозефом Бьенеме Кавенту. Данное вещество эффективно снимает боль и отечность во время острых приступов подагры. В настоящее время колхицин (алкалоид клубнелуковиц безвременника великолепного) или колхикум (безвременника осеннего семян экстракт) продолжают активно использоваться у ревматологических пациентов для купирования приступов подагры и профилактики повторных. Данные препараты включены в клинические рекомендации по лечению подагры.

*Шафран Луговой*

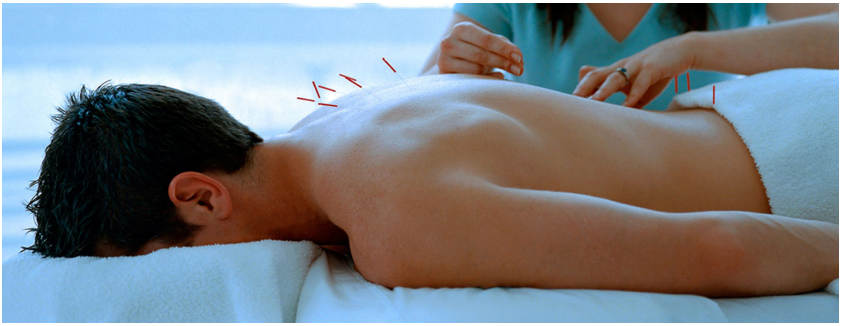


Также из древности дошла до нас ***апитерапия*** – лечение пчелиным ядом и продуктами пчеловодства, возможно, этот метод лечения родился одновременно с самим человечеством – изображения пчел, используемых для лечения разных недугов, можно найти даже в наскальной живописи. А на Руси даже была поговорка: «Кого жалят, того жалуют».

Пчелиный яд также использовался в Древнем Египте, Греции, Китае и Индии как лечебное средство (в основном в виде втираний). В работах великих врачей Гиппократа, Галена, Плиния отмечаются целебные свойства пчелиного яда и мёда. До нас дошли истинные факты излечения таким методом от подагры, например, шведского короля Карла Великого и русского царя Ивана Грозного. Когда пчелиный яд попадает в пораженное место, капилляры и артерии расширяются, это способствует увеличению притока крови, а также улучшению кровообращения в больном суставе. Исчезают болезненные ощущения и повышенная отечность. Кроме пчелиного яда для лечения артрита широко использовалось и королевское желе – это клейкая масса, вырабатываемая рабочими медоносными пчелами и идущая на питание личинок.

Еще один неспецифический древний способ лечения – ***лечение медью***. О ее целебных свойствах люди распознали давно. Рецепты разных «медных лекарств» были в запасе врачей всего мира. О ***металлотерапии*** знали еще Аристотель и Гален. Так, Аристотель писал, что прикладывание меди на ушиб предотвращает появление синяка, а также медь лечит отечность. Эти знания мы активно применяем и сегодня. Врачеватели Древнего Востока переломы костей лечили порошком красной меди, ее больные принимали внутрь и запивали водой или молоком. Популярностью пользовались и медные браслеты. В России также издавна медью лечили ушибы и переломы костей, радикулиты, полиартриты и многие другие болезни, даже холеру. Медь успокаивает боль, снимает воспалительные процессы, ускоряет созревание нарывов, активизирует защитные силы человека, при контакте с кожей оказывает бактерицидное воздействие.

Еще одна из древних оздоровительных методик – ***акупунктура*** или ***иглоукалывание*** – старинная практика китайской медицины. Акупунктура – слово, производное от acus– игла и punctura – укол, пришло к нам из Франции. Употребляется также подлинное китайское название метода – чжень-цзю (чжень – иглоукалывание, цзю – прижигание). Суть метода заключается во введении специальных тонких иголок в определенные точки тела, что способствует выбросу в кровь эндорфинов, эндогенных опиатов, обладающих болеутоляющим и лечебным действием. Китайцы считают, что иглы отпирают поры, через кото-



рые уходят болезни. Акупунктура смягчает боль и выправляет патологические изменения, исправляя баланс жизненной энергии в организме. При помощи стимулирования акупунктурных точек настраивается естественный баланс. При этом акупунктура стимулирует выброс серотонина и эндорфинов – естественных модуляторов боли.

Также издавна врачи писали о роли ***диеты*** в лечении многих заболеваний, в том числе и ревматологических. И хоть понятие «диета» существует еще с древности, в те времена «питаться диетически» означало, скорее, «питаться правильно». Впервые слово «диета» упоминается в трудах Пифагора. Он призывал отказаться от употребления мяса и гороха, фасоли, чечевицы и пр., так как они приводят к повышенному газообразованию. Гиппократ и Гален пропагандировали ячменный хлеб и ячменную воду от подагры, а от хронической подагры рекомендовали слабительную терапию. Римский император Август успешно использовал диету для лечения его ревматизма, а также применял различные формы курортной терапии.

Сегодня питание при ревматических болезнях строится с учетом особенностей течения болезни, ее фазы, наличия нарушений кровообращения, лекар-

ственной терапии, но многие из старинных способов лечения сохранились и до нынешних времен, и они легли в основу нетрадиционной медицины.

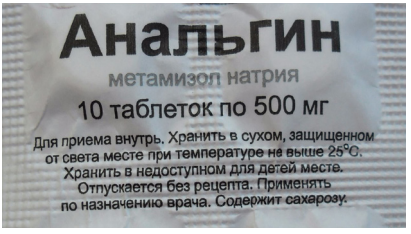
Наряду с нехимическими или природными способами лечения, человечество с древности применяло и медикаментозное лечение, т.е. с использованием препаратов, созданных химическим путем либо путем смешивания различных ингредиентов.

***Нестероидные противовоспалительные препараты***

В египетских папирусах попадаются упоминания об обезболивающем действии лекарств, изготовленных на основе коры ивы. Латинское название этого растения в последующем дало название центральной химической группе НПВП – салицилат (лат. Salyx – ива). Но целительный рецепт древних знахарей был надолго забыт, и лишь в XVIII в. о «салицилате» вспомнили вновь и его стали назначать при суставных болях. Но в промышленных масштабах салициловую кислоту стали производить только с 1860 г. (автором этой методики был немецкий биохимик Адольф Кольбе).

10 августа 1897 г. – день рождения известного аспирина. Сначала он выпускался в виде порошка и был рецептурным препаратом. Отцом ацетилсалициловой кислоты принято считать немецкого химика Феликса Гоффмана, который работал в компании «Байер». С 1904 г. компания стала выпускать аспирин в таблетированной форме. С 1915 г. аспирин мог приобрести любой желающий, отчего он стал очень популярен. Большинство всех используемых сегодня НПВС были получены путем синтеза в XX веке.

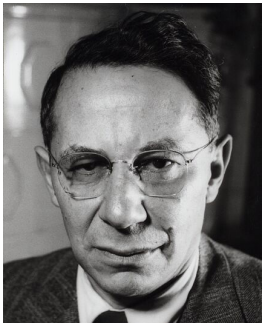
В 1920 году немецкая компания Hoechst AG разработала метамизол натрия, известный нам как анальгин. Он быстро стал популярен, но через 10 лет появилась информация о его токсическом действии на систему кроветворения. С 1977 г. этот препарат перестал использоваться в США.



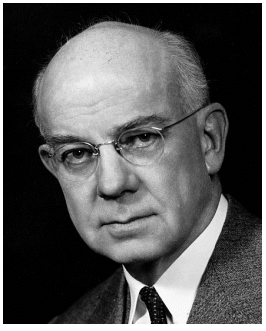
В конце XIX века появился целый ряд новых обезболивающих лекарств, многие из них обладали побочными действиями. Это были пиразолоновые производные, такие как аминофеназон и феназон (антипирин). Они долго считались «золотым стандартом» лечения ревматологических заболеваний и применялись до 70-х годов XX в., но потом появились более эффективные и безопасные препараты. Дольше всего применялся амидопирин. На его основе специалисты швейцарской фирмы «Гейги» («Geigy») пытались создать новый препарат. В результате в 1949 г. появилось средство «Иргапирин». Ученые выяснили, что сам растворитель амидопирина обладает мощным противовоспалительным действием, и с 1952 г. он вышел на рынок как новое сильнодействующее антиревматическое средство – фенилбутазон, который потом использовался больше 40 лет.

Фармацевтические фирмы разных стран начали разрабатывать подобные препараты. Такими опытами активно занимался ученый китайского происхождения доктор Шен, который работал в американской фирме «Мерк, Шарп и Дом». Он и открыл в 1960 г. вещество, практически такое же результативное, как и фенилбутазон, которое получило название индометацин. В 1966 г. в лаборатории фирмы Гейги (Geigy) доктор Альфред Саллманн (Alfred Sallmann) создал высокоактивное вещество GP 45840, мы знаем его под названием «диклофенак». Было установлено, что этот препарат обладает противовоспалительными, обезболивающими и жаропонижающими свойствами. Вольтарен – еще одно новое лекарство – было представлено в 1974 году компанией Новартис (Novartis), оно до сих пор остается эффективным и популярным препаратом. Эту группу лекарств называют нестероидные противовоспалительные препараты. Последние годы

*Лауреат Нобелевской премии Филип Шоуолтер Хенч*



*Лауреат Нобелевской премии Тадеуш Рейхштейн*

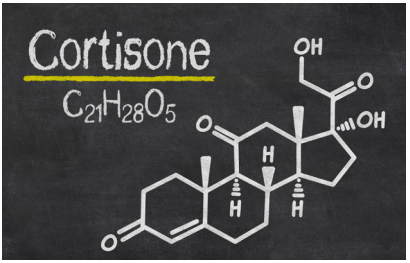


*Лауреат Нобелевской премии Эдвард Кэлвин Кендалл*

перечень нестероидных противовоспалительных препаратов продолжает пополняться, разрабатываются все более эффективные и безопасные средства.

Другая не менее важная группа препаратов, используемая в ревматологии – глюкокортикоиды. История их применения началась с клинических наблюдений врача – ревматолога Ф. Хенча (клиника Мейо, США), который заметил, что у женщин, болеющих ревматоидным артритом, во время беременности фиксируется уменьшение выраженности суставного синдрома. Хенч допустил, что в таких случаях у пациенток появляются некие вещества, скорее всего гормоны, тормозящие воспаление, и через 20 лет это предположение ученые смогли проверить. В это время, независимо друг от друга, швейцарский химик Тадеуш Рейхштейн и американский биохимик Эдвард Кендэлл, работавшие в одной больнице, выделили кортикостероиды из коркового вещества надпочечников. В сентябре 1948 года они впервые ввели кортизон больному ревматизмом. Вся больница затаила дыхание. И чудо произошло. Пациент, пролежавший неподвижно 6 лет из-за сильнейших болей при попытках двигаться, встал самостоятельно. Тогда же 29-летней женщине, страдающей ревматоидным артритом, было сделано несколько уколов гидрокортизона и это вызвало удивительный клинический эффект. Так, в 1948 г. началась эпоха кортикостероидной терапии, которая спасла миллионы жизней. В 1950 г. Кендэлл, Хенч и Рейхштейн были удостоены Нобелевской премии.

Ученые активно стали разрабатывать показания и схемы применении кортизона и его аналогов, и за 8 лет (до 1957 г.) вышло более 800 публикаций на эту тему. Кроме этого, после 1950 г. почти ежегодно стали появляться новые препараты кортикостероидов: в 1950 г. – гидрокортизон, в 1954 г. – преднизолон, в 1955 г. – флуорогидрокортизон, в 1956 г. – триамцинолон, в 1958 г. – дексаметазон.



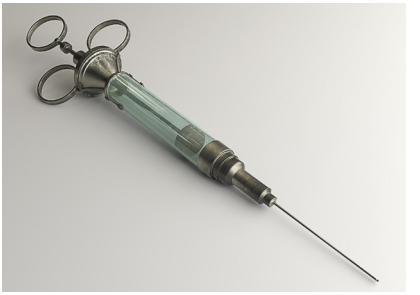

В СССР в середине 1950-х гг. глюкокортикоидные гормоны (преднизолон) впервые были применены для лечения системной красной волчанки. Сегодня глюкокортикоиды активно используются для лечения ревматических заболеваний, таких как системные васкулиты, системная красная волчанка, полимиозит и дерматомиозит.

***Локальная инъекционная терапия ревматических болезней*** также играет сегодня важную роль в повседневной деятельности врачей – ревматологов. Но до начала XX века основным путем введения и поступления лекарств в организм больных был пероральный путь, а большинство лекарственных форм применялось в виде микстур и пилюль. Так было, начиная со времен Гиппократа, однако даже в те времена шел поиск альтернативы. Так, 2400 лет назад Гиппократ в качестве шприца использовал пустую трубку, к концу которой был приделан мочевой пузырь свиньи. В 1648 г. французский философ, математик и физик Блез Паскаль изобрел шприц – забавную конструкцию из пресса и иглы. Несмотря на то, что внутривенные инъекции проводились, начиная с середины XVII в., современного вида шприц был изобретён лишь в 1853 г. Интересно, что придумали шприц сразу два человека, работавших независимо друг от друга: шотландец Александр Вуд (Wood) и француз Шарль Габриель Праваз (Charles-Gabriel Pravaz). А название машинке для инъекций – «spritze», что значит «впрыскивать, брызгать» – придумали немцы. Но простой и удобный шприц для инъекций был изобретен лишь в первой половине XIX в. Американец Зофар Джейн в 1841 г. придумал шприц с острым наконечником. Но чтобы ввести препарат в ткань, требовалось сначала сделать разрез кожи с помощью ланцета. Затем Фрэнсис Ринд – врач из Ирландии – представил сложный стилет оригинальной формы для подкожного введения лекарства. Ринд верил, что если с помощью этого устройства ему удастся ввести успокоительное средство в организм пациента, то боль будет снята гораздо быстрее, чем, если бы тот принял таблетку. И хоть этот сложный механизм не походил на сегодняшний шприц, действие его было схожим.

Одноразовый шприц изобрел новозеландец Колин Мердок – фармацевт и ветеринар, получивший за свою жизнь 45 патентов. Идея пришла ему в самолете в 1956 г., в это время изобретателю было 27 лет. Россия не осталась в стороне, именно у нас появился и надежно служил долгие годы простой и удобный в применении разборный шприц «Рекорд». В середине 1950-х гг. на рынке появились как стеклянные, так и пластиковые шприцы. Всего в мире выдано более 300 патентов на различные конструкции шприца и его отдельные узлы. Большая их

часть сегодня успешно применяются ревматологами для введения пациентам различных препаратов.

История разработки противовоспалительных и базисных препаратов продолжается. В настоящее время в ревматологии широко используются как базисные препараты, так и новые высокоэффективные таргетные препараты.



## Глава 2. История отечественной ревматологии в XIX – начале XXI вв.

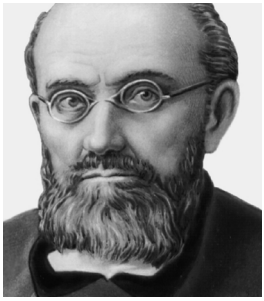
### Накопление знаний о ревматических заболеваниях в имперский период

Ревматологические заболевания давно уже принято считать бичом общества, ведь эти болезни поражают не только суставы, но и весь организм, со временем превращая человека в инвалида, если вовремя не принять меры. История развития отечественной ревматологии богата интереснейшими фактами и открытиями, и, несомненно, связана с влиянием зарубежной науки, о которой мы поговорили в первой главе настоящей книги. Ведь мы знаем много примеров, когда похожие изобретения появлялись практически одновременно в разных странах.

Так, в 30-е гг. XIX в. основатели нынешнего учения о ревматизме французский врач Ж. Б. Буйо и российский врач Г. И. Сокольский, независимо друг от друга, установили связь между полиартритом и поражением сердца. С этого момента начинается новая история изучения ревматизма как особого клинического варианта висцеральной патологии, что позволяет называть ревматизм болезнью Буйо – Сокольского. А ведь до этого открытия доминировали представления о ревматизме только как о суставном заболевании и почти не затрагивали проблемы ревматического поражения сердца. Другие ученые из всей группы ревматических болезней выделили ревматоидный артрит, склеродермию, системную красную волчанку и другие недуги. Последующее развитие теории о существовании некой соединительной ткани с присущими ей реакциями, изучение патоморфологической картины серии ревматических заболеваний и типичной для патологии соединительной ткани фибриноидной трансформации стали главной теоретической основой развития ревматологии в XIX в.

Сергей Петрович Боткин (1832 – 1889) – известный врач-терапевт, один из основоположников физиологического направления русской научной клинической медицины – первым увидел связь ревматизма с инфекцией и описал ревматический плеврит, нефрит (1874), подчеркнув тем самым системный характер заболевания. Вместе с тем, С.П. Боткин соотносил происхождение болезни с причиной, которая всегда предопределяется главным образом внешней средой, действующей непосредственно на организм.

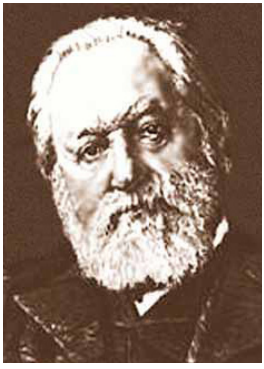
*Врач*
*Сергей Петрович Боткин*
*(1832–1889)*



*Врач Григорий Антонович Захарьин (1829–1897)*

Григорий Антонович Захарьин (1829–1897) – русский врач-терапевт, заслуженный профессор Московского университета, основатель Московской клинической школы – обосновал нозологическую самостоятельность ревматизма и эффективность его лечения салицилатами.

Григорий Митрофанович Малков (1869– 1919) – известный терапевт, профессор Киевского университета по кафедре частной патологии и терапии, директор факультетской терапевтической клиники Киевского женского медицинского института – подчеркнул роль стрептококка и воспаления глоточных миндалин в развитии ревматизма (1900). Им был установлен факт, подтверждающий стрептококковую этиологию ревматизма. В 60-75% случаев развитию ревматизма предшествует ангина; в 80% и более – носоглоточная инфекция; в 5-13% случаев – скарлатина. Рецидивы ревматизма также появляются часто после вспышки стрептококковой инфекции.



*Врач-терапевт Григорий Иванович Сокольский (1807–1886)*

Российский ученый Григорий Иванович Сокольский (1807–1886) – один из основоположников современного учения о ревматизме. Он внес огромный вклад в развитие ревматологии, внутренних болезней, фтизиатрии, расширение возможностей клинической диагностики заболеваний. Он был очень трудолюбив: во второй половине 1830-х гг. молодой ученый ежегодно издавал одну или две крупные работы. Его работа «О ревматизме мышечной ткани сердца» (1836), обнаружив связь поражений суставов и сердца, сформировала новое понятие о патофизиологии ревматизма. Для Григория Ивановича Сокольского не существовало авторитетов, он не принимал чужих суждений, пока сам не приходил к убеждению в правильности той или иной позиции. «Человек, напитанный чужим умом,- говорил Сокольский, – есть навьюченное чужой тяжестью животное». На основании своих клинических наблюдений Сокольский пришел к следующему заключению: «Ревматизм сердца никогда не появляется первоначально, но всегда предшествует оному ломота в наружных частях тела, которая или еще продолжается, или, что бывает чаще, за несколько времени до поражения груди, утихает. Сие обстоятельство очень важно в диагностике сей болезни, особенно для тех, которые свою патологию основыва-

ют на словах больного; формы наружного ревматизма, после которых образуется ревматизм сердца, суть ревматизм конечностей и грудных мышц. Молодые люди обоих полов в периоде возмужалости более прочих наклонны к сей болезни, по крайней мере, известные мне случаи оной не показывают ни юного, ни преклонного возраста». Он оценивал сердечную деятельность в зависимости от комплекции пациента, состояния его нервной, пищеварительной и других систем, его характера. Г.И. Сокольский как кардиолог привнес много нового и оригинального в метод исследования больного и в описание болезней. Он утверждал, что ревматизм – распространенное заболевание, и у большей части пороков сердца ревматическое происхождение, чаще всего пороки появляются из-за неправильного лечения и не вовремя поставленного диагноза, а «разного рода одышки» – последствие ревматического поражения сердца.

Г. И. Сокольский стал первопроходцем и в области лечебных методов, много внимание он уделял режиму больного, его питанию и его психическому состоянию. Он писал: «Наука состоит не из того, что люди думали или думают, но из того, до чего они дошли и что знают». Он часто сомневался в справедливости многих медицинских положений прошлого и учил «наблюдать природу в тишине и вдали от врачебных предрассудков». Сокольский не любил хвалиться книжной эрудицией. Он уверял: «Долгом считаю сказать, что все упоминаемые мною как патологические, так и анатомические положения многократно проверены собственными наблюдениями».

Продолжая разговор об этом времени, необходимо еще раз остановиться и более подробно рассказать о двух крупных ученых: С. П. Боткине и Г. А. Захарьине. Сергей Петрович Боткин внес огромный вклад в развитие как российской медицины в целом, так и отечественной ревматологии в частности. Сергею Петровичу Боткину мы обязаны: применением термометра; взятием анализов; появлением санитарно-эпидемиологической службы; бесплатной медициной; появлением женщин-врачей; крымскими курортами; понятием «бархатный сезон», когда вслед за императрицей, приезжавшей в Крым осенью, потянулись светские дамы в бархатных платьях. Много сделано С.П. Боткиным и для изучения ревматических заболеваний, он оха-

*Боткин С.П. на обходе больных в клинике*

*Боткин С.П. на обходе*

*В Боткинской больнице*

рактеризовал ревматизм как общее заболевание: «…Вы имеете заболевание общее, проявляющееся, между прочим, и лихорадкой», которое «не всегда идет рука об руку с ревматическим воспалением суставов, так как бывают даже такие случаи, где высокая температура держится день-два или три, а суставы не представляют еще никаких изменений… Их весьма важно иметь в виду для выяснения всего болезненного процесса, в котором, как видите, характерные местные изменения не представляют всей сущности болезни».

С. П. Боткин предположил, что поражаться при ревматизме могут не только суставы и сердце, но и другие органы, «эта болезнь имеет свойство поражать и другие серозные оболочки», что «иногда могут заболеть даже и другие внутренние органы, как, например, может открыться и пневмония совершенно особого характера и дающая особое предсказание. Могут заболевать тяжелым паренхиматозным процессом и почки, наконец, могут появиться одновременно и очень тяжелые мозговые припадки, бред, судороги и т. д.». С. П. Боткин первый обосновал причинную связь ревматизма с инфекцией: «Не могу не заметить здесь, однако, что воззрение, которое начинает в последнее время проявляться об инфекционной натуре острого сочленовного ревматизма, становится, по крайней мере, для известной группы случаев, все более и более вероятным». По поводу ревматического эндокардита он указывал врачам, что к диагностике этого заболевания не следует подходить легкомысленно, ведь часто развитие

*Боткин С.П. со студентами в анатомической. Санкт-Петербург, 1887 г.*

систолического шума бывает связано с поражением папиллярных мышц и их ослаблением, а совсем не с наличием эндокардита: «Не думайте, что каждый раз, когда вы слышите систолический шум у верхушки сердца и притом сопровождающийся даже изменением объема сердца, что этот шум обусловливается вальвулярным эндокардитом».

Так же, как и его современники, С. П. Боткин одобрительно отзывался о применении салицилатов при лечении ревматизма. Он со своим коллегой Дроздовым создал метод фарадизации воспаленных при ревматизме суставов, получив при этом положительный результат.

В конце XIX в. в России было два известных медицинских гиганта. А.П. Чехов писал по этому поводу: «В русской медицине Боткин то же самое, что Тургенев в литературе. А Захарьина я уподобляю Толстому – по таланту». И говоря об истории отечественной ревматологии, необходимо рассказать подробнее о Григории Антоновиче Захарьине – удивительном московском докторе, выдающемся клиницисте-практике своего времени, талантливом терапевте и крупном учёном. Он, как и С.П. Боткин, был чужд влиянию каких-то авторитетов. Главную задачу клинициста Г. А. Захарьин выразил следующим образом: «Определить, какая болезнь (исследование и распознавание), как она пойдет и чем кончится (предсказание), назначить план лечения и проводить в исполнение, сообразуясь с течением болезни (наблюдение)». Захарьин был одним из самых незаурядных клиницистов-практиков того времени. Григорий Антонович выработал свой способ лечения больного, а именно: скрупулезное и основательное изучение больного, желание проникнуть в его жизнь, в его психологию. Он мог беседовать с пациентом подолгу, может и не один час. И этот метод получил медицинское название – анамнез. Григорий Антонович Захарьин говорил о себе словами Суворова: «Ты, брат, тактик, а я – практик». Он описал свои приемы диагностики и взгляды на лечение в «Клинических лекциях», ставших очень популярными. Эти лекции неоднократно издавались на многих языках – английском, французском, немецком.

*Клиническая больница №6 им. Г.А. Захарьина и памятник ему в г. Пенза*

Г.А. Захарьин выделил ревматизм и ревматический полиартрит в самостоятельную нозологическую форму, он говорил, что «тяжелые случаи острого сочле-

новного ревматизма с сердечными и другими осложнениями могут, конечно, условливаться особенно сильным действием его болезнетворной причины, по всей вероятности, паразитарной, потому что острому сочленовному ревматизму присущи все характеры заразной болезни и притом острой». Г. А. Захарьин отмечал, что «ревматизм – резко обособленная болезнь, не менее определенная, чем корь, оспа, скарлатина, брюшной, сыпной тиф и т. д., поэтому название «ревматизм» нужно сохранить только для острого сочленовного ревматизма». Г. А. Захарьин также говорил о положительном эффекте салициловой терапии для подтверждения диагноза ревматизма: «…Салициловый натр против острого сочленовного ревматизма едва ли менее специфическое средство, чем хинин против малярии».

Г. И. Сокольский, С. П. Боткин и Г. А. Захарьин совершенно самостоятельно пришли к признанию ревматизма как общего, а не суставного заболевания, с частым и по существу закономерным неслучайным поражением сердца и других жизненно важных внутренних органов (нервная система, легкие, почки и др.), о возможности ревматизма без поражения суставов, о сложной структуре систолического шума на верхушке сердца при ревмокардите, о важности салициловой терапии ревматизма, о выделении ревматического полиартрита из большой группы, так называемых ревматических хронических артритов, о том, что исключительно важно не только лечение, но и профилактика, о роли биологических и социальных факторов в возникновении и формировании болезни, наконец, о признании инфекционной этиологии болезни.

В начале XX столетия этиологию ревматизма стали связывать со стрептококками. В частности, в 1900 г. терапевт Григорий Митрофанович Малков подчеркнул роль стрептококка и воспаления глоточных миндалин в развитии ревматизма, в своей доцентской лекции в Военно-медицинской академии он прямо говорил об этом. Многочисленные клинические опыты дали Г.М. Малкову повод высказаться в пользу возможностей стрептококкового воспроизведения экспериментальной модели ревматизма: «Чем далее исследуется этот вопрос, тем вероятнее делается предположение, что главный путь заражения при суставном ревматизме суть миндалевидные железы. Правда, больной при первом вопросе и не вспомнит о том, что у него болело горло, это вполне понятно ввиду сильнейших суставных болей, к которым приковано все внимание больного… Заболевание ангиной может быть легкого характера. Мне кажется, что именно эти легкие случаи ангины, где местная реакция выражена слабо, скорее могут повлечь за собой заболевание суставным ревматизмом. Важное значение такого взгляда на роль миндалин при заболевании суставным ревматизмом то, что мы должны, помимо лечения суставного ревматизма, обратить внимание на дезинфекцию миндалин, которые могут служить очагом для новых вспышек болезней. Этот же

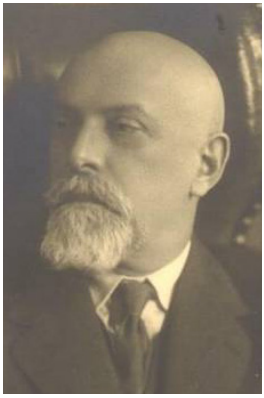
взгляд на способ заражения может объяснить нам, каким путем острый ревматизм, может передаваться от больного к здоровым людям». Увы, о работах Г. М. Малкова сегодня знают немногие врачи.

А ведь тогда спустя 30 лет теория Григория Митрофановича Малкова полностью подтвердилась, и стрептококковая этиология ревматизма получила всеобщее признание. Это получило отражение в трудах Н. Д. Стражеско, В. И. Иоффе, И. М. Лямперт и других авторов.

**Развитие ревматологической службы в XX – начале XXI вв.**

В конце 1920-х гг. были сделаны первые попытки по созданию государственной системы специализированной помощи пациентам с ревматическими заболеваниями в России. В 1928 г. при Наркомздраве РСФСР был создан Комитет по изучению ревматизма и борьбе с ним, инициатором стал нарком здравоохранения Н.А. Семашко. Этот Комитет являлся не государственной, а общественной организацией. Нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко отмечал: «… Он (т.е. Комитет) должен взять у заграничной науки все ее достижения и оплодотворить их тем социальным содержанием, которое дает ему в руки Советская система. Акцент на профилактику, на борьбу с профессиональными заболеваниями, на изучение социально-бытовых условий, широкую санитарно-просветительную работу, развертывания мероприятий по охране труда, по улучшению жилищных условий населения – вот что должен иметь в виду Советский комитет по изучению ревматизма в своей работе, помимо клинических и других исследований». Это непростое ревматологическое заболевание, поражавшее в те трудные годы детей, подростков и лиц молодого возраста, характеризовавшееся большой летальностью и приводившее к появлению инвалидов с ревматическими пороками сердца, представляло значительную социальную проблему для молодого советского государства. Комитет на общественных началах объединил крупнейших российских учёных разных специальностей: терапевтов С.А. Бруштейна и Д.Д. Плетнёва, педиатра А.А. Киселя, хирурга Н.Н. Бурденко, патологоанатома А.И. Абрикосова, невропатолога С.Н. Давиденкова и др. Руководство Комитетом взяли на себя М.И Кончаловский и Г.М. Данишевский

*Первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко (1874-1949)*



*Профессор*
*Максим Кончаловский*
*(1875–1942)*

в 1928 г. (в течение 15 лет им руководил М.П. Кончаловский). Комитет фактически стал предшественником Всесоюзного (1964) и Всероссийского (1987) научных обществ ревматологов, правопреемником которых стала Ассоциация ревматологов России (1991). М.П. Кончаловский и Г.М. Данишевский были представителями Комитета в Международной антиревматической лиге (в 1936 г. вице – президентом Международной антиревматической лиги был избран профессор М. П. Кончаловский в знак признания его заслуг в советской ревматологии), участвовали в работе I, II и III конгрессов (1929 г., 1931 г. и 1932 г.), а в мае 1934 г. в Москве состоялся IV Международный антиревматический конгресс, председателем которого был проф. М.П. Кончаловский. Этот конгресс был самым первым Международным мероприятием после создания СССР.

В результате активной работы Комитета в стране активизировался рост научных исследований, результаты которых, сообщенные на IV Международном Конгрессе, доказали, что они находятся на международном уровне, а социальная и профилактическая ориентация была даже выше зарубежной. Григорий Михайлович Данишевский стал инициатором создания журнала «Вопросы ревматизма» (1934 г.).

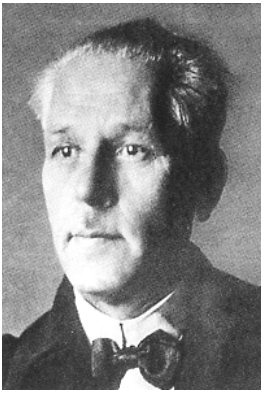
В это время в СССР были созданы 42 комитета, противоревматические диспансеры, кабинеты, аванпосты в цехах заводов, ревмоотделения. Организованы ревматологические санатории, лесные школы, введено правило трехэтапного лечения ревматизма: стационар – поликлиника – санаторий. С самого начала развивалось два важных направления борьбы с ревматическими заболеваниями: всесторонняя научная разработка проблемы и организация лечебно-диагностических структур для её реализации. В работу местных противоревматических комитетов, помимо учёных-медиков и практических врачей, были вовлечены представители администрации территорий, предприятий и общественности, профсоюзные работники, учителя и др. Тщательная работа Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним содействовала созданию новых Институтов, занимавшихся в том числе и проблемами ревматизма: в 1933 г. организован Всесоюзный Институт экспериментальной медицины, в 1936 г. – Клинической бальнеологии.

В 1932 г., по инициативе А. А. Киселя, созданная в 1928 г. при Московском обществе педиатров комиссия по изучению ревматических инфекций у детей была преобразована в детскую секцию по борьбе с ревматизмом. В 1934г.

в Москве на базе клинической детской больницы открылась первая специализированная ревматологическая клиника. Именно в те годы были созданы основы профилактики и диспансеризации больных ревматизмом, которые потом легли в основу организационных принципов отечественной ревматологической службы.

*Алексей Дмитриевич Сперанский (1887 или 1888–1961)*

Появление в 1940-е гг. книги Анатолия Дмитриевича Сперанского «Элементы построения теории медицины» (1935) и его работы о роли нервной системы в патологии оказали большое влияние на мышление современников. Его теория о нервно-трофическом механизме развития патологических процессов, в том числе и ревматизма, заставила врачей обратить пристальное внимание на роль нервной системы в патогенезе и саногенезе. Об этом говорили и раньше, но не в таком широком смысле. По мнению А. Д. Сперанского, высказанному в 1930 г., «ревматическое поражение органов является отраженным и вторичным, а основной процесс локализован в нервной системе, и терапевтический эффект салицилового натрия есть результат действия его не на пораженные ткани, а на мозг». Но не все ревматологи согласились с теорией А. Д. Сперанского, при этом основная его идея о роли нарушений центральной нервной системы в патогенезе ревматизма не была полностью оставлена, а получила продолжение в трудах Н. И. Лепорского и его коллег. В 1933 г. на III Всеукраинском съезде терапевтов Н. И. Лепорский выступил с большим программным докладом «К проблеме патогенеза острого суставного ревматизма и его лечения», где повторяются идеи А. Д. Сперанского. Согласно его теории в первом периоде – местной очаговой инфекции – процесс локализован и имеет характер защитной местной реакции («оккультная иммунизация»). Из очага носоглоточной инфекции токсины (вероятно, стрептококкового происхождения) проникают в клетки центральной нервной системы и обусловливают первоначальные общие вегетативно-нервные нарушения. Если эта интоксикация оказывается более значительной или клетки центральной нервной системы более энергично связываются с токсинами,



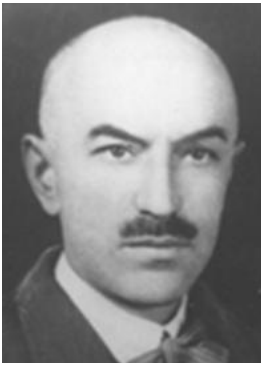
*Николай Иванович Лепорский (1877–1952)*

*Профессор Гельштейн Элиазар Маркович (1897- 1955) в центре*

начинается второй токсический период, который выражается в ограниченном синдроме «предревматизма». При прогрессировании токсического процесса возникает третий период дистрофических изменений с характерным для ревматизма морфологическим субстратом.

В начале 1930-х гг. сотрудники кафедры факультетской терапии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова создали теорию о клинической эволюции ревматических поражений сердца. Они доказали, что суставной ревматизм может протекать и без поражений сердца, и наглядно показали, что наиболее существенные биохимические нарушения при ревматизме совпадают с изменениями, свойственными экспериментальной аллергии, в особенности, если последняя поддерживается в условиях хронической сенсибилизации. Итоги работы по изучению ревматизма доложил Элиазар Маркович Гельштейн на Всесоюзной конференции по ревматизму (1933), на Международном конгрессе по ревматизму (Москва, 1934), а также на XIII съезде терапевтов.

Необходимо рассказать еще об одном талантливом организаторе здравоохранения, известном советском общественном деятеле, замечательном педагоге, создателе клинико-анатомического направления московской школы патологоанатомов, заслуженном деятеле науки РСФСР профессоре Владимире Тимофеевиче Талалаеве. В соответствии с постановлением правительства Российской Федерации и приказом Наркомздрава № 792 от 6 декабря 1930 г. был открыт



*Профессор Владимир Тимофеевич Талалаев (1886–1947)*

Государственный московский институт усовершенствования и специализации врачей и организаторов здравоохранения, ныне Российская медицинская академия последипломного образования. Владимир Тимофеевич Талалаев был одним из активных организаторов этого института и первым заведующим кафедрой патологической анатомии ЦИУВ, одновременно он стал заместителем ректора ЦИУВ по научной работе. В.Т. Талалаев написал и издал более 70 научных работ, посвященных преимущественно проблемам ревматизма, он внес огромный вклад в исследование патологической анатомии ревматизма. Владимир Тимофеевич досконально изучил гистогенез ревматической гранулемы; установил цикличность тканевых изменений при ревматизме, выделил три фазы их развития – «тканевую дезорганизацию» межуточной ткани, гранулематоз и склероз, соответствующие этапам клинического течения болезни. Владимир Тимофеевич Талалаев создал клинико-анатомическую классификацию ревматизма. Свои изыскания В.Т. Талалаев проводил одновременно с крупным немецким патологоанатомом П. Ашоффом. Поэтому ревматическая гранулема в отечественной литературе обозначается как гранулема Ашоффа–Талалаева. Его работы сохраняют до настоящего времени не только теоретическое, но и практическое значение. Монография В.Т. Талалаева «Острый ревматизм» (1929; издание 2-е, дополненное, 1932) была оценена на 11-м Всесоюзном съезде терапевтов в 1931 г. как фундаментальный научный вклад в изучение сущности патологоанатомических изменений при этой болезни и ее патогенеза, дифференцировки клинико-анатомических форм. Его исследования по ревматизму получили мировое признание. В 1936 г. за монографию «Острый ревматизм» ему была присуждена первая премия на конкурсе Международной антиревматической лиги, присвоено звание лауреата Международного конкурса и выдан почетный диплом.

Еще один советский патологоанатом, академик АМН, заслуженный деятель науки, лауреат Государственной премии СССР Михаил Александрович Скворцов работал в те же годы с Талалаевым и также занимался ревматизмом. На его счету 104 научные работы. Он является основателем патологической анатомии болезней детского возраста в СССР. Наиболее известна его монография о патологической анатомии важнейших заболеваний детского возраста. Книга несколько раз переиздавалась. Многие из глав этого научного труда непреходящи и в настоящее время, например, концепция М. А. Скворцова об особенностях ревматизма в дет-

*Академик АМН Скворцов Михаил Александрович (1876-1963)*

*Академик Анатолий Иннокентьевич Нестеров (1895–1979)*

ском возрасте. Он первым дал полное представление ревматического панкардита с встречающимся у детей экссудативным компонентом и установил, что клиническая картина ревмокардита формируется не столько наличием ашоф-талалаевских гранулем, сколько экстенсивностью неспецифического ревматического воспалительного процесса. Нужно отметить, что таких глубоких исследований с установлением динамической связи морфогенеза и клинической картины ревматизма, как в работах В. Т. Талалаева и М. А. Скворцова, не было в подобных трудах иностранных морфологов.

Главой советской ревматологической школы по праву называют Анатолия Иннокентьевича Нестерова. Это советский терапевт, создатель советской школы ревматологов, учёный и организатор здравоохранения, академик АМН СССР, вице-президент АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской премии. Классификация ревматизма, разработанная Анатолием Иннокентьевичем Нестеровым, была принята Всесоюзным комитетом по борьбе с ревматизмом.

Оценивая ревматический процесс, А. И. Нестеров предложил на основании данных клинического, биохимического и иммунологического анализов выявлять три степени его активности. Это позволяет врачу персонально подходить к лечению пациентов, больных ревматизмом.

Раньше ревматизм лечили салициловыми препаратами, которые, несомненно, приносили облегчение, но не предупреждали возможность образования пороков сердца. Затем стали применять гормоны коры надпочечников – стероидные, но они не давали стойкого результата. К тому же в дозировках, в которых их применяли, стероидные гормоны в ряде случаев оказывали отрицательное влияние на организм больного. Анатолий Иннокентьевич Нестеров предложил соединить эти два метода – использовать небольшие дозы стероидных гормонов вместе с салициловыми препаратами. После лечения таким методом у большей части переболевших ревматизмом не появлялись пороки сердца. В 1955 г. вы-

шла работа А. И. Нестерова с гипотезой инфекционно-неврогенного патогенеза ревматизма, где была высказана идея связи патогенеза ревматизма с влиянием инфекции не только на систему соединительной ткани напрямую, но и косвенно– через инфекционно-токсическое поражение центральной нервной системы.

В 1958 г. по инициативе А.И. Нестерова был создан Институт ревматизма (ныне – Институт ревматологии), которым он руководил в течение 12 лет. В институте решались проблемы лечения и профилактики не только ревматизма, но и других заболеваний, поражающих соединительную ткань: инфекционного полиартрита, красной волчанки, склеродермии. С этого времени бурно развивается практическая ревматология. С 1961 г. также по инициативе А.И. Нестерова начал выходить журнал «Вопросы ревматизма», главным редактором которого он был до 1979 г. На страницах журнала обсуждались направления развития практической ревматологии и актуальные научные исследования, освещались основные достижения отечественной и зарубежной ревматологии. В 1961 г. под руководством А.И. Нестерова прошла 1-я Всесоюзная ревматологическая конференция с участием зарубежных ученых (Г. Селье, Ф. Кост, Ф. Хенч и др.), а в 1964 г. было организовано Всесоюзное научное общество ревматологов (ВНОР). В последующем в большинстве республик СССР появились национальные отделения ВНОР.

«А.И. Нестеров, организатор этого Института, – незаурядная личность, выдающийся учёный, обладающий редким даром принципиального, честного руководителя, для которого дело, которому служишь, превыше всего, – пишет профессор Н.И. Коршунов из Ярославля. – Как вспоминает Яков Александрович Сигидин, он, не страшась, подбирал команду, выбирая талантливых оппонентов в качестве сотрудников. Одним из таких оппонентов была Валентина Александровна Насонова. Беседуя с ней перед тем, как принять решение о передаче директорского поста, он сказал (это слова Валентины Александровны): «Вы не мой человек. Вы не моя ученица, и я Вас не люблю, но Вы тот человек, который может возглавить Институт, других я не вижу. И я Вас буду рекомендовать на должность директора, но Вы должны будете принять мои условия». Одним из них было заниматься всем, а не только системной красной волчанкой (СКВ) (Анатолий Иннокентьевич понимал, что можно посвятить этой проблеме всю жизнь без остатка), а другим – не забывать ревматизм. Валентина Александровна выполнила эти условия. Она занималась всем, она добилась, что ревматолог сегодня – это не специалист по ревматизму в нашем традиционном

отечественном понимании времен А.И. Нестерова, а это специалист в широком понимании этой специальности, и добилась, чтобы Институт стал именоваться не Институтом ревматизма, а Институтом ревматологии, который сегодня по праву носит её имя».

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» было образовано в соответствии с распоряжением Совета Министров РСФСР от 8 марта 1958 года № 1020-р как Государственный научно-исследовательский институт ревматизма Министерства здравоохранения РСФСР. В соответствии с постановлением Госкомитета СССР по науке и технике от 26 марта 1982 года № 98 и приказом Минздрава СССР от 1 ноября 1982 года № 1082 Институт был переименован в Институт ревматологии АМН СССР. В соответствии с постановлением Президиума РАМН от 28 ноября 2012 г. № 264 (Протокол № 17 § 22), протоколом заседания Городской межведомственной комиссии по наименованию территориальных единиц, улиц, станций метрополитена, организаций и других объектов города Москвы от 13.02.2013г. №24-36-4/3 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии» Российской академии медицинских наук переименовано в Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой».

Валентина Александровна Насонова работала в Институте ревматологии более 50 лет, и свыше 30 из них она возглавляла это крупное научно-медицинское учреждение. В.А. Насонова сразу поняла, что у сотрудников института есть командный дух и стремление осмыслять, обобщать результаты работы. Эти качества дают благоприятную основу создания сплочённой команды, способной проводить масштабные клинические исследования, испытывать формулы новых препаратов (в 1960-х гг. подобная деятельность была в новинку).

*Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой*

Именно под руководством В.А. Насоновой институт сосредоточил усилия на междисциплинарных проблемах

ревматологии, стал активнее сотрудничать с терапевтами и врачами смежных специальностей. Результаты не заставили себя ждать: существенно повысился уровень диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома, были предложены новые решения в области остеопороза, синдрома и болезни Шегрена, болезни Бехчета и др. Сильное научно-диагностическое звено стало основой для плодотворной практической деятельности во многих направлениях, включая изучение аутоиммунных механизмов воспаления, патоморфологии, комплексной и дифференциальной диагностики заболеваний суставов и соединительной ткани. Новым вектором работы стала медицинская генетика в ревматологии, была доказана роль наследственных факторов, прежде всего, системы антигенов гистосовместимости (HLA) в развитии целого ряда ревматических болезней. Огромной заслугой В.А. Насоновой является налаживание мониторинга ревматических заболеваний в стране – это позволило оценить реальную медико-социальную роль данной группы болезней и в дальнейшем учитывать в работе не только самих ревматологов, но и врачей других специальностей, прежде всего, терапевтов. Дважды (в 1964 г. и 1990 г.) пересматривалась классификация и номенклатура ревматизма, была изменена терминология. Валентина Александровна инициировала открытие лаборатории морфогенеза ревматических заболеваний. Она инициировала открытие лаборатории экспериментально-биологических моделей ревматических заболеваний.

*Валентина Александровна Насонова (1923–2011)*

*Памятная табличка в честь В.А Насоновой в фойе здания Института ревматологии в Москве*

Благодаря выдающимся человеческим качествам и организаторским способностям В.А. Насоновой практически всех

ревматологов России сегодня можно смело называть её соратниками и учениками, среди них и наши земляки-уральцы – А.В. Иванова, Т.А. Попова и другие. Вспоминает профессор Ольга Михайловна Лесняк: «Моя учитель Августа Васильевна Иванова в своей диссертации писала о системной красной волчанке и узелковом периартериите. Она над этой темой начала работать в одно время с Валентиной Александровной. Понятно, что одна работала в Москве, а другая в Свердловске. И хотя у Августы Васильевны была описана большая группа и результаты с Валентиной Александровной были похожи, но все равно классификация была В. А. Насоновой. Мы гордились, что Уральская школа ревматологии была всегда на высоте»[1].

«В 31 год я защитила кандидатскую диссертацию,- говорит Татьяна Анатольевна Попова – д.м.н., главный внештатный специалист по ревматологии Городского Управления здравоохранения Екатеринбурга, заведующая ревматологическим отделением 40 ГКБ, – но хотела дальше продолжать научную работу. Тамара Николаевна Постникова – профессор кафедры внутренних болезней СГМИ – говорит мне: «Вы едете в Москву на повышение квалификации по ревматологии, идите к Валентине Александровне Насоновой, посоветуйтесь с ней по теме работы. Я в 1991 г. приехала и с такой провинциальной простотой прихожу в приемную академика и прошу встречи с Валентиной Александровной Насоновой. И мне сказали – пожалуйста. Я захожу, сидит Валентина Александровна, выкладываю ей свои проблемы, а она мне с ходу говорит – займитесь болезнью Бехтерева, поражением клапанного аппарата. Я поблагодарила ее, уехала и стала работать. Валентина Александровна была очень известной личностью в плане здравоохранения, ученым с мировым именем, и в то же время она всегда была проста и доступна. На всех конференциях к ней подходили врачи с вопросами, и Валентина Александровна для всех находила время».[2]

«Валентина Александровна выполнила наказ академика Нестерова: она не забыла ревматизм и не ограничилась волчанкой, – вспоминает профессор Н.И. Коршунов из Ярославля. – В её поле зрения оказался широкий круг ревматологических проблем. Но прежде всего, в своей научно-практической деятельности она проводила концепцию системности ревматических заболеваний, будь то ревматоидный артрит, подагра или остеоартроз – и в этом её широкое и глубокое терапевтическое осмысление ревматической патологии. Ею разработана модель ревматоидного артрита как системного заболевания. Этой проблеме она уделяла огромное внимание, поскольку ревматоидный артрит сегодня, пожалуй, ключевая патология в ревматологии даже уже потому, что она явилась наиболее оптимальным плацдармом для изучения иммунного воспаления в клинических

[1] Интервью с О.М. Лесняк //Архив авторов.

[2] Интервью с Т.А. Поповой // Архив авторов.

условиях и испытаниях различных противовоспалительных средств и средств, влияющих на ключевые звенья иммунопатологического процесса. Валентина Александровна уделяла большое внимание международному научному сотрудничеству, и как пример результативности такого сотрудничества по актуальным проблемам ревматоидного артрита явились советско-американские, советско-немецкие и советско-финские исследования, инициированные Валентиной Александровной и нашедшие отражение в соответствующих совместных монографиях. Это её инициатива – тщательное изучение эффективности и безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов, создание соответствующих отделов и лабораторий. Это её инициатива – изучение ревматологических аспектов Лайм-боррелиоза, которые были неизвестны или малоизвестны в нашей стране, но реально существовали, а также изучение проблемы анифосфолипидного синдрома, первичного и вторичного, позволившее нам узнать о ней, разработать тактику и стратегию ведения больных и в итоге более оптимистично взглянуть на его исходы».

Вначале ревматология шла рука об руку с кардиологией, так как наиболее распространенным недугом была острая ревматическая лихорадка с вовлечением в процесс сердца. Понадобилось время, чтобы преодолеть устоявшиеся стереотипы и среди пациентов, и среди самих врачей. К тому же, в 1950-60-е гг. в мире создаются предпосылки для развития ревматологии как отдельной научно-практической дисциплины, изучающей болезни опорно-двигательного аппарата, системные заболевания соединительной ткани, хронические полиартриты, воспалительные поражения позвоночника и др. С начала 1980-х гг. ревматологи стали усиленно изучать дегенеративные и воспалительные заболевания суставов, а затем и остеопороз – патологию костей, приводящей к снижению плотности и массы кости и, в конечном счете, переломами. В связи с этим происходит постепенное разделение кардиологии и ревматологии. Во многом благодаря В.А. Насоновой это разделение прошло в России практически безболезненно.

Высокий международный авторитет академика В.А. Насоновой и возглавляемого ею Института заинтересовывал ученых многих стран Восточной и Западной Европы, Азии и Америки, с кем Институт сотрудничал по актуальным проблемам ревматологии.

Валентину Александровну знали и высоко ценили в международном сообществе ревматологов Европы и мира. В 1975-1977 гг. она была избрана Вице-президентом, в 1977-1979 гг. – Президентом-преемником, в 1979-1981 гг. – Президентом Европейской антиревматической лиги (EULAR) (единственная женщина-президент (EULAR) и внесла существенный вклад в развитие организации европейских ревматологов. Валентина Александровна – Почетный

член национальных ревматологических обществ Болгарии, Польши, Югославии, Финляндии, США, Японии, Франции, Чехословакии, Великобритании, Германии, Украины, Молдавии, Кыргызстана и других стран. Валентина Александровна была экспертом ВОЗ по ревматологии больше 25 лет.

Валентина Александровна долгие годы являлась Президентом Ассоциации ревматологов России, инициативно организовывала и проводила семинары, симпозиумы, научно-практические конференции, съезды и конгрессы по важнейшим вопросам современной ревматологии. Ее лекции, доклады и выступления неизменно вызывали у слушателей искренний интерес и восхищение.

В истории и современной деятельности отечественной ревматологии в последние годы важнейшее место занимает Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России» (АРР). Сегодня АРР одна из самых крупных и влиятельных общественных медицинских организаций в Российской Федерации, работа которой помогла сохранить и укрепить ревматологическую службу в стране, подготовить высококвалифицированные кадры. За последнее время созданы инновационные генно-инженерные биологические препараты, использование которых позволило значительно улучшить результаты лечения. Кроме этого, активно совершенствуется стратегия фармакотерапии, которая базируется на ранней диагностике, что дает возможность инициации очень ранней («окно возможности») активной, тщательно контролируемой (tight control) противовоспалительной терапии, цель которой максимально быстрое достижение ремиссии («Лечение до достижения цели» Treat to Target). АРР включилась в выполнение этой международной инициативы вместе с ревматологами Европы сразу после ее создания в 2010 г. Группами экспертов АРР разработаны клинические рекомендации по диагностике и лечению ревматических болезней, которые стали основным документом в работе каждого ревматолога. Во все времена одной из основных задач АРР была работа по повышению квалификации врачей-ревматологов. АРР была предложена модель «образования через всю жизнь», предполагающая непрерывное медицинское образование, включающее участие ревматологов в очных и on-line циклах повышения квалификации врачей, семинарах, школах, конференциях, съездах и конгрессах. На сайте ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой появился портал образовательных программ по ревматологии, открытый для всех ревматологов страны. В АРР сегодня входят не только ревматологи, но и врачи смежных специальностей.

Продолжил дело Валентины Александровны ее сын – ныне академик РАН, президент АРР Евгений Львович Насонов. Резкий поворот произошёл в современной ревматологии, области медицины, от которой зависят здоровье и жизнь миллионов людей. Вот что говорит Е.Л. Насонов о проблемах сегодняшней ревматологии: «Есть болезни редкие (орфанные, от лат. orfanus – сирота), число ко-

торых варьируется в пределах 100–200 случаев на миллион населения, а есть занимающие промежуточное положение между ними и распространёнными. Именно им сегодня медицина уделяет всё большее внимание. Это мировая тенденция. Впрочем, цифры – вещь достаточно условная. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), только в Европе около 100 млн человек страдают от различных ревматологических заболеваний. В США насчитывается около миллиона больных системной красной волчанкой, в России – сотни тысяч. Много это или мало? Ревматические заболевания вообще один из наиболее серьёзных факторов, влияющих на качество жизни и вызывающих утрату трудоспособности. Не случайно по объёму средств, которые затрачиваются в мире на разработку лекарств, ревматология лишь незначительно уступает онкологии – 40% против 50% (только 10% средств тратится на борьбу с прочими заболеваниями).

*Академик*
*Евгений Львович Насонов*

К сожалению, долгое время российские ревматологи не могли с достаточной достоверностью говорить о масштабах распространённости ревматических болезней в стране. Причина в особенности нашей медицинской статистики. Учёт ведётся, прежде всего, по наиболее опасным для жизни заболеваниям. Если, например, у пациента ишемическая болезнь сердца, то он и учитывается только по этой графе. Между тем примерно 30% больных ревматоидным артритом имеют также и ишемическую болезнь. Несколько лет назад мы в своём институте инициировали исследование: в 10–15 крупных городах пациенты с болями в суставах обязательно направлялись к ревматологу. Обследование прошли около 70 тысяч человек. И тогда обнаружилось, что распространённость ревматоидного артрита (одного из наиболее тяжёлых ревматических заболеваний) у нас точно такая же, как и во всём мире. Это примерно 800 тысяч больных! Такая же картина и с прочими ревматическими заболеваниями.

Связь ревматических болезней с нарушениями иммунной системы была установлена давно. В какой-то момент организм начинает вырабатывать анти-

тела, атакующие собственные белки, инициируя хронический воспалительный процесс. Причины возникновения таких аутоиммунных заболеваний до сих пор остаются неясными – на этот счёт существует лишь ряд гипотез.

Следует сказать, что наука не оставалась беспомощной перед ревматологическими болезнями. В их лечении использовались различные противовоспалительные препараты и в первую очередь глюкокортикоидные гормоны, открытие которых в 1948 г. качественно изменило судьбу миллионов безнадёжно больных. Однако после десятков лет их применения врачам стала очевидна необходимость поиска новых средств борьбы с недугом. Действие глюкокортикоидов весьма широкое и подобно своего рода «бомбардировке по площадям». Иногда это оказывается эффективным. Например, когда болезнь находится в тяжёлой стадии и воспалительный процесс провоцируется сразу многими факторами. Но в большом числе случаев вот такое глобальное воздействие на иммунную систему отнюдь не лучший путь, поскольку может привести к развитию очень тяжёлых осложнений. Именно поэтому в ревматологии поиск препаратов избирательного действия приобрёл решающее значение.

Длительное время врачи были вынуждены действовать методом проб и ошибок: назначать один препарат, если он не помогал, назначать новый и так далее до получения положительного результата. И лишь фундаментальные открытия последних лет в биологии, и в частности биологии молекулярной, дали возможность намного раньше, чем прежде, распознать болезнь и поставить правильный диагноз, а значит, эффективней на неё воздействовать. Кроме того, стали более понятны механизмы развития воспаления при ревматических заболеваниях. Проще говоря, мы получили возможность точно определять молекулярные мишени, по которым следует бить, чтобы победить болезнь. И соответственно появились новые лекарства, позволяющие избирательно поразить именно эти мишени.

Новые формы лекарственных препаратов представляют собой генно-инженерные моноклональные (синтезированные одним клеточным клоном) антитела, по структуре сходные с антителами человека. По этой причине их применение значительно – на порядки, снижает риск развития осложнений в процессе лечения.

Теперь, когда появляются всё новые моноклональные антитела, в ревматологии возникла концепция персонифицированной медицины – индивидуальной терапии, ориентированной на лечение конкретного заболевания конкретного пациента, что раньше в принципе было невозможно. Вот тут-то огромную роль играют новые методы диагностики, позволяющие точно определить характер заболевания, на самой ранней стадии понять, какой именно спектр нарушений иммунной системы преобладает, и в зависимости от этого выбрать именно тот препарат, который поможет больному. Это самая актуальная, самая амбициозная цель современной ревматологии».

**Список использованной литературы к первой и второй главам**


1. Historiae medicinae scriptorum Rossicorum OPERA MEDICA HISTORICA. Российских историков медицины ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. – Альманах РОИМ. Том 1 / С.П. Глянцев (отв. ред.). М., 2016. 336 с
2. Боткин Сергей Петрович URL: http://opv-ak.ru/Боткин-С-П/ (дата обращения: 30.06.2018)
3. Боткин С.П.
4. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции: в двух томах / Боткин С.П. – М.: Книга по Требованию, 2012.
5. Г.А. Захарьин – выдающийся клиницист URL: https://studopedia.ru/10_74546_ga-zaharin--vidayushchiysya-klinitsist.html (дата обращения: 30.06.2018)
6. Галина Фадиенко: Врач должен заразить пациента идеей выздоровления URL: http://nedugamnet.ru/persons/4
7. Доктор Захарьин. Прекрасный врач со скверным характером // АиФ Здоровье №40 01.10.2015 URL: http://www.aif.ru/society/history/doktor_zaharin_prekrasnyy_vrach_so_skvernym_harakterom
8. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи Издательство: Печатня А.И. Снегиревой, 1910.
9. История анестезиологии. М.: ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, 2006. URL: https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=459777#text (дата обращения: 30.06.2018)
10. История отечественной ревматологии URL: http://open-medicine.ru/info/29/1647/ (дата обращения: 30.06.2018)
11. История ревматологии URL: http://www.medicinform.net/history/nauka/14.htm (дата обращения: 30.06.2018)
12. История создания Новокаина URL: https://pharmedu.ru/publication/istoriya-sozdaniya-novokaina (дата обращения: 30.06.2018)
13. Какой вклад внес в медицину Анатолий Нестеров URL: http://mrhow.ru/5287-kakoy-vklad-vnes-v-medicinu-anatoliy-innokentevich-nesterov.html (дата обращения: 30.06.2018)
14. Королева ревматологии: конференция «Вклад академика В.А. Насоновой в развитие отечественной ревматологии» (4 июля 2016 г., Москва) // Ревматология. Газета для врачей. 2016 №4(27) URL: http://gzt.ima-press.net/130-2016-4-27/481-koroleva-revmatologii-konferentsiya-vklad-akademika-v-a-nasonovoj-v-razvitie-otechestvennoj-revmatologii-4-iyulya-2016-g-moskva (дата обращения: 30.06.2018)
15. Коршунов Н.И. О Валентине Александровне Насоновой // Архив внутренней медицины №6(14) 2013. С. 4-6.

16. Краткая история ревматологии URL: http://rheumo.ru/main/texts/22-kratkaya-istoriya-revmatologii.html (дата обращения: 30.06.2018)
17. Медицина эпохи капитализма. Захарьин Григорий Антонович. URL: http://www.f-med.ru/history_med/zaharin.php (дата обращения: 30.06.2018)
18. Муллова Е.П. Кортикостероиды. Классификация и общая характеристика основных групп кортикостероидов. Самара: Самарский государственный медицинский университет, 2010. URL: https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00161816_0.html
19. Насонов Е.Л. Ревматизм: враг неизвестен // Наука и жизнь. №6. URL: https://www.nkj.ru/archive/articles/7547/ (дата обращения: 30.06.2018)
20. Насонова В.А., Балабанова Р.М., Насонов Е.Л. Ассоциации ревматологов России 75 лет // Научно-практическая ревматология №2, 2003. С. 5-6
21. Паруля О.М. История ревматологии. Ярославль: Ярославская государственная медицинская академия, 2010. URL: http://mirznanii.com/a/153351/istoriya-revmatologii (дата обращения: 30.06.2018)
22. Протокол пленарного заседания Московского Городского Научного Общества Терапевтов от 23.10.2013 URL: http://www.mgnot.ru/index.php?mod1=art&gde=ID&f=14803&m=1 (дата обращения: 30.06.2018)
23. Ревматология URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Ревматология (дата обращения: 30.06.2018)
24. Связь ангины, хронического тонзиллита и ревматизма URL: http://www.blackpantera.ru/angina/22157/ (дата обращения: 30.06.2018)
25. Столяренко П.Ю. История новокаина. Самара: Самарский государственный медицинский университет, 2003. URL: http://www.critical.ru/actual/stolyarenko/novokain_3.htm#chap20 (дата обращения: 30.06.2018)
26. Тарасова И.С. История медицины. РПД по специальности 060103 Педиатрия. Челябинская государственная медицинская академия, 2011. URL: http://www.chelsma.ru/files/misc/istorijamediciny_21371.pdf (дата обращения: 30.06.2018)
27. Франк Г. А., Кнопов М. Ш., Тарануха В. К. Владимир Тимофеевич Талалаев (к 130-летию со дня рождения) // Архив патологии. 2016. №3. С. 64-65.
28. Эрдес Ш. , Фоломеева О.М. Институту Ревматологии РАМН 50 лет URL: https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Institutu_Revmatologii_RAMN_50_let/#ixzz5G7KmGZbb (дата обращения: 30.06.2018)

## Глава 3. Становление и развитие ревматологической службы на Среднем Урале в советский период

### Зарождение уральской ревматологической школы

*Борис Павлович Кушелевский (1890–1976)*

Уральская ревматологическая школа, которой в 2018 г. исполнилось 85 лет, одна из старейших в России. Её становление началось в 1930-е гг. после проведения в 1930 г. X Всесоюзного съезда терапевтов, программной темой которого был ревматизм (ревматическая лихорадка), как одна из важнейших медицинских проблем того времени. В связи с актуальностью проблематики в 1933 г. в г. Свердловске был создан филиал Всесоюзного ревматологического комитета, который возглавил заведующий кафедрой факультетской терапии Свердловского государственного мединститута, заслуженный деятель науки, профессор Борис Павлович Кушелевский (1890–1976).

Таких людей принято называть «титанами здравоохранения» по аналогии с «титанами эпохи возрождения» – люди потрясающей научной эрудиции, одинаково успешные как в теории, так и в практике. Не занимавшиеся всю жизнь одним узким вопросом, а глубоко разбиравшиеся в различных областях научного знания, внесшие огромный вклад в развитие отечественного здравоохранения. Именно таким был Б.П. Кушелевский.

В 1914 г. он окончил медицинский факультет Казанского университета, после чего был на фронтах I мировой войны. В 1918–1920 гг. служил в Красной Армии. В 1920–1928 гг. работал врачом на железной дороге в Свердловске, а затем руководил кафедрой инфекционных болезней медицинского факультета Уральского университета. С 1934 по 1968 г. заведовал кафедрой факультетской терапии Свердловского медицинского института. Одновременно в 1941–1947 гг. был главным терапевтом Уральского военного округа.

Б. П. Кушелевский опубликовал свыше 200 научных работ, в т. ч. 8 монографий, посвященных в основном клинике артритов, вопросам ревматизма, гипоксемии при недостаточности кровообращения различной этиологии, антикоагулянтной терапии, диагностики и лечения тромбозов и эмболий легочной артерии, инфаркта миокарда.

Он описал (одновременно с В.А. Батениным и Е.М. Леоновичем) вспышку нового на Урале инфекционного заболевания – водной лихорадки, которую на-

звал воднополевой лихорадкой (1928), а также один из признаков сакроилеита (боль в крестцово-подвздошном сочленении при сжатии и растяжении тазового кольца), известный как симптом Кушелевского. Под его руководством в СССР были впервые проведены клинические испытания и внедрен в практику ряд новых сульфаниламидных препаратов для лечения пневмоний и дизентерии.

За работы по созданию в нашей стране специализированной кардиологической службы скорой помощи был удостоен Государственной премии СССР.

Б. П. Кушелевский был членом правления Всесоюзного терапевтического общества (1935), Всероссийского терапевтического и кардиологического общества со времени их организации, редсовета журналов «Терапевтический архив», «Клиническая медицина», «Кардиология», редактором редакционного отдела журнала «Внутренние болезни», который действовал при подготовке второго издания Большой медицинской энциклопедии.

Он награжден орденами Красного Знамени, Трудового Красного Знамени (двумя), Красной Звезды и различными медалями.[1] Этот человек стал основоположником многих направлений практического здравоохранения на Среднем Урале, в том числе, ревматологической службы.

По инициативе Б. П. Кушелевского в 1933 г. на базе руководимого им терапевтического отделения Института физиотерапии развертывается изучение проблемы ревматизма, в Свердловске были открыты первые на Урале три ревматологических кабинета. Проводившиеся под руководством профессора Б. П. Кушелевского научные исследования были посвящены, прежде всего, изучению ревматизма у рабочих промышленных предприятий.

---

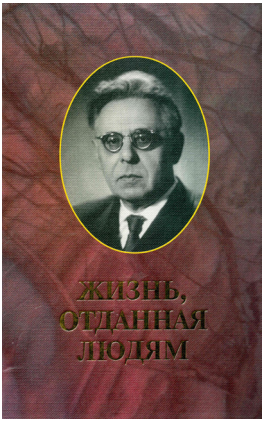
[1] Жизнь, отданная людям. Воспоминания о профессоре Борисе Павловиче Кушелевском / под ред. проф. Е.Д. Рождественской. Екатеринбург: УГМУ, 2001; Борис Павлович Кушелевский URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Борис_Павлович_Кушелевский; Кушелевский Борис Павлович URL: http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php /КУШЕЛЕВСКИЙ_Борис_Павлович; Борис Павлович Кушелевский URL: http://semantic.uraic.ru/post/postbrowse.aspx?o1=15151&q=true&f=p

Высокий удельный вес заболеваний суставов, являющихся краевой патологией на Урале, в том числе рабочих промышленных предприятий, определил первую научную проблему – изучение патологии суставов рабочих Верх-Исетского завода (ВИЗа). В этом плане ставилась задача отграничения истинного ревматизма от многочисленных заболеваний другой этиологии. Изучение клинических, биохимических, рентгенологических и других данных позволило Борису Павловичу при участии доцентов Ф. Я. Розенблат и Р. С. Фасс с привлечением к работе практических врачей (Пономарев, Гусева и др.), отграничить артриты неревматической природы, вызванные определенной общей или очаговой инфекцией.

Результатом этих исследований явилась серия научных работ, объединенных в сборнике «Вопросы ревматизма» (1936), а затем и монография Бориса Павловича «Клиника ревматических и неревматических инфекционных артритов» (1938), которая была признана лучшим произведением на тему о клинике болезней суставов после классического труда Вельяминова и удостоена Первой премии на Всесоюзном конкурсе научных работ по ревматизму от имени Всесоюзного комитета по борьбе с ревматизмом (Ревмокомитет).

Учитывая практическую ценность монографии, внесшей ясность в диагностику инфекционных неревматических артритов, в 1945 г. она вышла вторым, дополнительным изданием под названием «Инфекционные артриты». Так артриты различной этиологии впервые получили свое отображение, войдя в классификацию Ревмокомитета. Борис Павлович первый в Союзе внес весомый вклад в ревматологию, положив начало отграничению ревматических и неревматических артритов, а также инфекционных артритов, являющихся актуальными и в настоящее время.

Известный советский ревматолог А.И. Нестеров в последующей работе «О мерах по улучшению артрологической помощи населению» 1977 г. писал, что после труда Вельяминова в отечественной литературе можно отметить только монографии М. Л. Дмитрикс и Б. П. Кушелевского и лишь позже – М. Г. Астапенко и Э. Г. Пихлака.




Кроме вопросов ревматизма у рабочих, Б.П. Кушелевский, его коллеги и ученики занимались проблемами ревматического коронариита, ревматизма у беременных, артериальной гипертонии у больных ревматическими пороками сердца, антикоагулянтной терапии при пороках сердца, изучения ревматических поражений сердца в свете недостаточности кровообращения и др. [2]

По воспоминаниям его учеников и коллег, это был талантливый лектор, великолепный клиницист, великий ученый, который стремился внедрить на Урале самые передовые медицинские аппараты и методы. Так, впервые на Урале им и его первым ассистентом З.В. Горбуновой был освоен электромагнитный кардиограф и начато изучение нарушений сердечного ритма. Также впервые в Свердловске на базе возглавляемой им кафедры Б.П. Кушелевским была организована газоаналитическая лаборатория, что позволило проводить углубленное изучение гемодинамики недостаточности кровообращения в свете кислородного голодания тканей[3].

Ольга Ивановна Ясакова вспоминает, что Борис Павлович большое значение предавал чтению лекций. В них – на конкретных примерах подчеркивалась слава русской науки и отечественных ученых. На вводную лекцию приносилось полотно Васнецова «Три богатыря». Они, по мнению Бориса Павловича, олицетворяли Боткина, Павлова, Сеченова – основателей неврогенной теории медицины.

Глубокое проникновение в психику больного отличало всегда Бориса Павловича. Он часто говорил, что в постановке диагноза и лечении больного большую роль играет личность врача, его профессиональная память, характерологические особенности, интуиция. Врач-терапевт должен мыслить образами, обладать художественным складом характера.

Благодаря изумительному мастерству собирания анамнеза и методическому исследованию больного Борисом Павловичем диагностика заболевания в клинике была безупречной и непреложной. Особенно это относилось к распознаванию врожденных пороков сердца, а ведь решающим диагностическим методом в те годы (1940–1950) была только перкуссия и чуткое ухо врача.

Чрезвычайно большое значение Борис Павлович придавал клиническим и патолого-анатомическим конференциям. Все диагностические ошибки выно-

[2] Жизнь, отданная людям. Воспоминания о профессоре Борисе Павловиче Кушелевском / под ред. проф. Е.Д. Рождественской. Екатеринбург: УГМУ, 2001. С. 33.

[3] Там же, С. 33.

сились на обсуждение. Распознавались редкие заболевания, диагностированные при жизни упорным изучением клинических симптомов. Клинико-анатомические конференции являлись школой клинического опыта, на них собиралось большое количество врачей города, районов области.

Другой его ученик, доктор медицинских наук В.С. Волков вспоминает: «Отличительной особенностью Бориса Павловича, как организатора научных исследований, было его исключительное умение увлечь своих сотрудников новой идеей, помочь им увидеть перспективы своей работы, поставить перед ними конкретные задачи и наметить пути их решения. И в то же время он никогда не опускался до мелочной опеки своего сотрудника, требований пространных отчетов, распеканий за отступления от намеченного плана. Доверие к своему младшему коллеге, вера в его силы, совет и поддержка в трудную минуту были важнейшими качествами Бориса Павловича. Я полагаю, что именно эти качества как магнит притягивали к нему молодых врачей, желающих испытать свои силы на поприще науки… »

Также В.С. Волков отмечал, что «Борис Павлович …был полноватым человеком, с умным и спокойным взглядом, неторопливым в движениях. И вообще вид у него был основательный, внушающий доверие и невольное уважение. Он был всегда предельно аккуратен в одежде, а его манеры выдавали человека большой внутренней культуры. Говорил он относительно мало, но мысль выражалась всегда предельно четко и ясно. Нередко приходилось удивляться и одновременно восхищаться его умением найти нужное слово, дать определение какому-либо синдрому или, как говорится, «разложить по полочкам» его клинические проявления. С сотрудниками всегда был подчеркнуто корректен, не допускал панибратства и в то же время живо интересовался их судьбой, работой, семейными делами.

Борис Павлович Кушелевский– глава созданной им уральской школы терапевтов, кардиологов, признанный научный лидер, неиссякаемый источник оригинальных идей, плодотворных концепций, которые успешно разрабатывали его многочисленные ученики и последователи.

В лице Бориса Павловича счастливо сочетались истинный большой ученый и замечательный врач-практик. Он действительно был блестящим диагностом. И хотя считается, что любимой областью его научных и врачебных интересов была кардиология, следует признать, что он был прекрасно ориентирован и в других областях внутренней медицины, что в настоящее время, к сожалению, встречается исключительно редко.

Его обходы были буквально праздником для всех сотрудников клиники, аспирантов, многочисленных клинических ординаторов. При этом практически всегда достигались две цели: помочь больному человеку и дать возможность врачу

глубже понять своего пациента, увидеть, обратить внимание на нюансы клинических проявлений болезни. Буквально все врезалось в память молодым врачам: манера разговора с больным, техника физикального обследования, обсуждение данных дополнительного обследования, методика построения диагноза, обоснование лечения и т.д. И хотя прошло уже много лет, память сохраняет эти незабываемые минуты действительно клинического подхода к больному.

На заседаниях терапевтического общества Борис Павлович всегда был предельно корректен, доброжелателен и приветлив. Он внимательно слушал доклады, с достоинством вел прения, часто задавал вопросы. Лично меня всегда поражало его умение блестяще заключать обсуждение проблемы, обращать внимание на те аспекты, которые другие даже и не заметили. Он специально останавливался на спорных вопросах и никогда не поступался научной истиной. Не было случая, чтобы он не поблагодарил докладчика, со знанием дела всегда отмечал то новое, что было внесено в обсуждение вопроса».[4]

*Вера Александровна Ждахина*

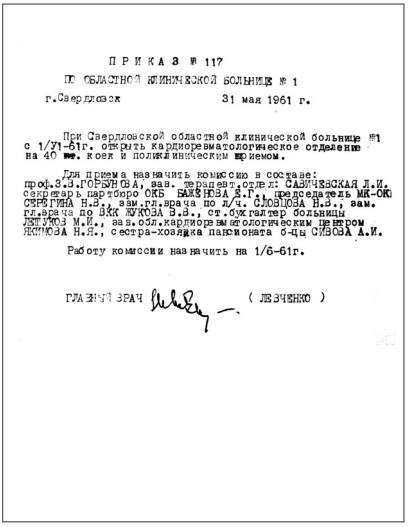
«Мне посчастливилось работать в клинике профессора Б.П. Кушелевского в 1966 г. в течение полугода по циркуляции участковых терапевтов, вспоминает ревматолог с 47-летним стажем Вера Александровна Ждахина. – Память сохранила образ немолодого уже, маститого учёного, который был всегда в кругу молодых ассистентов, аспирантов, ординаторов, обсуждающих проблемы их научных работ. Запомнились его регулярные обходы в отделении, на которых врачи, затаив дыхание, ловили каждое слово профессора (говорил он тихо), запомнились клинические разборы больных, на которых профессор требовал неукоснительного знания пациента и результатов его обследования».[5]

Под его руководством защищено 48 диссертаций, в т. ч. 10 докторских, поэтому за 1930-50-е гг. Б.П. Кушелевский сумел подготовить большую плеяду ученых и практиков в области терапии, кардиологии, ревматологии и других областях медицины. Это предопределило дальнейшее развитие ревматологической службы уже в масштабах всей Свердловской области.

[4] Жизнь, отданная людям. Воспоминания о профессоре Борисе Павловиче Кушелевском / под ред. проф. Е.Д. Рождественской. Екатеринбург: УГМУ, 2001. С. 105-107.

[5] Интервью с В.А. Ждахиной // Архив авторов.

## Развитие кардиоревматологической службы на Среднем Урале в 1960-1970-е гг.



П Р И К А З № 117

ПО ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 1

г.Свердловск 31 мая 1961 г.

При Свердловской областной клинической больнице №1 с 1/VI-61г. открыть кардиоревматологическое отделение на 40 ~~ко~~. коек и поликлиническим приемом.

Для приема назначить комиссию в составе:
проф.З.В.ГОРБУНОВА, зав. терапевт.отдел: САДЧИКОВСКАЯ Л.И.
секретарь партбюро ОКБ БАЙКОВА З.Г., председатель МК-ОКБ СЕРЕГИНА Н.В., зам.гл.врача по л/ч. СЛОВЦОВА Н.Э., зам. гл.врача по ЭКГ КУЛОВА З.А., ст.бухгалтер больницы ЛЕВЧУКОВ М.И., зав.обл.кардиоревматологическим центром ЯКИМОВА Н.Я., сестра-хозяйка пансионата б-цы СИВОВА А.И.

Работу комиссии назначить на 1/6-61г.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ( ЛЕВЧЕНКО )

*Приказ о создании кардиоревматологического отделения в ОКБ №1 в 1961 г.*

*Августа Васильевна Иванова*

В 1960 г. на основании приказа Министерства здравоохранения СССР № 582 от 12.12.1958 г. об организации кардиоревматологических центров в городах с населением свыше 400 тысяч в г. Свердловске были открыты кардиоревматологические центры, а в 1961 году на основании Приказа №582 от 12.12.1958 г. Минздрава СССР и Письма Свердловского Облздравотдела 31 мая 1961 г. в Свердловской областной клинической больнице №1 приказом №117за подписью главного врача Левченко было открыто кардиоревматологическое отделение на 40 коек и поликлинический прием. [6]

Отделение было открыто при научном и практическом участии сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней Свердловского государственного медицинского института (зав. кафедрой – профессор З.В. Горбунова, с 1972 по 1997 гг. – профессор А. В. Иванова) «Зиновия Васильевна Горбунова – ученица профессора Кушелевского, – вспоминает Августа Васи-

[6] Приказ №117 по областной клинической больнице №1 от 31.05.1961 // Музей СОКБ №1

*Августа Васильевна Иванова*

*Зиновия Васильевна Горбунова*

льевна Иванова. – Я с ним встречалась еще клиническим ординатором, Борис Павлович, чем мне запомнился, он был прекрасным врачом, он очень хорошо слушал больных. И этому я научилась у него. Сначала у меня был деревянный стетоскоп, потом появились фонендоскопы. И З.В. Горбунова, и Б.П. Кушелевский тоже пользовались стетоскопами... Я научилась так слушать пациентов, как учил Борис Павлович Кушелевский, и уже потом сама учила этому врачей».[7]

В музее Свердловской областной клинической больницы №1 сохранились документы, отражающие первые годы работы кардиоревматологического отделения. «В целях лучшего обслуживания больных и более рационального использования кадров» приказом №151 от 14 июля 1961 г. только что открытое отделение было преобразовано в кардиоревматологический центр. Его заведующим стала врач Н.Я. Якимова (в 1960 г. окончила клиническую ординатуру, стаж работы на момент назначения более 13 лет). В центре были предусмотрены ставки 4 врачей – кардиоревматологов, 1,5 ставки врача – терапевта, 1 ставка старшей медсестры, 9 медсестер (в том числе фельдшеры-лаборанты, медсестры стационара и поликлиники).[8] Как структурное подразделение Свердловской областной клинической больницы Областной кардиоревматологический центр фигурирует в документах 1962 года.[9]

[7] Интервью с А.В. Ивановой // Архив авторов.

[8] Приказ №151 по областной клинической больнице №1 от 14.07.1961 г. // Музей СОКБ №1

[9] Приказ №29 по областной клинической больнице №1 от 12.02.1962 г. // Музей СОКБ №1

Из отчета СОКБ №1 следует, что под научным руководством З.В. Горбуновой и заведованием врача Н.Я. Якимовой в областном кардиоревматологическом центре работали 6 врачей, 11 медсестер (в том числе 2 лаборанта и 1 сестра-хозяйка), 8 санитарок. Работа центра проводилась в четырех направлениях: организационные мероприятия, лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, работа с кадрами по повышению квалификации, санитарно-просветительские мероприятия. Перечислено различное медицинское оборудование, которым оснащен центр (в том числе 3 аппарата вектор электрокардиоскоп, 3 двухканальных электрокардиографа, 1 гомогенизатор, 2 осциллографа, 6 аппаратов Рива-Рочи).

Кардиоревматологический кабинет в поликлинике за полгода (с момента начала функционирования центра) посетили 1448 больных. 50,5% заболеваний было представлено сердечной патологией, 15% – заболеваниями суставов, а 34,5% – прочие заболевания внутренних органов. Сотрудники с неудовольствием отмечали, что фельдшеры и участковые врачи, минуя консультации специалистов района, часто без данных обследования и выписки из истории болезни, направляли больных без учета их состояния. Поэтому в поликлинику попадали как «случайные» пациенты, проблему которых можно было решить на месте, так и очень тяжелые, транспортировка которых из области в Свердловск привела к ухудшению их состояния. При этом в отчете отмечается: «Из районов, где имеются кардиоревматологические кабинеты, направлялись единичные больные, т.к. все вопросы диагностики и лечения решались на месте».

40-коечное отделение обслужило 498 пациентов в год, 95,8% которых составляли приезжие. 349 пациентов (70,8%) госпитализировались через поликлинику. Врачи с тревогой отмечали молодой возраст пациентов: 398 человек были моложе 40 лет, причем основная масса больных – 305 человек – в возрасте 20-40 лет. 40% пациентов имели ревматизм и пороки сердца (с учетом гипертонической болезни, атеросклероза, врожденных пороков сердца, инфекционного миокардита) больные сердечной патологией составляли 49,1%. А среди ревматиков было почти равное количество больных с активным и неактивным процессом. Пороки сердца встречались у 83,8% больных ревматизмом.

В марте 1962 г. в Областном кардиоревматологическом центре была организована иммунологическая лаборатория, в которой выполнялись клинические анализы, электрокардиографмя и осциллография, а также проводились другие обследования, позволявшие выявлять активность ревматологического процесса.

Выше уже была отмечена высокая эффективность работы кардиоревматологических кабинетов, которые действовали в ряде районов Свердловской области, а именно: два в Нижнем Тагиле, по одному в Краснотурьинске, Серове, Каменск-Уральском, Первоуральске, Ирбите, Красноуральске и Сысерти. Об-

*Валентин Федорович Стренев*

*Бывшее здание кардиоревматологического диспансера (в 1960–1994-е гг.) – в настоящее время одно из зданий Центра медицины катастроф – г. Екатеринбург, Верх-Исетский район*

ластной кардиоревматологический центр осуществлял постоянную связь с врачами этих кабинетов, оказывая консультативную помощь, как по телефону, так и на месте. Помимо этого 23 раза свердловские специалисты выезжали в районы для ведения приема на местах. Таким образом, за 161 день, проведенный в области, врачи смогли проконсультировать 2066 больных, также обучая фельдшеров и врачей диагностированию и лечению кардиоревматологических заболеваний.

Проводилась большая санитарно-просветительская работа. При выписке пациентам, больных ревматизмом, выдавались памятки с указанием рекомендаций по медицинской профилактике, трудоустройству, режиму труда и отдыха, диете и т.д. Такие памятки выпускались на ретаторе Облздавотдела тиражом от 300 до 500 экземпляров. Помимо этого врачами центра как при выезде в районы, так и в стационаре было проведено 3 просветительские лекции, 244 беседы, еще 227 бесед провели медицинские сестры.[10]

В 1963 г. Центр был преобразован в областной кардиоревматологический диспансер с 60 койками в стационаре, двумя консультативными приемами и организационно-методическим отделом, призванным координировать помощь кардиоревматологическим больным в Свердловской области.[11] Его основателем и главным врачом был Валентин Федорович Стренев. Затем его сменила Нина Васильевна Серегина, а с 1987 года и.о. главного врача и одновременно заведующая отделением – Ольга Федоровна Рябицева (с 1981 года работала заведующей кардиоревматологическим отделением, с 1987 года одновременно являлась

[10] Медицинский отчет Областной клинической больницы за 1962 год. Л. 41-45 об. // Музей СОКБ №1.

[11] Иванова А.В. 70 лет научной и практической ревматологии в Свердловской области // Вестник ОКБ №1 г. Екатеринбурга. Вып. 6. №1/2004. С. 1-2.

и. о. главного врача). Областной кардиоревматологический диспансер со времен его основания был одним из лучших в СССР и удостаивался дипломом ВДНХ. В виде самостоятельного учреждения кардиоревматологический диспансер существовал до 1987 года, затем в виде ревматологического отделения вновь стал структурным подразделением ОКБ №1, оставаясь в здании кардиоревматологического диспансера до 1994 года (с 1961 года по 1994 год ревматологическая служба области в виде ревматологического отделения, затем кардиоревматологического диспансера, затем ревматологического отделения располагалась в отдельном здании на ВИЗ-бульваре, в последствии в этом здании находился центр медицины катастроф, в 1994 году отделение переехало в новое здание областной клинической больницы №1 по адресу Волгоградская 185). За период времени с 1963 по 1981 год заведовали кардиоревматологическим отделением Тамара Павловна Постникова, Надежда Михайловна Архирейская, Эльвира Александровна Зудова, Софья Александровна Балавина, с 1981 по 2010 год – Ольга Федоровна Рябицева. «У нас в диспансере тогда было детское и взрослое отделение. 15 детских и 45 взрослых коек, – вспоминает Ольга Федоровна Рябицева. – Дети болели такими же болезнями, как и взрослые. После 18 лет мы переводили их во взрослую сеть. У нас была хорошая преемственность. Пациенты приезжали к нам, как домой. Во время обострений они ехали к нам и были уверены, что будут осмотрены, при необходимости госпитализированы, им будет оказана необходимая помощь. Наша ревматологическая служба была на хорошем счету. Это подтверждалось на съездах и конференциях»[12].

*Ольга Федоровна Рябицева*

В 1964 и 1965 гг., например, в Областной клинической больнице №1 было принято 239 и 281 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы соответственно, включая 97 и 78 человек с ревматизмом. Снижению числа больных с ревматическими пороками сердца способствовало наличие специализированного кардиоревматологического диспансера, – констатировалось в годовом отчете ОКБ №1 за 1965 г.[13]

Вот как о работе в Центре в те годы вспоминает врач – ревматолог Нина Борисовна Меньшикова: «После того, как в 1949 г. я окончила Свердловский государственный медицинский институт, я была по распределению отправлена

[12] Интервью с О.Ф. Рябицевой //Архив авторов.

[13] Медицинский отчет Областной клинической больницы за 1965 год. С. 133 об. // Музей СОКБ №1.

*Нина Борисовна Меньшикова*

в поселок Лобва Новолялинского района. Проработала там терапевтом четыре года. А потом поступила в клиническую ординатуру в Ленинграде в институт усовершенствования врачей. Училась и жила в Ленинграде три года с 1953г. по 1956 г. В 1956 г. вернулась в Свердловск и обратилась в Областную клиническую больницу. Меня представили Зиновии Васильевне Горбуновой – заведующей кафедрой пропедевтики внутренних болезней, и я стала работать в терапевтическом отделении на 80 коек. Это была бывшая 3-я клиническая больница на ВИЗ-бульваре. Отделение было всегда переполнено. В 1962 г. около проходной завода «ЭМА» строилось приспособленное здание, на первом этаже было несколько квартир, а 2 и 3 этажи были отданы под пансионат для областных больных, которые приезжали на консультации. Позже выделили второй этаж для кардиоревматологического отделения. Поставили заведующей Якимову Надежду Яковлевну. Я была терапевтом вплоть до 1963 г. В отделении лечились больные пороками сердца, они поступали в очень тяжелом состоянии. Мы всячески помогали, консультировали, снимали приступы. А потом на заведование был назначен Валентин Федорович Стренев. Он был очень хороший организатор. В то время стала как раз развиваться ревматология под руководством Центрального института ревматизма в Москве, который возглавлял академик Анатолий Иннокентьевич Нестеров. Затем у нас организовался кардиоревматологический диспансер. Вскоре здание пансионата от всего освободили: убрали и молодежное общежитие, и сам пансионат. И все здание отдали под диспансер. В.Ф. Стренев пригласил меня к себе работать. И с 1964 г. я начала там работать. Позже я дважды ездила на курсы усовершенствования врачей в институт ревматизма в Москву. В наших группах были врачи со всех концов страны. Тогда стартовала борьба с ревматизмом в стране под началом этого института.

Ревматизм начинается в раннем возрасте, поэтому организовали в одном диспансере вместе койки для взрослых и детей. У нас открыли отделение на 60 коек, куда входило и детское отделение. На втором этаже располагалось взрослое отделение, на третьем этаже были три детские палаты. В этом же здании расположили и поликлинику, где был организован прием детского и взрослого ревматологов. Кроме этого, открыли рентгеновское отделение, лаборатории. Сделали пристрой, там расположилась библиотека, вспомогательные службы. Каждого больного осматривал еще консультант ЛОР-врач, если надо, смотрели гинеколог и стоматолог. У нас была тесная связь с областным кожно-венерологическим диспансером.

Вот имена некоторых врачей, которые работали вместе со мной: заведующей была Постникова Тамара Павловна, врачами работали Мария Михайловна Ложкина, Лариса Степановна Кочиновская, Семен Михайлович Торганский. Потом долго главным врачом была Серегина Нина Васильевна, после нее Ольга Федоровна Рябицева.

Потом организовались различные службы – функциональная диагностика, биохимическая и клиническая лаборатории. У нас проводилось очень много профилактической работы, например, плановые выезды по районам. Там, со временем, в поликлиниках организовывались ревматологические кабинеты, врачи которых стажировались на нашей базе. Ревматологи были во всех крупных городах: Серов, Каменск-Уральский, Нижний Тагил, Сухой Лог, Артемовский, Красноуральск. Иногда выезжали в область целой командой: терапевт, биохимик, врач функциональной диагностики, ревматолог, каждый занимается своим делом. Также проводили конференции по темам, которые планировали заранее, исходя из потребности. После конференций консультировали больных. Мы организовывали и крупные межобластные конференции. К нам приезжали выступать специалисты из института ревматизма, например, академик Остапенко, Насонова Валентина Александровна. В то же время активно начала развиваться кардиохирургия. Сначала операции делали в 23-й больнице, а потом уже в областной больнице. В 1969 году кафедру сердечно-сосудистой хирургии СГМИ и клинику возглавил профессор Милослав Станиславович Савичевский – талантливый кардиохирург и организатор. А затем уже Эдуард Михайлович Идов, который и сегодня продолжает это дело. Мы были связаны, отбирали больных на операции»[14].

Имея под рукой такую великолепную клиническую базу, как областной кардиоревматологический диспансер, сотрудники кафедры пропедевтики внутренних болезней Свердловского мединститута впервые на Урале начали проводить научные исследования по проблеме «коллагенозов» (диффузные болезни соединительной ткани – ДБСТ и системные васкулиты – СВ), которые были направлены на улучшение диагностики и лечения этих тяжелых заболеваний, ведению беременных с ДБСТ. Большое внимание уделялось иммунологическим, гемостазиологическим, эпидемиологическим, генетическим и эндокринным аспектам ДБСТ, СВ, а также ревматической лихорадке и болезням суставов.

С 1952 по 1972 гг. кафедрой заведовала доцент, а с 1956 г. – д.м.н., профессор Зиновия Васильевна Горбунова. В 1930-е гг., во время становления Свердловского государственного медицинского института, молодой врач обратила на

[14] Интервью с Н.Б. Меньшиковой // Архив авторов.

себя внимание профессора Б.П. Кушелевского, и он пригласил ее на должность ассистента кафедры факультетской терапии. Вскоре она защитила кандидатскую диссертацию на тему «Лечение мерцательной аритмии хинидином» и стала работать над докторской диссертацией на тему «Врожденные пороки сердца у взрослых». В 1951 г. она была избрана доцентом кафедры пропедевтики внутренних болезней, а через год – с 1952 г. – стала заведующей кафедрой в связи со скоропостижной смертью профессора В.П. Луканина. Она заведовала кафедрой в течение 20 лет, вплоть до 1972 г.

С ее деятельностью связано формирование основных научных направлений кафедры, успешно разрабатываемых и сегодня – ревматизм и болезни опорно-двигательного аппарата, а также диагностика и лечение заболеваний крови. Под руководством З.В. Горбуновой были выполнены 3 докторских и 11 кандидатских диссертаций, основана иммунологическая лаборатория, постановка и проведение исследований в которой в течение ряда лет осуществляли сотрудники кафедры (Н.С. Порошина, А.В. Иванова). На протяжении многих лет она была активным членом, членом правления, зам. председателя и председателем Свердловского областного научно-практического общества терапевтов[15].

В 1972 году кафедру возглавила профессор Августа Васильевна Иванова, прошедшая на этой кафедре клиническую ординатуру, аспирантуру, затем работавшая на должности ассистента, доцента. А.В. Иванова активно занималась проблемой диагностики и лечения диффузных болезней соединительной ткани, являясь одним из ведущих специалистов на Урале в этой области. Сотрудники кафедры Н.С. Порошина, Н.Я. Якимова, А.В. Митрошина, И.А. Селиванова, М.Ф. Безуглов, П.А. Тинигин внесли существенный вклад в понимание вопросов этиопатогенеза, клинико-лабораторной диагностики и лечения системных васкулитов, системной красной волчанки и ревматических пороков сердца. По этим проблемам в те годы было выполнено 2 докторских и 14 кандидатских диссертаций, изданы 2 монографии, 3 сборника научных трудов, результаты исследований активно внедрялись в практику лечебных учреждений г. Свердловска и области. В последующем новыми актуальными научными проблемами кафедры стали реактивные артриты, Лайм-боррелиоз, остеопороз, остеоартроз, антифосфолипидный синдром[16].

---

[15] Иванова А.В. Выступление 12. Ноября 1992 г. на совместном заседании терапевтического, ревматологического и кардиологического областных научных обществ. К 90-летнему юбилею профессора Зиновии Васильевны Горбуновой. Рук. Л. 1-2. // Архив кафедры пропедевтики внутренних болезней УГМУ.

[16] Кафедра пропедевтики внутренних болезней УГМУ. История URL: http://www.usma.ru/department/prop_vn/2617 (дата обращения: 30.06.2018)

«З.В. Горбунова много лет работала зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, после нее я возглавляла кафедру до тех пор, пока не ушла на пенсию, – вспоминает Августа Васильевна Иванова. – В конце 1970-х гг. после открытия нового здания Областной клинической больницы на ул. Волгоградской наша кафедра переехала туда. Там появились специализированные терапевтические отделения. И там была моя первая стационарная больная, пациентка Мария Петровна с системной красной волчанкой. Вспоминая те годы, могу сказать, что с течением времени происходили изменения в тактике лечения ревматологических больных. Тогда начинали лечить кортикостероидами, сначала небольшими дозами, а потом оказалось, что дозы нужны серьезные. У больных округлялось лицо, а когда лекарство снижалось до поддерживающих доз, то это проходило. Доза зависела от состояния пациента. К нам ехали больные со всей области, причем часто очень тяжелые. Я много ездила на различные конгрессы и съезды. Я старалась их не пропускать, потому что это очень большая школа. После посещения таких научных мероприятий я проводила курсы для врачей из районов Свердловской области. В работе мне нравилось все. Нравилось, что даже в трудных случаях мы можем помочь больному человеку. Приезжают очень тяжелые больные, а уезжают с определенным диагнозом и курсом лечения»[17].

Рассказывает Любовь Андреевна Шардина, д.м.н., профессор кафедры Управления сестринской деятельностью УГМУ: «В 1978 г. окончила ординатуру, после чего главный врач областной больницы №1 Виктор Юрьевич Костенецкий пригласил меня на работу. Я могла выбрать отделение, и я выбрала нефрологию, отработала там один год, затем А.В.Иванова пригласила меня работать на кафедру пропедевтики внутренних болезней. Еще учась на третьем курсе я занималась ревматологией в научном кружке на этой кафедре. На кафедре в то время было два направления – системные заболевания соединительной ткани и заболевания суставов. Через некоторое время добавилось изучение системных васкулитов.

*Любовь Андреевна Шардина*

Придя на кафедру, я выбрала тему – системная красная волчанка и эндокринологические аспекты. Это была очень актуальная тема в те годы, изучалось взаимоотношение между ревматическими заболеваниями и функцией эндокринных органов. Я изучала репродуктивную систему. Моя кандидатская была под руководством профессора И.И.Бенедик-

[17] Интервью с А.В. Ивановой // Архив авторов.

това и А.В. Ивановой. Защищала кандидатскую диссертацию в Ярославле, мне тогда сказали, что это была лучшая диссертация года. Параллельно с работой на кафедре я продолжала работать в нефрологии. Профессорские обходы А.В. Иванова проводила в то время в нефрологии, так как в нефрологию и частично в гематологию в те годы госпитализировались больные с системными заболеваниями соединительной ткани (в областной больнице тогда ревматологического отделения не было, а пациентам требовалось лечение химиотерапией и глюкокортикоидами). В областной больнице тогда не было ревматолога и на поликлиническом приеме. Пациентов с системными заболеваниями вели представители кафедры во главе с А.В. Ивановой. После того, как ревматологическое отделение переехало на ул. Волгоградскую, консультации проводились сотрудниками кафедр совместно с ревматологами. Ревматологи учились у нас вести этих пациентов. Из них затем получились классные специалисты».

В начале 1960-х гг. появился не только Областной кардиоревматологический центр. В 1960 г. на основании приказа Министерства здравоохранения СССР № 582 от 12.12.1958 г. об организации кардиоревматологических центров в городах с населением свыше 400 тысяч, по инициативе заслуженного деятеля науки, проф. Бориса Павловича Кушелевского, в г. Свердловске было открыто два кардиоревматологических центра: №1 – на базе Городской клинической больницы №1 (впоследствии Городская клиническая больница скорой медицинской помощи) и № 2 – на базе Городской клинической больницы №23. Организатором и первым заведующим Центра №1 была Хонина Ольга Фёдоровна, Центр №2 возглавляли Славная Владлена Борисовна (до 1963 г.) и Лычаная Мария Алексеевна (с 1963 г. по 1975 г. – до объединения обоих центров в единый).

В 1969 г. Центр № 1 был переведен в поликлинику строящейся многопрофильной городской клинической больницы № 40 во главе с Хониной Ольгой Фёдо-

*Ольга Федоровна Хонина*

*Заведующая ГКРЦ О.Ф. Хонина, 1971 г.*

*В.А. Фиалко и медсестра Л.Н. Гилёва, ГКРЦ 1970 г.*

*Владимир Алексеевич Фиалко*

ровной (приказ Горздравотдела № 203 от 29.11.1969 г.). Первыми врачами Центра были: врач-ревматолог Ждахина Вера Александровна (1970-1981 гг.), врач-кардиолог к.м.н. Фиалко Владимир Алексеевич (возглавил кардиологическую работу Центра в 1969-1971 гг.), врач функциональной диагностики Николаева Эльвира Александровна (1969-1971 гг.), в штат Центра впервые была введена ставка педиатра – кардиоревматолога. На эту должность была назначена врач Неизвестнова Елена Даниловна, которая осуществляла координацию работы всей педиатрической кардиоревматологической службы города с 1969 по 1985 гг. «Не каждому врачу судьба дарует своего Учителя, – вспоминает Вера Александровна Ждахина. – Для меня Хонина Ольга Фёдоровна была Учителем по жизни. Ей я обязана тем, что стала ревматологом, она научила меня многому – от правильного сбора анамнеза до педантичного установления трудного диагноза, если даже это не касалось ревматических заболеваний, она научила меня постоянно следить за новинками медицинской литературы, анализировать свою работу и многому, многому другому, что пригодилось мне в работе. Когда в 1981 г. я перешла на заведование ревматологическим отделением Городской клинической больницы №6 (по её рекомендации), я ощущала, что Ольга Фёдоровна всегда рядом, гото-

*Вера Александровна Ждахина*

*Людмила Даниловна Неизвестнова*

*Ольга Георгиевна Смоленская*

вая прийти на помощь в любой момент. Ее уже нет, но продолжает жить дело, которому она посвятила всю свою жизнь. В Екатеринбурге создана лучшая в стране служба по оказанию специализированной помощи больным с ревматическими заболеваниями. Это память о ней в сердцах её коллег и многочисленных благодарных пациентов, и это живой памятник, воздвигнутый ей самой ещё при жизни»[18].

«У нас был с самого начала очень хороший коллектив, – рассказывает Ольга Георгиевна Смоленская – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии и эндокринологии УГМУ. – Чудесная заведующая – Вера Александровна Ждахина. Она замечательный организатор. Была хорошая старшая сестра Людмила Анатольевна Козлова, процедурная сестра Наталья Воробьева. Поначалу мы были вдвоем с Александром Наумовичем Шварцманом. Он был опытным ревматологом. Мы проводили разборы, обсуждали больных. Нам очень помогала кафедра, мама (Мармалевская Г.С.) была заведующей, ассистенты Марковская Татьяна Александровна, Бусыгин Олег Юрьевич.

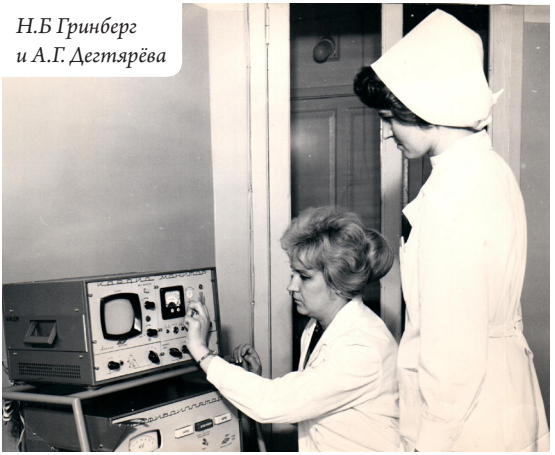
Поначалу кроме кроватей, вообще ничего не было. Только руки и глаза, а еще большое желание работать. Помню, как мы покупали первую лазерную установку для лечения суставов. Налаживали его сами, пробовали работать.

Пациентов было очень много, всегда была очередь попасть в отделение. Поступали больные с ревматизмом, с пороками сердца. Брали и оперированных больных на раннюю реабилитацию. Были молодые женщины до родов, мы их готовили к родам, кого-то готовили к операции.

Сейчас стало мало пациентов с ревматическими пороками сердца, кардиологи оперируют атеросклеротические пороки у возрастных больных, но ревматизм может когда-нибудь снова «выстрелить». В Швей-

*Медсёстры ГКРЦ на первомайской демонстрации 01.05.1976 г.*

[18] Интервью с В.А. Ждахиной // Архив авторов.



*Н.Б Гринберг и А.Г. Дегтярёва*

*Алевтина Геннадьевна Дегтярева*

царии была эпидемия ревматизма лет 12 назад. Связано это с тем, что иммунная прослойка очень уменьшилась. Сейчас ревматизм остался в основном только в армии, что связано со скученностью и не очень хорошим лечением.

Я проработала в отделении 9 лет. Это было время расцвета ревматологии. Мы освоили лазер, внутрисуставное введение лекарственных препаратов, открыли кабинет трудотерапии, где с больными разрабатывали руки» .

В 1973 г. в г. Свердловске было открыто первое городское кардиоревматологическое отделение на 60 коек в терапевтическом корпусе Городской клинической больницы №40 (С 1999 г. отделение стало только ревматологическим, а в 2002 г. оно было сокращено до 30 коек, в 2014 г – до 29, а с 2015 г. – до 24 коек). Заведовали отделением: в 1973 – 1994 гг. – к.м.н. Гринберг Ниля Бореевна; в 1994 – 1997 гг. – Милявская Римма Львовна; с 1997 г. по настоящее время – д.м.н. Попова Татьяна Анатольевна.

«Я работаю в этом отделении уже 44 года, с 1973 года, прямо с создания отделения, – рассказывает старшая медицинская сестра ревматологического отделения 40 КБ Алевтина Геннадьевна Дегтярева. – Корпус был сдан летом 1973 г., а открытие состоялось 3 сентября. Сначала отделение готовилось: убирали строительный мусор, ликвидировали следы ремонта, укомплектовывали мебелью. Первой заведующей была Ниля Бореевна Гринберг, а врачом Дюпина Галина Васильевна. Отделение считалось кардиоревматологическим, имело 60 коек. Первую пациентку мы приняли как раз 3 сентября. Она была на коляске, мы ее встречали с цветами, возили из палаты в палату, не знали, куда ее поместить. Такая торжественность была! Отделение заполнилось быстро. Койки и тогда не пустовали, и сейчас. Больные поступали очень тяжелые, преимущественно была госпитализация пациентов

с ревматическими пороками сердца, это были декомпенсированные пациенты, с отеками, с нарушениями сердечного ритма. Мы получали удовлетворение, когда после лечения они уходили от нас без отеков, с порозовевшими губами, сами ходили, без одышки! Я сначала работала манипуляционной сестрой, а с апреля 1974 г. стала старшей сестрой. Нужно было сестер обучать, персонал готовить. Заведующая Ниля Бореевна Гринберг активно занималась подготовкой среднего звена. Работа сестры в нашем отделении отличается от других: нужно знать особенности заболеваний, подход к пациентам у нас свой. Если у нас шли ревматические пороки сердца с недостаточностью, то всегда надо было быть начеку, знать, что это чревато отеком легких, мы этим занимались практически каждый день – выводили пациентов из этих состояний. Мы все время были начеку! Ниля Борисовна была прямым и резким, очень грамотным и требовательным человеком. Много сил вложила в подготовку среднего персонала – проводила занятия по оказанию неотложной помощи, подключала к обучению реаниматологов, ведь в те годы как такового и реанимационного отделения не было. Мы сами занимались! Сегодня мы даже анальгин без назначения врача не можем дать, а в то время мы спасали пациентов. А реаниматолог в то время был только в роддоме. Гринберг работала 21 год. Я ей очень благодарна, она мне много знаний дала»[19].

*Татьяна Анатольевна Попова*

«Традиции отделения были заложены первой заведующей Нилей Бореевной Гринберг и старшей медсестрой Алевтиной Геннадьевной Дегтяревой, – рассказывает главный внештатный специалист по ревматологии Городского Управления здравоохранения, заведующая ревматологическим отделением ГКБ №40 Татьяна Анатольевна Попова – Подбирали кадры в то время администраторы отделения. Настолько крепкими были традиции, заложенные в тот период, что мне казалось, я пришла на все готовое. Оставалось – подхватить традиции и продолжить их. У меня прекрасно работает средний медицинский персонал, которым руководит старшая сестра. Врачи отделения очень глубоко вникают в пациента, чтобы правильно поставить диагноз, мы обсуждаем сложных пациентов, эти традиции мы передаем и молодым врачам»[20].

Открытие кардиоревматологического отделения предопределило то, что в 1975 г. произошло объединение Центров № 1 и № 2 в единый на базе Городской клини-

[19] Интервью с А.Г. Дегтяревой // Архив авторов.

[20] Интервью с Т.А. Поповой // Архив авторов.

ческой больницы № 40 (приказ Горздравотдела № 251 от 09.09.1975 г.). Заведующим Центром и главным ревматологом города была утверждена О.Ф. Хонина (проработала в этой должности до 1996 г.).

*Сотрудники ГКРЦ, 04.03.1974 г.*

До 1979 г. в задачи Центра входило оказание консультативно-диагностической и лечебной помощи взрослому и детскому населению с ревматическими и кардиологическими заболеваниями, а так же координация работы районных ревматологов и кардиологов всех лечебных учреждений взрослой и детской сети. Научное руководство городского ревмоцентра при его создании осуществлялось профессором О. И. Ясаковой, с 1981 по 1989 гг. – профессором Г. С. Мармалевской, с 1989 г. – профессором А. Н. Андреевым.

В процессе развития кардиоревматологической службы становилось понятно, что отсутствие преемственности между детской и взрослой службами очень затрудняет работу и ухудшает результаты лечения больных. Поэтому с декабря 1969 г. в составе «взрослого» центра на базе Городской клинической больницы №40 была введена ставка детского кардиоревматолога. Главным внештатным кардиоревматологом стала Неизвестнова Елена Даниловна.

Консультативная и методическая работа помогла объединить всех районных кардиоревматологов и выработать общие принципы ведения больных. В 1974 г. на базе Детской городской больницы №15 было развернуто 15 артрологических коек, а в 1980 г. на базе Детской городской больницы №5 открылось городское кардиоревматологическое отделение. Его возглавила Лехтик Людмила Матвеевна.

*Коллектив ревматологического отделения, 1978 г.*

Правильная организация лечебно-профилактической работы, диспансерного наблюдения, проведение секции

*Осмотр пациента в ГКРЦ, 1979 г.*

кардиоревматологов под руководством профессора Синявской Ольги Александровны, учебы, консультации, создание артрологической комиссии (в состав которой входили ревматолог, ортопед и физиотерапевт), связь с кардиохирургами Областной клинической больницы №1 и тщательная дифференциальная диагностика позволили в 7 раз за 16 лет сократить группу больных ревматизмом, снизить формирование ревматических пороков сердца, с 23 % до 36 % увеличить выявляемость врожденных пороков сердца. Возросла выявляемость детей с диффузными заболеваниями соединительной ткани и ювенильным ревматоидным артритом[21].

К 1978 г. количество кардиоревматологических кабинетов в городе достигло 12, специализированных коек – 195. На базе городского ревмоцентра выполнялись исследования по проблемам лечения ревмокардитов у больных с протезированными клапанами, перекисного окисления липидов у больных подагрой, реактивных артритов и др. К концу 1970-х гг. в Свердловске завершился процесс формирования городской кардиоревматологической службы.

«Жизнь доказала необходимость специализированных служб, – вспоминает ветеран труда, отличник здравоохранения Вера Александровна Ждахина, проработавшая в ревматологии 44 года. – Невозможно врачу-терапевту все досконально знать, тем более что он перегружен документацией, значительным количеством больных, профосмотрами, поэтому нужны всегда помощники – узкие специалисты. Мы, ревматологи, в свою очередь, пользовались консультациями и гастроэнтерологов, и кардиологов, и эндо-

*Коллектив ГКРЦ в 1980 г.*

[21] По материалам из личного архива В.А. Ждахиной.

*В областном кардиоревматологическом диспансере*

кринологов. Все это для пользы больного. О.Ф. Хонина тогда бывала во всех поликлиниках, была знакома со всеми заведующими, поддерживала с ними контакт. И тогда городская ревматологическая служба существовала как единая сеть»[22].

Аналогичные процессы проходили и на территории всей Свердловской области. После создания Областного кардиоревматологического центра в начале 1960-х гг., координировавшего работу 9 профильных кабинетов, их число начало планомерно увеличиваться и к концу 1978 г. достигло 93, а количество специализированных коек в медицинских учреждениях области увеличилось до 1313. Для этапного лечения больных стали использоваться пять местных санаториев, 115 санаториев-профилакториев промышленных предприятий. Штат врачей-ревматологов увеличился до одной должности на 50 000 населения. При пропедевтической клинике были созданы хорошо оснащенные иммунологическая, биохимическая, гемостазиологическая лаборатории, а с 1975 г. начал работу областной консультативный кабинет диффузных болезней соединительной ткани (ДБСТ) и системных васкулитов (СВ).[23] К 1980 г. врачи – ревматологи имелись практически во всех городах Свердловской области, а именно: Талица, Сухой Лог, Ирбит, Качканар, Березовский, Ревда, Кушва, Североуральск, Верхняя Пышма, Богданович, Арти, Ачит, Краснотурьинск, Камышлов, Артемовский, Алапаевск, Невьянск, Белоярка, Полевской, Асбест, Верхняя Салда, Каменск-Уральский, Кировград, Красноуфимск, Первоуральск, Серов, Ирбит, Карпинск, Пышма, Байкалово, Гари, Нижняя Тура, Реж, Ка-

*Врачи-ревматологи и медсестры на субботнике*

[22] Интервью с В.А. Ждахиной.

[23] Иванова А. В., Лесняк О. М., Рябицева О. Ф., Ивашова И. Г. Ревматологии Среднего Урала 75 лет // Научно-практическая ревматология. № 4, 2008. С. 85-87.

менск, Шаля, Новая Ляля и Нижний Тагил.[24]

*Врачи и медсестры Областного кардиоревматологического диспансера*

Областной кардиоревматологический диспансер и городской кардиоревматологический центр совместно с кафедрами мединститута систематически проводили интенсивную подготовку кадров врачей-ревматологов и участковых врачей по вопросам ревматологии. Постоянно оказывалась методическая и консультативная помощь, выезды специализированных бригад в районы области для проведения медицинских осмотров, выявления ревматических заболеваний, проведения конференций.

За первые 15 лет существования на базе Областного кардиоревматологического диспансера прошли специализацию 428 врачей, 209 средних медицинских работников, было проведено 212 конференций, семинаров, прочитано более 1000 лекций и докладов, направлено в районы области свыше 5000 экземпляров методических рекомендаций и инструкций. Выезды специализированных бригад для выявления и учета ревматических заболеваний, консультативной работы, налаживания бициллинопрофилактики ревматизма также были школой для ревматологов и терапевтов городов и районов области.

Существенное влияние на качество ревматологической службы оказывали научные исследования в области ревматологии. Научные исследования в пропедевтической клинике проводились по вопросам взаимоотношений ревматизма с ревматоидным артритом (В.Ф. Стренев, В.И. Касицин), с патологией щитовидной железы (Т.Н. Стренева, Е.В. Крылова),

*Врачи и медсестры Областного кардиоревматологического диспансера*

[24] Список врачей-ревматологов по области на 01.01.1980 г. на 5 л.// Д. Свердловское научно-практическое ревматологическое общество // Музей СОКБ №1.

нарушений гемостаза и тромбоэмболических осложнений(А.В. Митрошина), показаний к митральной комиссуротомии у беременных (С.И. Томашева), особенностей ревматизма у пожилых (В.П. Стренев), функции правых отделов сердца при митральном стенозе методами кинер- и поликардиографии (А.М. Шилкова), роли антикардиальных антител в диагностике активности ревматизма (Н.С. Порошина), показаний к лечению радоновыми ваннами больных ревматическими пороками сердца, в том числе после митральной комиссуротомии (Л.А. Маслова), болезней суставов у промышленных и сельскохозяйственных рабочих, реактивных артритов и др.

Также в этот период впервые на Урале начала разрабатываться проблема «коллагенозов» – диффузных болезней соединительной ткани (ДБСТ) и системных васкулитов (СВ). В 1960 г. опубликована статья З.В. Горбуновой и А.В. Ивановой (журнал «Советская медицина») на основе прижизненного распознавания 20 случаев узелкового периартериита, в 1961 г статья А.Г. Поляковой и А.В. Ивановой (журнал « Терапевтический архив») с анализом 30 наблюдений системной красной волчанки (СКВ). Поставлены методы определения волчаночных клеток, антител к ДНК и титра комплемента (аспирант А.В. Иванова), иммунологических исследований при ревматизме (Н.С. Порошина), гиалуронидазной активности сыворотки крови и ряд гемостазиологических методик (Н.Я. Якимова), фагоцитарной активности крови (И.А. Селиванова, Л.Н. Гагарина). По мере освоения эти методы внедрялись в практику ОКБ 1 и других лечебных учреждений области.

Результаты изучения клиники и критериев лабораторной диагностики активности процесса, вопросов лечения и профилактики, диспансеризации СКВ и других ДБСТ и СВ, гемостазиологических, а в дальнейшем – с 70-х гг. – эпидемиологических, генетических, эндокринных и других патогенетических аспектов ревматизма, болезней суставов, СКВ, системный склеродермии (ССД), болезни и синдрома Шегрена, узелкового полиартериита, неспецифического аортоартериита вылились в ряд кандидатских и докторских диссертаций (А.В. Иванова, О.М. Лесняк, Н.Я. Якимова, А.В. Митрошина, С.И. Томашева, А.И. Шмакова, Е.И. Ковальчук, Л.А. Маслова, Н.Б. Гринберг, Л.А. Шардина, М.Ф. Безуглов, Г.И. Ронь, Т.В. Жданова, Л.А. Соколова).

Издано три сборника научных трудов под редакцией профессоров З.В. Горбунова, О.И. Ясаковой (1971 г.), О.И. Ясаковой, А.В. Ивановой (1977 г.), А.В. Ивановой, Г.С. Мармалевской (1989 г.).

Результаты исследований регулярно докладывались на Российских, Всесоюзных, Международных конгрессах, съездах, конференциях, симпозиумах, публиковались в центральной и зарубежной печати.

В клинике внутренних болезней №2 (заведующий – профессор Г.С. Мармалевская) были выполнены кандидатские диссертации Г.Б. Колотовой «Лечение

*Милослав Станиславович Савичевский*

ревмокардитов у больных с протезированными клапанами», О.Г Смоленской «Коррекция перекисного окисления липидов у больных с подагрой»[25].

Развертывание ревматологической службы и научные исследования проводились под постоянным организационно-методическим и научным руководством Института ревматологии АМН СССР (директор – академик А. И. Нестеров, с 1970 г. – академик В. А. Насонова).

С 1959 г. в Свердловске начало осуществляться оперативное лечение ревматических пороков сердца. В 1972 г. отделение кардиохирургии областной клинической больницы № 1 получило статус межобластного кардиохирургического центра (научный руководитель – профессор М.С. Савичевский, под руководством которого выполнено 6 кандидатских и одна докторская диссертация, издано 4 сборника научных трудов)[26].

Об этом значимом вопросе следует рассказать более подробно. Первую операцию на сердце в Свердловске выполнил профессор Аркадий Тимофеевич Лидский в 1956 г. У него были верные единомышленники в мединституте на кафедре Моисея Израилевича Сахарова, где ассистентами работали хирурги Иосиф Давидович Прудков и Милослав Станиславович Савичевский. На 100 первых прооперированных больных они не потеряли ни одного пациента. Это было уникальным началом хирургии нового направления!

В 1962 г. в Свердловск из Ленинграда приехал Сергей Сергеевич Соколов организовывать клинику сердечно-сосудистой хирургии на базе кафедры факультетской хирургии мединститута и 23-й горбольницы. В 23-й кардиохирургия уже была, там оперировали Анатолий Васильевич Житков и Нина Павловна Кожевникова. Профессор Соколов стал собирать команду, в которой первым появился Милослав Савичевский, хирурги Ростислав Шевченко, Юрий Обатнин, Артур Грюнер, анестезиологи Эдгар Пионтек и Валентина Имбро. Привлекли молодежь – за каждым был закреплен определенный раздел работы. А в командном отношении получалась всесторонняя хирургия.

Милослав Станиславович Савичевский в то время был уже ведущим хирургом. На него возлагалось освоение искусственного кровообращения. Врачи ра-

[25] Иванова А.В. 70 лет научной и практической ревматологии в Свердловской области. Рук. С. 1-4. // Личный архив А.В. Ивановой.

[26] Иванова А. В., Лесняк О. М., Рябицева О. Ф., Ивашова И. Г. Ревматологии Среднего Урала 75 лет // Научно-практическая ревматология. № 4, 2008. С. 85-87.

ботали на «закрытом» сердце и поэтому не могли оперировать сердечные клапаны, корректировать сложные врожденные пороки сердца – все эти большие операции должны сопровождаться искусственным кровообращением. В подвале 23-ей больницы организовали лабораторию, и началось освоение новой технологии – искусственного кровообращения. Первыми пациентами были собаки. После упорных тренировок методику перенесли в клинику. Первая операция по коррекции межпредсердной перегородки маленькой девочке проведена в 1964 г. Она была удачной и вселила в коллектив много оптимизма.

В 1969 г. профессор С.С. Соколов уезжает в Москву на заведование отделением в институт трансплантации, а руководство кафедрой и межрегиональным центром возлагают на Милослава Станиславовича Савичевского. К тому времени его кандидатская диссертация была посвящена «второму барьеру» – легочному кровотоку при митральных пороках. Это очень сложная по тем временам работа по оценке влияния митральных пороков на развитие изменений в легких. Не только изменения в самом сердце, а изменения в сосудах легких существенным образом влияли на состояние больного – он это доказал. Доктор Савичевский обладал удивительным дальновидением. Глядя вперед, он организовал лабораторию биофизики миокарда, которая значимо способствовала развитию кардиохирургии. Он был пионером внедрения гипотермической защиты (охлаждения тела больного до 28-30 градусов) во время операции, что позволяло оперировать без искусственного кровообращения. Поскольку операции с искусственным кровообращением шли очень тяжело, с существенными осложнениями и потерями – так проходило становление новой методики во всей стране. Гипотермию очень пропагандировал академик Е.Н.Мешалкин из Новосибирска. Целая команда специалистов с Урала во главе с М.С. Савичевским училась у сибирских коллег. Освоение метода позволило провести более 550 операций.

В 1977 г. начальством Облздрава было принято решение о переводе кардиохирургии из 23-й горбольницы в новую выстроенную Областную. Кардиохирургический коллектив полным составом – и медсестры, и врачи перешли в ОКБ №1. Это был уже самодостаточный сплоченный коллектив единомышленников.

В Первой областной клинической больнице возможности кардиохирургии расширились: вместо 40 коек им предоставили два блока на 70. С 1967 г. в 23-ей отделением руководила врач-хирург Нина Дмитриевна Терентьева. Она несла почетную обязанность еще более 20 лет и в Первой областной.

Многие черты характера Милослава Станиславовича вызывали у коллег удивление и восхищение. Он заразительно верил в успех, обладал неиссякаемым трудолюбием и терпением, стойко сносил неудачи и потери – при освоении новых технологий через это проходит каждый специалист. Он был человеком чеховского склада. Интеллигентен, благороден, учтив с коллегами. Не позволял себе повышать

голос, но мог быть строгим без оскорблений. Относился к больным уважительно, оперировал бережно своими длинными пальцами. Он умел видеть объемно все нюансы операционного поля – пороки очень меняют анатомию сердца и других органов. Разборы больных оказывались для врачей всегда эффективными и полезными, а обходы по палатам – просто увлекательными. Он был человеком многогранным, как все талантливые люди. Великолепно рисовал, оформил не одну учебную комнату собственными планшетами – учебной литературы по ходу операций студентам не хватало. Он даже предлагал сделать атлас операций на сердце – такого не было. Но ему не хватило времени претворить мечту в реальность.

Милослав Станиславович Савичевский умер внезапно в возрасте 57 лет. Это случилось 15 сентября 1987 г. Его выдающиеся заслуги в развитие отечественной кардиохирургии были оценены при жизни – медалями за трудовую доблесть, орденом Трудового Красного Знамени, орденом В.И.Ленина. Ему удалось создать Уральскую школу кардиохирургии, которую ценят и уважают коллеги в России и далеко за ее пределами. Сейчас работают представители четвертого поколения этой школы[27].

*Галина Станиславовна Мармалевская*

Историю делают люди. Не является исключением и рассматриваемая нами история уральской ревматологии. В г. Свердловске в конце 1970-х – начале 1980-х гг. она была связана с именем профессора Галины Станиславовны Мармалевской. Она была представителем семьи потомственных медиков, в 1947 г. с отличием окончила Свердловский государственный медицинский институт и в 1955 г. защитила кандидатскую диссертацию по проблеме лечения острой пневмонии. С начала 60 –х годов у Галины Станиславовны сформировался устойчивый интерес к ревматологии, были начаты исследования по ранней диагностике ревматизма и дифференциальной диагностике тонзиллогенных заболеваний миокарда. В 1962 году по семейным обстоятельствам Мармалевская Г.С. переехала в Пермь, где работая доцентом на кафедре пропедевтики ПГМИ, продолжила занятия ревматологией. В 1978 году ею была защищена докторская диссертация на тему «Тонзиллогенные заболевания миокарда». За время работы в ПГМИ под ее руководством на кафедре был организован факультет повышения квалификации для врачей терапевтов, активно развивалась городская ревматологическая служба.

[27] Идов Э.М. Белкина О. Хуже сердечной недостаточности – только недостаток сердечности // Дела больничные. Газета коллектива ОКБ – 1. №2 (168) февраль 2014.

*Галина Станиславовна Мармалевская*

В 1979 г. Галина Станиславовна вернулась в г. Свердловск и с 1979 по 1989 гг. заведовала кафедрой внутренних болезней №2 СГМИ. По ее инициативе в Центральной клинической больнице №6 были открыты ревматологическое и нефрологическое отделения, палата интенсивной терапии, создана иммунологическая лаборатория. В этот период все научные исследования были посвящены проблемам ревматизма, ревматоидного и реактивного артритов. Под ее руководством ассистентами Пермского и Свердловского государственных медицинских институтов были защищены 3 кандидатские диссертации, и в процессе выполнения находилось еще 5 работ. Галиной Станиславовной опубликовано 65 печатных работ, 1 монография.

Вспоминает Людмила Александра Соколова, в 1984-2004 гг. – ассистент, в 2004-2009 гг. – профессор, а с 2009 г. – заведующая кафедрой скорой медицинской помощи УГМУ, д.м.н., профессор: «Меня Галина Станиславовна Мармалевская пригласила на кафедру внутренних болезней №2 СГМИ. Я съездила проучиться к В.А. Насоновой в Институт ревматологии в Москву. Сначала я преподавала цикл поликлиники и как ассистент кафедры вела больных в ревматологическом отделении. Кафедра была очень сплоченной, руководила кафедрой талантливый человек – Галина Станиславовна Мармалевская. Она в 6-ой больнице провела много реорганизаций – организовала городское ревматологическое отделение на 60 коек. Оно было лучшим, все передовые технологии, которые были в то время в российской медицине, были на вооружении в отделении. Мы апробировали новые лекарственные препараты, уделяли большое внимание методам интенсивной терапии в ревматологии, была внедрена пульсотерапия, мы проводили гемосорбцию, у нас была хорошая иммунологическая лаборатория. Г.С. Мармалевская привезла с собой Сергееву Любовь Николаевну – иммунолога из Перми. Иммунологическая диагностика в ревматологии очень важна. Ревматологические заболевания – это в основном аутоимунные заболевания, в основе которых лежат иммунологические нарушения. Мы определяли развернутый иммунный статус. Все это отражалось и в диссертаци-

*Людмила Александровна Соколова*

ях, которые выполнялись на базе ревматологического отделения. Моя кандидатская была – «Реактивные артриты и инфекции». На кафедре я проработала лет 20.

Много внимания в отделении уделялось реабилитации. Был организован кабинет трудотерапии, где больные общались и занимались поделками, вязали, шили. Проводилась суставная лечебная физкультура для сохранения мышц, чтобы они не атрофировались. Больные слушали музыку. У нас была специальный методист.

В ревматологическом отделении длительное время работал Шварцман Александр Наумович, заведующая – Ждахина Вера Александровна, первые годы работала Ольга Георгиевна Смоленская.

Ревматология – один из интереснейших разделов внутренней медицины. Это связано с тем, что идет очень большой диагностический поиск, врач должен обладать широким медицинским кругозором, потому что под маской ревматических заболеваний могут выступать заболевания онкологические, инфекционные, туберкулез, заболевания крови. Поэтому нужно уметь правильно проводить дифференциальную диагностику. Дело в том, что причины многих ревматических заболеваний неизвестны, а воздействие на патогенетические механизмы могут приводить к длительной ремиссии. Это очень важно – правильно поставить диагноз и проводить четкое лечение.

После гибели Г.С. Мармалевской моим научным руководителем по кандидатской диссертации стала А.В. Иванова, она ввела меня в российский круг ревматологов. Я много раз ездила на съезды ревматологов России. Большое спасибо хочу сказать Хониной Ольге Федоровне, она была заведующей городским ревмоцентром. При ней было организовано городское общество ревматологов, и раз в месяц проходило заседание. Мы готовили свои доклады, выступали с сообщениями.

Хочу вспомнить Кормильцеву Елену Анатольевну, которая с О.Ф. Хониной работала в ревмоцентре, пользовалась большой любовью и уважением пациентов и коллег.

*Коллектив ревматологического отделения ГКБ №6 провожает на пенсию В.А. Ждахину*

*Профессор Г.С. Мармалевская, академик АМН, директор НИИ Ревматологии АМН СССР, профессор В.А. Насонова, профессор А.В. Иванова на заседании Пленума ВНРО 1984 г.*

Большую роль в формировании меня как ревматолога, конечно, сыграла Г.С. Мармалевская, ее обходы, беседы, она всегда говорила – «Учитесь, пока я жива». Она к своей профессии относилась добросовестно. Мы смотрели тяжелых больных, потом их обсуждали. В выборе специальности молодого врача большую роль играет Учитель, который может привить любовь к какой-то профессии. Многое зависит от увлеченности этого человека. Мне нравилась ревматология еще и потому, что это плановая медицина. Есть время подумать, принять правильное решение.

Ждахина Вера Александровна – высокопрофессиональный врач, думающий и с большим диагностическим чутьем. Мне хочется вспомнить ассистента кафедры внутренних болезней №2 Татьяну Александровну Марковскую. Она консультировала в отделении, вела палаты, очень профессиональный, грамотный врач. За ней просто ходила толпа пациентов, она помогала своими душевными качествами человеку справляться с болезнью.

Я хочу отметить еще Ясакову Ольгу Ивановну, Любовь Андреевну Шардину – она ученица А.В.Ивановой, занималась аутоимунными заболеваниями»[28].

Имея тесные научные и дружеские контакты с директором НИИ Ревматологии академиком Валентиной Александровной Насоновой и многими сотрудниками Института, профессор Мармалевская Г.С. активно участвовала в развитии и укреплении ревматологической службы в г. Свердловске. Даже обсуждался вопрос по созданию в г. Свердловске Филиала НИИ Ревматологии. 10 лет научного руководства городским ревмоцентром профессором Г.С. Мармалевской стали периодом расцвета ревматологии в г. Свердловске.

«В 1981 г. по инициативе профессора Г.С. Мармалевской и заведующей городским ревматологическим центром Хониной О.Ф. (относились они друг к другу с большим уважением и взаимопониманием) в ГКБ №6 было решено открыть 2-ое городское ревматологическое отделение, – вспоминает Вера Александровна Ждахина, – а я была назначена заведующей этим отделением… Порой казалось, что профессор строит «замки на песке». А потом эти замки вдруг действитель-

[28] Интервью с Л.А. Соколовой // Архив авторов.

*I Всесоюзный съезд ревматологов, Москва 1971 г.*

но «вырастали в настоящие, совсем не песочные, дворцы». 8 лет работы под руководством профессора Мармалевской Г.С. были лучшим творческим периодом в жизни больницы и отделения. Внедрялись в практику новые иммунологические исследования, в отделении был открыт первый в городе кабинет локальной инъекционной терапии, широко использовался лазер-луч для лечения больных с ревматоидным артритом и деформирующим артрозом и многое, многое другое было тогда впервые. Все мы – ординаторы, ассистенты, аспиранты, интерны гордились и любили своего Учителя. И, конечно, мы все были заражены идеей профессора по созданию в г. Свердловске Филиала НИИ Ревматологии, и никто уже не сомневался, что когда-нибудь это обязательно осуществится»[29]. Однако этим планам не суждено было сбыться, во многом, из-за трагической гибели профессора в 1989 г. Ревматологическое отделение в ЦКБ №6 возглавляли Ждахина В. А. (1981 – 2002 гг.), Шварцман А.Н. (2002 – 2015 гг.), Антипова О.Е. (с 2015 по настоящее время).

К концу 1970-х гг. ученые и врачи-практики подвели итоги своей работы в статье «Некоторые итоги изучения распространенности и эффективности борьбы с ревматическими заболеваниями на Среднем Урале»,[30] данные которой позволяют оценить количество больных, страдающих ревматическими заболеваниями и меры, предпринимаемые медиками, для борьбы с ними: «Попытка изучения в 1961 г. заболеваемости ревматизмом выявила большие колебания ее не только в различных районах области, но и в пределах одного города, например, от 3,8 до 6,0 на 1000 населения в г. Нижнем Тагиле. Это определило необходимость усиленного внимания к подготовке врачебных кадров по ревматологии. Областным и городским кардиоревматологическими диспансерами совместно с кафедрами мединститута начата систематическая интенсивная подготовка ревматологов и участковых врачей, постоянная

[29] Ждахина В.А. Городской ревматологический центр… Екатеринбург, 2010. Рукопись. С. 10-12.

[30] Иванова А.В., Серегина Н.В., Хонина О.Ф. Некоторые итоги изучения распространенности и эффективности борьбы с ревматическими заболеваниями на Среднем Урале. Рук. Свердловск, 1978. // Личный архив А.В. Ивановой.

методическая и консультативная помощь, выезды специализированных бригад для проведения медицинских осмотров и выявления ревматических заболеваний…

*Уральские ревматологи на XVIII Всесоюзном съезде терапевтов, г. Ленинград 1981 г.*

Врачами ОКРД за 15 лет выполнено 730 выездов в районы области, где проконсультировано 17820 больных, 161415 проконсультировано в поликлинике и более 1000 больных обследовались и лечились в стационаре ОКРД…

Изучение общей и первичной заболеваемости ревматизмом по данным обращаемости и целевых осмотров показало постепенное снижение с 1963 по 1977 гг. общей заболеваемости с 10,3 на 1000 взрослого населения и 15,9 – детского до 7,07… на 1000 взрослых и до 3.3 на 1000 детей по области. В 1971 г. зарегистрировано больных ревматизмом 39475, в 1977 г. – 24739. Первичная заболеваемость снизилась по области с 0,4 на 1000 населения в 1971 г. до 0,06 в 1977 г. По г. Свердловску за 15 лет первичная заболеваемость снизилась в 14 раз, общая на 2,8 случая на 1000 населения.

Частота сформировавшихся и впервые выявленных пороков сердца снизилась с 28,6% до 11,6% по городу и с 36,7% до 15-12% в районах области среди взрослых, среди детей на 7-8%. Эти цифры свидетельствуют в первую очередь о снижении за последние годы удельного веса запущенных форм ревматизма, когда у впервые выявленных больных уже обнаруживается порок сердца.

Среди 327 больных первичным ревматизмом, госпитализированных в 1965-1973 гг. в ОКРД и больницы, процент формирования пороков сердца составил в 1965-69 гг. – 16,2%, в 1970-73 гг. – 11,6%...

Охват диспансерным наблюдением больных и угрожаемых по ревматизму вырос с 91,2% до 99,4% среди взрослых и 97,5% среди детей в 1977 г. Представляет интерес изменение количества больных, охваченных диспансеризацией по г. Свердловску. С 1963 по 1968 г. в результате тщательного учета количественный состав возрос на 35%. К 1977 г. пересмотр диагнозов и снижение первичной заболеваемости привели к снижению абсолютного числа лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, на 27,4%. Существенно изменился и возрастной состав: в 1963 г. больные старше 40 лет составляли 26,2%, к 1977 г. процент их удвоился.

Рецидивы ревматизма до организации регулярной бициллинопрофилактики (1961) составляли по городу 26%. В последующие 5 лет отмечено резкое снижение

частоты рецидивов (в 5 раз по городу и почти в 3 раза по области), затем стабилизация показателей. Выявлена прямая зависимость рецидивов ревматизма от правильности отбора, полноты охвата и регулярности профилактического лечения.

Достигнуто снижение потерь по временной нетрудоспособности на промышленных предприятиях города в 3,5 раза в случаях и на 57,3% в днях. Выход на инвалидность за 15 лет составил в среднем 12,1% с колебаниями от 10,3 до 15,3%. Показатель первичного выхода на инвалидность по городу снизился с 2,6% до 1,3%.

Летальность в диспансерной группе больных составляла в среднем по городу 1,5, по области 1,8%. Доля умерших старше 50 лет составляла в 1963г. – 39,6%, в 1977г. – 68%.

Таким образом, раннее, активное выявление заболевания, комплексная медикаментозная терапия первичного ревматизма, систематическая диспансеризация больных и угрожаемых по ревматизму, бициллино-профилактика привели к снижению общей и первичной заболеваемости, частоты формирования пороков сердца, рецидивов ревматизма и улучшению жизненного и трудового прогноза.

С 1972 г. в городе и области осуществлялась диспансеризация больных ревматоидным артритом, функционировал детский атрологический центр. К 1977г. на учете состояло 4278 больных, из них 3296 – в области, 982 – в Свердловске, с диспансерным охватом 99%. Заболеваемость по данным обращаемости составляла 1,2 на 1000 взрослого населения и 0,2 среди детей.

Работа по диспансеризации и выявлению больных с ДБСТ и системными васкулитами начата кафедрой пропедевтики внутренних болезней в 1959 г. на базе областной клинической больницы №1, с 1963 г. – областного кардиоревматологического диспансера, в дальнейшем также – ГРЦ (ГКБ №40). С 1972 г. в областной поликлинике функционировал консультативно-диспансерный кабинет ДБСТ, куда терапевтами и ревматологами города и области, а также врачами других специальностей направлялись больные с подозрениями на эти заболевания. Все выявленные больные системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД), дерматомиозитом, системным васкулитом ставились на учет.

*II Всесоюзный съезд ревматологов, Москва*

Лечение начиналось в клинике и продолжалось амбулаторно, под диспансерным наблюдением ревматолога или участкового терапевта по месту жи-

тельства – при периодических (через каждые 1-3 месяца) консультациях в областном или городском консультативном кабинете, где прием осуществлялся специально подготовленным врачом, углубленные исследования проводились в хорошо оснащенных иммунологической и других лабораториях.

К 1977 г. было накоплено 356 наблюдений СКВ и 224 ССД (на 4,5 миллиона населения города и области). Диспансеризировано 343 больных (227 – СКВ и 116 ССД).

Как показал многолетний опыт, регулярное квалифицированное лечение и наблюдение в условиях специализированного лечебного учреждения позволяли мониторировать активность заболевания и безопасность терапии, своевременно госпитализировать пациентов, «титровать» дозы препаратов в амбулаторных условиях, своевременно выявлять побочные явления и осложнения, признаки активизации процесса, правильно решать вопросы трудоустройства, плановых оперативных вмешательств, возможности вынашивания беременности, родов и др.

Таким образом, 16-летний опыт создания и совершенствования специализированной ревматологической службы в г. Свердловске и области показал ее высокую эффективность в борьбе с ревматическими заболеваниями. Для дальнейшего снижения заболеваемости и инвалидизации больных ревматологического профиля целесообразно сохранение принципа создания крупных городских и областных ревматологических центров, опирающихся на развитую сеть ревматологических кабинетов. При этом необходимость глубокого, разностороннего обследования больных ревматическими заболеваниями, особенно ДБСТ, диктует необходимость размещения ревматологических центров на базе крупных, многопрофильных больниц, располагающих хорошо оснащенными иммунобиохимическими и другими лабораториями и современными инструментальными методами диагностики».

Таковы были итоги становления и развития сети ревматологических учреждений в Свердловской области за два десятилетия.

### 1980-е гг.: период преобразований

Важной вехой в истории областной и отечественной ревматологии стал 1979 г. – в этот год произошло разделение кардиологической и ревматологической служб (приказ Минздрава СССР № 890).

В связи с разделением ревматологической и кардиологической служб количество ревматологических кабинетов и коек в Свердловской области в 1980-е гг. начало постепенно уменьшаться. Так, до 1979 г. в задачи 1-го городского кардиоревматологического центра на базе Городской клинической больницы №40 входило оказание консультативно-диагностической и лечебной помощи взрослому и детскому населению с ревматическими и кардиологическими заболеваниями, а также координация работы районных ревматологов и кардиологов всех лечеб-

ных учреждений взрослой и детской сети. С 1979 г. центр стал заниматься проблемами диагностики, лечения только ревматических заболеваний и проводить организационно-методическую работу в отношении взрослой и детской ревматологии. С этого периода начинается большая работа по выявлению и диспансеризации больных с заболеваниями суставов, ДБСТ и системными васкулитами[31].

Также и Областной кардиоревматологический диспансер был реорганизован в областной ревматологический центр (зав. – к.м.н., заслуженный врач РФ О. Ф. Рябицева). «До разделения кардиологи и ревматологи были едины. Тогда в Свердловской области было много кардиоревматологов, а когда нас разделили, оказалось, что ревматологов можно по пальцам сосчитать. Мы стали заниматься суставными, системными болезнями, аутоиммунными заболеваниями и васкулитами, а кардиологические вопросы отошли нашим коллегам», – вспоминает главный внештатный ревматолог Свердловской области в 1987-2014 гг. Ольга Федоровна Рябицева[32].

Рассказывая о работе отделения в 1980-е гг., Ольга Федоровна вспоминает: «У нас в диспансере было сначала детское и взрослое отделение. 15 детских и 45 взрослых коек. Дети болели такими же болезнями, как и взрослые. После 18 лет мы переводили их во взрослую сеть. У нас была хорошая преемственность. Возглавив ревматологический центр, пришлось окунуться во все проблемы: работа транспортной службы, лаборатории, функциональной диагностики, рентген-кабинета, даже работой бойлерной. До переезда с ВИЗ-бульвара в главное здание СОКБ №1 в 1994 г., мы жили достаточно автономно, мало от кого завися. Пациенты приезжали к нам, как домой. Ведь это хронические больные. Во время обострений они без направлений ехали к нам и были уверены, что они будут осмотрены, при необходимости госпитализированы, им будет оказана необходимая помощь. До переезда у нас было 60 коек, 6 врачей, главный врач, функциональный диагност и лаборанты»[33].

После разделения кардиологии и ревматологии, перевода больных с пороками сердца в ведение кардиологов, а детей – в областную детскую больницу, ревматологическое отделение в 1994 году переезжает в новое здание ОКБ №1 по адресу Волгоградская, 185. Отделением ревматологии до 2010 года продолжает заведовать Ольга Федоровна Рябицева, затем – Людмила Петровна Евстигнеева.

Работавшая в те же годы врачом-ревматологом Ирина Геннадьевна Ивашова (в настоящее время является заведующим терапевтическим отделением консультативно-диагностической поликлиники СОКБ №1) вспоминает: «В 1986 г. после окончания клинической ординатуры на кафедре пропедевтики внутренних болезней, которой заведовала Августа Васильевна Иванова, я пришла в кардиоревматологический

[31] Ждахина В.А. Городской ревматологический центр… Екатеринбург, 2010. Рукопись. С. 2.

[32] Интервью с О.Ф. Рябицевой // Архив авторов.

[33] Интервью с О.Ф. Рябицевой // Архив авторов.

*Ирина Геннадьевна Ивашова*

диспансер. Он тогда базировался на ВИЗ-бульваре, им руководила Серегина Нина Васильевна, а зав. отделением тогда была Ольга Федоровна Рябицева. Во время обучения в ординатуре у нас прошел цикл по ревматологии, в диспансере были проблемы с кадрами, и меня пригласили на работу. Меня увлекла ревматология, проблем там очень много, это очень интересная наука, и она охватывает все терапевтические специальности. У меня были прекрасные учителя: Ольга Федоровна Рябицева много в нас вложила, еще Нина Васильевна Ракипова – врач-педиатр, тоже ревматолог. У нас тогда была совместная работа с педиатрами, дети лежали в стационаре (было 15 детских коек, 45 – взрослых), также был организован детский консультативный прием. Отделение было очень большим. В то время у нас консультировала профессор Ясакова Ольга Ивановна, у нее было кардиохирургическое направление. Тогда было много пациентов с ревматизмом и пороками сердца. Консультировала у нас и Августа Васильевна Иванова. Поскольку у кафедры пропедевтики внутренних болезней основным направлением была ревматология, все ассистенты кафедры занимались этой темой: и Петр Адамович Тинигин, и Любовь Андреевна Шардина, и Ольга Михайловна Лесняк, Томилов Александр Федорович. У нас работали 5 докторов, много медицинских сестер, у нас ведь была своя диагностическая база. Стоял рентген-аппарат, были и врачи-рентгенологи. Приходили врачи смежных специальностей на консультацию: это и ЛОР, и урологи, и стоматологи. Ревматология – это тщательное обследование в том числе и всех очагов инфекций. Поскольку причины заболеваний суставов разные – это и бактерии, и вирусы, и аутоимунный процесс»[34].

В середине 1980-х гг. не только кардиологи отделились от ревматологов, но и произошло разделение на детскую и взрослую ревматологию. В 1985 г. была реорганизована педиатрическая служба г. Свердловска, в результате чего произошло открытие самостоятельных специализированных центров. В этой связи штаты врачей–педиатров всех городских центров (в т. ч. ревматологического) были переданы в детскую городскую больницу №9. Аналогичным образом и из Областного ревматологического центра при СОКБ №1 часть врачебных ставок была переведена в Областную детскую клиническую больницу №1 на ул. Серафимы Дерябиной, 32.

В качестве примера самостоятельного развития детской ревматологии можно рассмотреть историю городского детского кардиоревматологического отделения, созданного в 1980-е гг.

[34] Интервью с И.Г. Ивашовой // Архив авторов.

В 1980 г. стационар Детской городской больницы №5 переехал в новое здание на ул. Онуфриева, 32 А. На его базе впервые открылось городское кардиоревматологическое отделение на 35 коек для детей от 1 года до 15 лет, которое возглавила Лехтик Л. М.

*Главный корпус Детской городской больницы №9*

Поскольку ранее такого отделения не существовало, то начинать пришлось практически с нуля. Большую помощь в становлении отделения оказывал городской ревматологический центр в лице главного детского кардиоревматолога Неизвестновой Елены Даниловны.

Тесная связь с районными кардиоревматологами, городским ревмоцентром, Свердловским научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии, областным кардиохирургическим центром позволяла улучшить диагностику и лечение больных.

Благодаря главному врачу ДГБ №5 Свердловой Радмире Наумовне, отделение было оснащено помимо кабинета функциональной диагностики, залом лечебной физкультуры и аппаратами механотерапии для артрологических больных, прекрасно оборудованным кабинетом физиотерапии с множеством методик, а также игровой комнатой и школой, что позволяло долго лежащим детям не отставать от учебного процесса. Имеющийся воспитатель и ежедневные прогулки на свежем воздухе, а также возможность встреч с родителями скрашивали порой очень длительное пребывание детей в стационаре. В отделении работал массажист.

*Детская ГБ №5*

Связь с кардиохирургическими клиниками Свердловска, Москвы, Каунаса, Новосибирска давала возможность вовремя прооперировать детей с врожденными пороками сердца и тяжелыми нарушениями ритма.

Этапное лечение больных ревматизмом, переводимых прямо из стационара в местный кардиоревматологический санаторий «Исток», позволило резко снизить количество детей, формирующих ревматические пороки сердца.

*Санаторий «Липовка» в 1980-е гг. был базой для реабилитации больных ревматологическими заболеваниями*

Для ряда артрологических больных существовала возможность бесплатного оздоровления в местном санатории «Липовка», а также в санаториях «Белокуриха» и г. Сочи.

Наиболее сложных больных консультировала д.м.н. Синявская О.А, а также специалисты различных клиник Москвы.

Врачи отделения и районные кардиоревматологи постоянно совершенствовали свои знания, разбирая сложных больных на секциях кардиоревматологов, проходя специализацию в профильных институтах и клиниках Москвы, Минска, также принимая участие в съездах и конференциях союзного и международного значения.

На базе отделения проходили специализацию районные кардиоревматологи, аспиранты, ординаторы и интерны.

Ежемесячно в отделении проводилась секция районных кардиоревматологов, на которой разбирались наиболее сложные больные и заслушивались доклады по разным тематикам с привлечением специалистов из других клиник и СГМИ. Большой вклад в работу этой секции внесли Синявская О.А. и Неизвестнова Е.Д.

Грамотные районные кардиоревматологи Малюшина В.М., Латышева Л.Г., Анкудинова Т.А., Теля С.Б. щедро делились своим опытом и знаниями с молодыми коллегами. Ежегодно проводимый зав. отделением анализ работы позволял ставить и решать новые задачи.

Врачами отделения были освоены методы внутрисуставных введений, пульс-терапии, внутривенного введения противовирусных препаратов и т.д.

Спаянный самоотверженный коллектив отделения в лице проработавших там долгие годы заведующих: Лехтик Л.М., с 1988 г. Неизвестновой Н.Я. (дочь Неизвестновой Е.Д.), врачей: Фрайфельд Р.И., Шабалиной Е.В., Свиридовой М.З., старших медсестер: Чазовой.Л.С., Пузановой Г.Ф., Фроловой И.В., постовых медсестер: Антоновой.Л.А., Мамедовой Ф.Р., Кулеевой З.В., сестры-хозяйки Зенковой Н.В. позволял выхаживать множество тяжелых больных. В 1996 г. отделение было переведено в ДГБ№11, где продолжило свое дальнейшее развитие[35].

[35] Неизвестнова Н.Я. История городского детского кардиологического отделения 1980-1996 гг. Екатеринбург, 1996. Рук. С. 1-2. // Личный архив В.А. Ждахиной.

Реорганизация ревматологической службы в 1980-е гг., отделение ее от кардиологии потребовала серьезных мер по консолидации ревматологического сообщества Свердловской области с целью его дальнейшего поступательного развития. Для объединения усилий практикующих врачей и ученых ревматологов в 1982 г. было создано Свердловское областное научно-практическое ревматологическое общество, председателем правления которого стала профессор Августа Васильевна Иванова. В Музее СОКБ №1 сохранились протоколы заседания Областного ревматологического общества, которые содержат подробную информацию о его деятельности и обсуждаемых там вопросах.

Из данных документов следует, что Свердловское ревматологическое общество возникло во исполнение решений II Всесоюзного съезда ревматологов 1981 г., прошедшим под председательством В.А. Насоновой. На нем был принят Устав Всесоюзного научного общества ревматологов, согласно которому в крупных городах и областях должны были быть учреждены региональные научные общества ревматологов. В 1981 г. они появились в Ярославле, Волгограде, Иркутске, Горьком, Оренбурге. В 1982 г. такое общество появилось и в Свердловске. Члены общества при вступлении платили 4 рубля, последующие членские взносы составляли 3 рубля ежегодно. Заседания проводились от одного раза в месяц до одного раза в квартал.

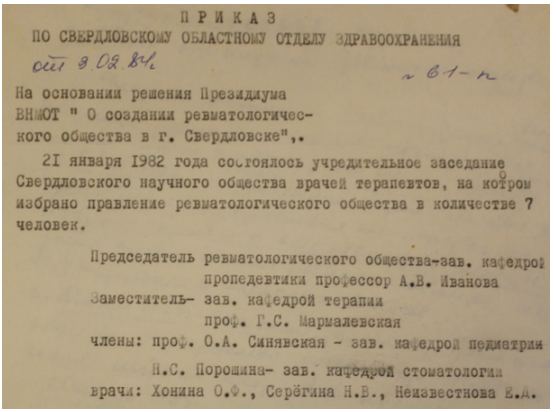
На учредительном заседании Свердловского научного общества врачей – терапевтов 21 января 1982 г. было избрано правление Свердловского ревматологического общества. Как уже было отмечено, председателем стала зав. кафедрой пропедевтики Свердловского государственного медицинского института профессор А.В. Иванова, заместителем была избрана зав. кафедрой терапии профессор Г.С. Мармалевская. Первыми членами общества стали зав. кафедрой педиатрии проф. О.А. Синявская, зав. кафедрой внутренних болезней стоматологического факультета Н.С. Порошина, врачи О.Ф. Хонина, Н.Ф. Серёгина, Е.Д. Неизвестнова. Результаты данного заседания были утверждены приказом зав. облздравотделом Н.С. Бабичем 03.02.1984 №61-п.

Число членов общества к 1988 г. составило 98 человек, в том числе 8 докторов и 13 кандидатов медицинских наук. На заседаниях общества, судя по сохранившимся

*Заседание Пленума Всесоюзного научного ревматологического общества в июле 1984 г.*

протоколам, обсуждались актуальные вопросы ревматологии, демонстрировались больные с диагностически сложной и редкой патологией, докладывались достижения и новые направления в ревматологии по материалам съездов, конгрессов, конференций и научных разработок членов общества. Уральские ревматологи также принимали активное участие во всесоюзных и европейских съездах врачей – ревматологов и терапевтов.

*Протокол заседания общества ревматологов, протокол общества терапевтов о создании общества...*



ПРИКАЗ
ПО СВЕРДЛОВСКОМУ ОБЛАСТНОМУ ОТДЕЛУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
от 3.02.82 г. № 61-п

На основании решения Президиума ВНИОТ " О создании ревматологического общества в г. Свердловске",.

21 января 1982 года состоялось учредительное заседание Свердловского научного общества врачей терапевтов, на котором избрано правление ревматологического общества в количестве 7 человек.

Председатель ревматологического общества-зав. кафедрой пропедевтики профессор А.В. Иванова
Заместитель- зав. кафедрой терапии проф. Г.С. Мармалевская
члены: проф. О.А. Синявская - зав. кафедрой педиатрии
Н.С. Поромина- зав. кафедрой стоматологии
врачи: Хонина О.Ф., Серёгина Н.В., Неизвестнова Е.А.

Одним из интересных проектов общества, который был поддержан областным и городским отделами здравоохранения, Свердловским государственным медицинским институтом, обществом «Знание» и городским ревматологическим центром, стал двухгодичный «Народный университет врача-терапевта», реализованный в 1984-1985 гг. Занятия по согласованной всеми сторонами программе проводились каждый первый вторник в январе – мае и октябре – декабре на базе ГКБ №6. Лекции по артрологии, ревматоидному артриту, остеоартрозу, подагре, болезни Бехтерева и др. ревматическим заболеваниям читали члены общества ревматологов – профессора, доценты, заведующие кафедрами и заведующие отделениями. Данные лекции посетили 1220 врачей-терапевтов. Для ревматологического сообщества области это стало первым серьезным опытом донесения знаний по ревматологии до столь большого количества коллег – медиков других специальностей. Конечно, основную массу составляли врачи г. Свердловска и близлежащих городов. Чтобы не обделить знаниями врачей из

*X Европейский конгресс ревматологов 1983 г.*

*Рабочее всесоюзное совещание по эпидемиологии ревматических болезней, г. Первоуральск 4-5.02.1987 г.*

области, члены правления и активные члены общества в 1984 г. провели 17 районных и межрайонных конференций для врачей и фельдшеров области по различным вопросам ревматологии, которые посетили 985 человек. Также члены общества совершили 73 выезда в районы области, проконсультировав при этом 760 больных и осмотрев с профилактической целью 2629 человек. И из года в год эти цифры возрастали.

Свердловское научно-практическое ревматологическое общество активно занималось продвижением и публикацией результатов научных исследований, в том же 1984 г. членами общества было подготовлено 42 научных доклада, 11 из которых были доложены на Пленуме правления Всесоюзного научного общества ревматологов, 13 научных работ были опубликованы (из них 11 в центральных журналах) и, что самое важное, 6 публикаций сделаны с участием практических врачей. То есть общество давало возможность врачам из практического здравоохранения заняться научной деятельностью. Некоторые благодаря этому впоследствии смогли защитить кандидатские диссертации.[36]

Таким образом, объединение всех ревматологов Свердловской области в единую общественную организацию стало логическим завершением предшествующих 30 лет развития ревматологической службы, когда наука и практика шли рука об руку, улучшая здоровье и качество жизни жителей Среднего Урала. Подводя итог развитию ревматологической службы Свердловской области, бывший главный внештатный ревматолог региона Ольга Федоровна Рябицева сказала следующее: «Надо отметить, что в головном институте ревматологии в Москве не было наших пациентов, а из других городов были. Мы с нашими пациентами здесь справлялись. Наша ревматологическая служба всегда была на хорошем счету. Это подтверждалось хорошими отзывами коллег на различных съездах и конференциях»[37].

---

[36] Документы дела «Свердловское научно-практическое ревматологическое общество» // Музей СОКБ №1.

[37] Интервью с О.Ф. Рябицевой // Архив авторов.

## Глава 4. Ревматологическая служба с 1990 годов до наших дней

### Преодолевая трудные времена: ревматология Среднего Урала в 1990-е гг.

Реформирование ревматологической службы, начатое в 1980-х гг., продолжилось периодом интенсивных общественных преобразований, связанных с «перестройкой», распадом СССР и становлением новой российской государственности, охватившей все сферы жизни, включая здравоохранение. Естественно, что эти процессы не обошли стороной и ревматологию.

К 1984 г. в связи с разделением ревматологической и кардиологической служб количество ревматологических кабинетов уменьшилось до 74, к 1987 г. – до 51 (из них 14 – в Екатеринбурге), ревматологических коек в 1987 г. до 280, обеспеченность ревматологическими койками составляла 0,4 на 10000 населения (при нормативе 2,11)[1]. Сократилось количество коек и в Областном ревматологическом центре (заведующая О.Ф. Рябицева) в связи с его переездом с ВИЗ-бульвара в здание Свердловской областной клинической больницы №1 в 1994 г. Тогда коллектив воспринял перемены неоднозначно, но позднее ревматологи поняли, что это был стратегически верный шаг. «На ВИЗ-бульваре нам было хорошо, мы были автономны, мало от кого зависели…, – говорит Ольга Федоровна Рябицева. – До переезда у нас было 60 коек, 6 врачей, главный врач, функциональный диагност, лаборанты… Когда мы переехали, для нас освободили 30 коек в нефрологии, коли-

*Коллектив Областного ревматологического центра в начале 1990-х гг.*

[1] Иванова А.В. 70 лет научной и практической ревматологии в Свердловской области. Рук. С. 3. // Личный архив А.В. Ивановой.

*Областной ревмоцентр переехал с ВИЗ-бульвара в здание ОКБ №1*

чество коек сократилось, у нас появилась очередь на госпитализацию. Но если смотреть в перспективе, хорошо, что мы сюда перебрались: медицина развивается, появляются новые технологии, в старом здании не было ни МРТ, ни КТ, ни лабораторной диагностики, к узким специалистам нашим пациентам приходилось ездить в областную больницу, а сейчас все находится в одном здании, что достаточно удобно»[2]. После переезда в здание многопрофильной СОКБ №1 Областной ревматологический центр превратился в специализированное отделение на 35 коек и тремя консультативными приемами в областной поликлинике. В свою очередь Городской ревматологический центр имел 2 ревматологических отделения – на 30 коек в ГКБ №40 и 45 – в ГБ №6, консультативный прием в поликлинике и 16 районных ревматологических кабинетов[3]. После переезда в Областном ревматологическом центре продолжили работать ревматологи высшей категории: Рябицева Ольга Федоровна, Ивашова Ирина Геннадьевна, Апостол Татьяна Ивановна, Балуева Вера Михайловна, медицинские сестры Масленникова Татьяна Игнатьевна, Портнова Юлия Александровна.

*Ревматологи Ольга Рябицева и Ирина Ивашова с пациентом*

[2] Интервью с О.Ф. Рябицевой // Архив авторов.

[3] Иванова А.В. 70 лет научной и практической ревматологии в Свердловской области. Рук. С. 3. // Личный архив А.В. Ивановой.

*Елена Юрьевна Ган*

О своих Учителях рассказывает Елена Юрьевна Ган, к.м.н., ревматолог высшей категории областной клинико-диагностической поликлиники: «Мое знакомство с областным ревматологическим центром состоялось в 2006 году, когда я решила связать свою жизнь с ревматологией. Придя в отделение, я столкнулась с крайне серьезным, строгим и, не побоюсь этого слова, грозным руководителем в лице Рябицевой Ольги Федоровны. Но это только первое впечатление... Начав работать, я поразилась другим изумительным качествам Ольги Федоровны, ставшей для меня Учителем, – ее потрясающей работоспособности, собранности, организованности и умению принимать эффективные решения. Для меня, молодого доктора, было крайне важно ощущать тогда, что рядом есть старший товарищ, за которым чувствуешь себя действительно как «за каменной стеной» – никогда не откажет в консультации сложного пациента, еще и возьмет на себя ответственность за принятое решение. Говорят, что учителей не судят…, но для меня Ольга Федоровна – Доктор, обладающий великолепной логикой и настоящим клиническим мышлением. И не нужны никакие регалии, звания, титулы, чтобы доказать высочайший профессионализм этого человека, так как совершенно очевидно, что и по сей день Ольга Федоровна является непревзойденным Асом клинической ревматологии.

Каждый человек уникален, и по существу природы своей выбирает близкий ему жизненный путь, в том числе и профессиональный. В 2007 году я остановила свой выбор на работе врачом-ревматологом поликлинического звена областного ревматологического центра, которым в течение многих лет руководит Ивашова Ирина Геннадьевна. Знакомясь с Ириной Геннадьевной, поражаешься той теплоте и доброжелательности, которые она излучает, несмотря на внушительный профессиональный стаж. Сразу же возникает мысль – в чем же подвох…? Но никакого коварства здесь нет. Ирина Геннадьевна удивительно сочетает в себе навыки высочайшего профессионала своего дела и прекрасные человеческие качества – терпение, искренность и сострадание. Ирина Геннадьевна действительно добрейшей души человек, который потрясающе находит компромиссные решения в сложных ситуациях. Именно благодаря Ирине Геннадьевне в областной консультативно-диагностической поликлинике процветает дружная и крепкая ревматологическая «Семья». Поэтому с полной уверенностью могу сказать, что Ирина Геннадьевна – наша профессиональная «Мама».[4]

[4] Интервью с Е.Ю. Ган // Архив авторов.

Ревматологи областного ревматологического центра, имея огромный стаж работы и постоянно развивая свой профессионализм, пережили разные времена становления и развития ревматологии, стараясь максимально помочь пациенту, несмотря на сложности, которые стояли на их пути.

О ситуации, сложившейся в Свердловской области в первой половине 1990-х гг. с оказанием ревматологической помощи населению, рассказывается в одном из до- кладов Ирины Геннадьевны Ивашовой, ныне занимающей должность заведующей терапевтическим отделением консультативно-диагностической поликлиники ОКБ №1, в то время работавшей в Областном ревматологическом центре врачом – рев- матологом. Данный текст рассказывает о сокращении количества ревматологов в медицинских учреждениях области, особенно в отдаленных от Екатеринбурга местах, крайне невысоких заработках врачей, отсутствии нужных медикаментов в больницах и аптеках, но в то же время отражает дух уральских врачей, которые в условиях кризиса, строят смелые планы модернизации, совершенствования и ин- форматизации ревматологической службы, которые со временем, правда, гораздо позднее будут воплощены в жизнь. Поэтому приведем здесь этот текст целиком, как документальное свидетельство тяжелой эпохи и несгибаемой воли врачей – ревматологов, которые, несмотря ни на что, любят свою профессию и думают о том, как помочь страдающим от ревматических заболеваний пациентам.

«Согласно решению коллегии Минздравмедпрома РФ от 05.11.1991 г. протокол №1 «О состоянии медицинской помощи больным ревматическими заболеваниями в РФ и мерах по ее дальнейшему совершенствованию», на 30000 взрослого городского населения положена 1 ставка врача-ревматолога. Согласно этому решению в области должно функционировать 76 ревматологических кабинетов, а для оказания стационарной помощи должно быть развернуто 420 коек. На деле же мы имеем единственный стационар на 40 коек в областном центре, число ревматологов, работающих преимущественно в крупных городах области, составляет 25. Главные врачи ЦРБ объясняют отсутствие ревматологов в штате больницы отсутствием физических лиц врачей для занятия этой должности, а также нежеланием терапевтов осваивать эту сложную специальность. Таким образом, на сегодня практически каждый больной для установления диагноза болезни и назначения адекватного лечения должен приезжать на консультацию в областной центр. Учитывая социальный состав наших пациентов (в 1994 г. в стационаре центра лечилось 34,5% учащихся, безработных, пенсионеров, 26,2% инвалидов), возможность своевременно проконсультироваться и провести лечение в центре есть не у каждого. Вследствие этого в 1994 г. возросло число гормонозависимых больных, из-за недостаточно обоснованного и бесконтрольного назначения гормональных препаратов на местах (с 5,7% в 1993 г. до 8% в 1994 г.), вырос процент выписанных из стационара инвалидов (21% в 1993 г. – 26,2% в 1994 г.).

Общее число инвалидов в Свердловской области (соматическая группа) составляет 21044, из них инвалидов в связи с ревматическими заболеваниями 2598 или 12.3% – это третье место после ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней. В то же время в области нет реабилитационного центра для восстановительного лечения этой группы больных. Частично эту функцию выполняет водолечебница «Липовка», однако, во-первых, число путевок, выделяемых ревматологам, ограниченно, во-вторых – в арсенале лечебницы практически один лечебный фактор – радон, что явно недостаточно для восстановления функции суставов и позвоночника у артрологической группы больных.

Что же касается медикаментозного обеспечения наших больных, то Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 не выполняется, как из-за отсутствия медикаментов в аптечной сети, так и из-за отсутствия средств в бюджете для бесплатного лечения ревматологической группы больных (ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева, инвалиды 1-ой и неработающие инвалиды 2-ой группы). А препараты для базисного лечения больных (такие как метотрексат, сульфасалазин и пр.) вообще в аптеках города Екатеринбурга и в области отсутствуют. Вследствие этого лечение, назначенное в центре, на местах не проводится в должном объеме.

Лечебно-консультативная и научная работа ревматологического центра проводится при активном участии ученых медицинского института (главным образом, кафедры пропедевтики внутренних болезней – зав. кафедрой А.В. Иванова). Основное научное направление кафедры – изучение диффузных болезней соединительной ткани и системных васкулитов. За годы совместного сотрудничества кафедры и центра выполнено 9 докторских, более 30 кандидатских диссертаций по проблемам ревматологии, издано 8 сборников научных работ, 2 монографии. Впервые в области подняты вопросы диагностики и лечения болезни и синдрома Шегрена, реактивных артритов. Результаты исследований по мере получения новых данных внедрялись в практику работы центра и ревматологических кабинетов области.

Для большей эффективности организации всех звеньев ревматологической службы, для подготовки ревматологов и врачей других специальностей в вопросах ревматологии, в 1982 г. в г. Свердловске создано научно-практическое общество ревматологов. Оно насчитывает сегодня 92 человека, в том числе 3-х докторов и 10 кандидатов медицинских наук, испытывает в последние годы значительные трудности со сбором членских взносов и самих членов на заседания общества, вследствие удорожания жизни в целом и транспортных услуг в частности.

Областной ревматологический центр является базой для подготовки врачей, интернов, клинических ординаторов в вопросах ревматологии. К сожалению, только 1-2 врача из районов области в год приезжают для прохождения специализации на рабочем месте. В 1994 г. областным центром совместно с кафедрой

пропедевтики внутренних болезней УГМИ, при участии ученых института Ревматологии проведен цикл усовершенствования «Актуальные проблемы ревматологии», на котором прошли обучение 64 врача, в том числе 32 – из городов и районов области. Проблем с усовершенствованием по ревматологии на базах гг. Москвы, Петербурга, Ярославля, Новокузнецка – нет, путевок достаточно.

Таким образом, проблема ревматологической помощи населению Свердловской области на сегодня не решена и решена быть не может, во-первых, из-за отсутствия понимания важности ее со стороны административных органов. Так, в г. Нижний Тагил болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают 2-е место в случаях и в днях временной нетрудоспособности, однако в городе всего 3 врача-ревматолога и ни одной ревматологической койки (зато 175 – гастроэнтерологических). Выезды в города и районы области врачей центра тоже проблемы не решают: врачей всего 7, городов и районов – 49. На наш взгляд, решить проблему можно только создав, межрайонные ревматологические центры, числом 14, с размещением их в ЦРБ 4-го уровня. Руководство центром должно осуществляться главными нештатными ревматологами, которые сами будут решать вопрос о количестве ревматологов в прикрепленном районе (в зависимости от заболеваемости) и о необходимом числе коек. Эти 14 центров будут связаны с областным центром компьютерной связью и лечение наиболее сложных больных (ДБСТ, ревматоидный артрит с системными проявлениями) будет осуществляться с помощью электронной почты (сейчас эта группа больных вынуждена ежемесячно приезжать для коррекции лечения в областной центр). Осуществить организационно-методическую и консультативную работу в 14 центрах будет по силам и ревматологам областного центра (минимум по 2 выезда в межрайонный центр в течение года). Освободив себя от рутинной работы, областной центр сможет взять на себя диспансерное наблюдение наиболее инвалидизируемой группы больных – ревматоидный артрит, ДБСТ, СВ – их около 10000 человек. Межрайонные же центры больше внимания будут уделять наблюдению за больными остеоартрозом, реактивными артритами, подагрой, ревматизмом и пр. И мы, наконец, сможем не только получить представление об истинной заболеваемости ревматическими болезнями в нашей области, но и сумеем повлиять на нее»[5].

Этот текст говорит о многом, но все же несколько комментариев к нему следует дать. Прежде всего, о том, почему врачи-терапевты не рвались становиться ревматологами и почему ревматологов так немного. «Ревматолог – это не только врач, который лечит суставы, ревматологу надо уметь дифференцировать заболевания сердечно-сосудистой системы, легких и т.д., – объясняет доктор меди-

[5] Ивашова И.Г. Областной ревматологический центр. 1994. Рук. С. 2-4. // Личный архив Ивашовой И.Г.

*Молодые ученые Екатеринбурга на Всероссийском конгрессе ревматологов г. Москва, 1998 г*

цинских наук, профессор, Президент Российской Ассоциации по остеопорозу, профессор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России Ольга Михайловна Лесняк. – Ревматологи благодаря этому являются высококлассными специалистами, хорошо ориентирующимися в различных заболеваниях. Большая часть людей с больными суставами – это «хроники», страдающие от болей, с низким качеством жизни, с тяжелой судьбой. Врачу надо не только уметь сопереживать, но и крепость душевную иметь. Когда студенты учатся, они видят, какая непростая работа у ревматолога, а заработная плата небольшая. Кроме того, очень долго в ревматологии не было современных методов лечения. Сейчас в ревматологии новая эра! Появились генно-инженерные биологические препараты, которые принципиально могут излечивать пациента. И это делает современную ревматологию перспективной, интересной наукой. И врачу интересней, когда ты можешь более эффективно помогать больному»[6].

Также нужно отдельно сказать и про научные исследования, которые проводились в это нелегкое время. В конце 1980-х – 1990-е гг. врачи – практики из Областного и Городского ревматологических центров и ученые с кафедр пропедевтики внутренних болезней, внутренних болезней №2, семейной медицины и др. Уральской государственной медицинской академии работали над новыми актуальными научными проблемами. Среди них – реактивные артриты, остеоартроз, остеопо-

[6] Интервью с О.М. Лесняк // Архив авторов.

*Ольга Михайловна Лесняк*

*Нина Степановна Порошина*

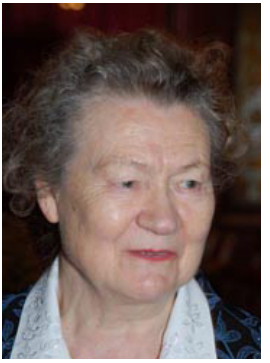
роз, Лайм-боррелиоз, антифосфолипидный синдром и др. По этим проблемам был выполнен ряд кандидатских и докторских диссертаций, внесших серьезный вклад в ревматологию и терапию. Данные исследования проводили О.М. Лесняк, Л.А. Соколова, А.А, Попов, Т.А. Попова, В.Н. Естехин, Л.Г. Караваева, Л.П. Евстигнеева, Е.Н. Лайковская, И.Т. Курко, Н.Ф. Климушева, Е.Н. Бессонова, Н.С. Баранова-Ильина, М.А. Захаров, В.Г. Мельников, В.В. Залесова, Е.А. Андреева, М.Л. Амосов, Л.А. Крысова, М.А. Уфимцева.[7]

Эти исследования продолжали традиции мощной Уральской ревматологической школы, сложившиеся в советский период. Благодаря этим исследованиям, проведенным в столь непростое время, были заложены научные основы для дальнейшего динамичного развития ревматологии в Свердловской области, которое она продемонстрировала в начале XXI века. 1990-е годы были не только временем кризиса, но и временем смелых и инновационных решений в области медицины. Пример тому – научная карьера Ольги Михайловны Лесняк, чье мнение о качествах ревматолога было приведено выше.

Она была дочерью известного в г. Свердловске ревматолога Нины Степановны Порошиной, которая работала на кафедре пропедевтики внутренних болезней и под руководством профессора Горбуновой З.В. защитила в 1981 г. докторскую диссертацию, посвященную вопросам ревматизма. «Судьба моя была предопределена, – говорит Ольга Михайловна. – Все выросло из острой ревматической лихорадки. В 1950-е годы А.В. Иванова вместе с З.В. Горбуновой стали разрабатывать диффузные болезни соединительной ткани. Тогда областная больница располагалась на ВИЗ-бульваре, там было терапевтическое отделение, куда собирали самых тяжелых больных. Я тогда училась в школе. Мама приходила с работы и все время об этом рассказывала, мне было очень интересно. Самые тяжелые – пациенты с лейкозами, диффузными заболеваниями соединительной ткани, систем-

[7] Иванова А.В. 70 лет научной и практической ревматологии в Свердловской области. Рук. С. 3. // Личный архив А.В. Ивановой.

ными васкулитами. И со временем стало понятно, что ревматология – это отдельная наука, изучающая группу болезней, которые никто не знал и не описывал. Августа Васильевна Иванова впервые в своей диссертации писала о системной красной волчанке и узелковом периартериите. Помню, когда я училась заочно в аспирантуре в Институте ревматологии в Москве, мои приятели говорили, что они знают нашу Свердловскую школу ревматологии с самой лучшей стороны: «Бросается в глаза: от вас никогда не поступают больные в Институт ревматологии». Все было организовано на месте. Когда я только начала заниматься научной работой, Августа Васильевна мне предложила тему – красная волчанка, я всегда понимала, что работаю в таком коллективе, у которого есть чему научиться и чем гордиться.



*Лидия Ивановна Беневоленская*

Я работала старшим лаборантом и мне дали тему по наследственности при системной красной волчанке. Но когда я стала читать литературу, то поняла, что у нас первоклассный специалист по наследственности при ревматических болезнях – это профессор Лидия Ивановна Беневоленская. Мне очень хотелось примкнуть к ней, и мама по моей просьбе взяла меня за руку и отвезла в Москву в Институт ревматологии, чтобы переговорить с профессором Беневоленской. На том этапе работы у меня были вопросы, на которые я не могла найти ответы. Лидия Ивановна сказала, что может мне уделить минут 15. В итоге мы говорили больше часа, и в конце разговора она предложила мне аспирантуру! Это был 1982 г.

Я быстро набрала материал и защитилась даже до окончания аспирантуры по теме – наследственность при системной красной волчанке, было очень интересно: мне врачи помогали найти семьи, где есть больные с волчанкой. В итоге я столько семей нашла. Эта работа в России до сих пор единственная, больше этим никто не занимался. Обследовала 187 человек и доказала, что у этой болезни есть наследственная предрасположенность.

После аспирантуры я продолжала работать в кардиоревматологическом диспансере: мне очень понравилось заниматься наукой, меня заинтересовал остеоартроз. Как раз Лидия Ивановна Беневоленская вместе с Валентиной Александровной Насоновой в 1989 г. в Москве провели обучающую школу на тему, как проводить научные исследования. Началась перестройка, и в это время в Россию начали приезжать известные зарубежные ученые, на школе были также очень известные ученые из-за рубежа. Мне эта школа помогла понять – как надо делать

науку. Тогда на этой школе обучались врачи из всех уголков бывшего СССР, с тех самых пор и до сего дня мы дружим.

Я хотела заниматься наследственностью и дальше. У нас преподавал американский ревматолог Марк Хокберг, я набросала план диссертации, показала ему, он написал внизу – «Мне нравится это». Но, к сожалению, я не могла это исследование организовать, так как для него нужны были очень большие семьи. А такие можно было найти только в сельской местности.

Когда я защищала диссертацию по наследственности при волчанке в Институте ревматологии, оппонентом у меня была Лидия Петровна Ананьева. Когда я с ней встречалась, у нее на столе лежала лекция, которую она готовила по болезни Лайма. Я спросила: «Что это такое?» Она мне кратко рассказала. Она говорит: «У вас в области таких больных, наверное, много, так как очень много клещей». Я приехала и стала читать. Тогда одновременно мне было интересен остеоартроз и болезнь Лайма. Начала встречаться с людьми, которые занимаются клещевыми инфекциями, потом стала читать, ведь симптомы болезни Лайма на Урале раньше уже описывали. И я решила заняться этой болезнью. Я пришла в областное управление здравоохранения к заместителю руководителя, рассказала про болезнь Лайма, попросила издать приказ, чтобы пациенты, у кого после укуса клеща будет выступать эритема, направлялись ко мне в Областную больницу для обследования. Он мне и говорит: «Зачем приказ, давайте центр откроем». И мы на базе областной больницы в 1991 г. открыли Центр лайм-боррелиоза со штатным расписанием, это было поразительно. Я ушла с кафедры, набрала в штат молодых врачей, которые хотели заниматься наукой и практикой. Центр существовал 5 лет. На этом фоне мы защитили одну докторскую и 9 кандидатских диссертаций. Моя докторская диссертация была посвящена болезни Лайма. Потом мы выпустили книгу об этом заболевании.

После защиты меня пригласил заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Владимир Алексеевич Шалаев работать на кафедру вторым профессором. Тогда в 1990-е годы у меня была самая интересная жизнь. Появились молодые врачи с интересными идеями, Людмила Петровна Евстигнеева в их числе. Я горжусь ей, она из Ирбитского терапевта выросла в главного ревматолога области, она грамотнейший исследователь, преподает в университете, рассказывает студентам, как проводить научные исследования. Я горжусь своими учениками, Лариса Кузьмина работает в аппарате полномочного представителя Президента РФ в УрФО – она защищалась по остеопорозу, Елена Лайковская занималась болезнью Лайма, сейчас заместитель министра по социальной политике.

Еще работал Центр, но мне стало понятно, что я хочу в ревматологию. Я стала искать, какой научной темой мне заниматься. На Западе ученый начинает зани-

маться какой-то проблемой, и он развивает ее всю свою жизнь. Он профессионал в этом, его все знают. Когда я начинала заниматься исследованиями, у нас было не так. Когда я хотела продолжать заниматься наследственностью по волчанке, мне говорили, тебе надо показать широкий кругозор, надо показать, что ты не только в одной болезни разбираешься. И я перешла из генетики в инфекционные болезни, и потом стала думать, а дальше куда. Я защитила докторскую диссертацию в 1995 г. через 4 года после открытия Центра по болезни Лайма. И как раз в 1995г. Беневоленская создала Российскую ассоциацию по остеопорозу, которую я сейчас возглавляю. И она попросила меня войти в ее рабочую группу, ей нужны были люди, которые бы развивали проблему остеопороза в России. Я не могла отказать своему учителю. И в том же году прошел первый симпозиум по остеопорозу в Подмосковье, там были все мировые специалисты, я слушала и набиралась знаний и опыта. И сейчас, получается, я уже 23 года занимаюсь остеопорозом. Я не бросила заниматься и остальным. У меня одновременно идут работы и по другим темам.

Наша свердловская ревматология стала выходить за Свердловские рамки. Наши работы признаны в мире»[8].

Из рассказа О.М. Лесняк видно, каким интересным временем были 1990-е гг. – это было время смелых идей, необычных экспериментов, удачного стечения обстоятельств и научного азарта. Ревматология в те годы держалась на любви врачей к своему делу, на желании достичь поставленных целей, облегчив жизнь людям, страдающим ревматологическими заболеваниями.

Заметную роль в этом играло действовавшее с 1982 г. Свердловское областное научно-практическое общество ревматологов, которое в 1999 г. было преобразовано в областное отделение Ассоциации ревматологов России (АРР). С 2002 г. с учетом сложившихся в те годы обстоятельств, когда врачи нередко совмещали работу ревматолога и терапевта, областная Ассоциация ревматологов стала функционировать как одна из секций Свердловского областного терапевтического общества, в планах работы которого обычно 30% составляли доклады по различным аспектам ревматологии. Ежегодно стали проводится две областные ревматологические конференции, в которых регулярно принимали участие ученые Института ревматологии РАМН и кафедры ревматологии ММА им. И. М. Сеченова.[9] Это способствовало распространению знаний о ревматических заболеваниях среди врачебного сообщества Свердловской области.

---

[8] Интервью с О.М. Лесняк // Архив авторов.

[9] Иванова А. В., Лесняк О. М., Рябицева О. Ф., Ивашова И. Г. Ревматологии Среднего Урала 75 лет // Научно-практическая ревматология. № 4, 2008. С. 85-87.

**Новый виток развития ревматологии в Свердловской области в 2000-е гг.**

Трудные времена оставались позади, и постепенно некоторые проекты, о которых давно мечталось, удалось претворять в жизнь. То, что сотрудники Областного ревматологического центра планировали в 1994 г.: усилить специализированную подготовку врачебных кадров, наладить реабилитацию больных, прошедших через стационар, и создать межрайонные ревматологические центры, частично удалось реализовать в начале 2000-х гг.

К 2003 г. ревматологическая служба была представлена областным ревматологическим центром в СОКБ №1, городским ревматологическим центром в г. Екатеринбурге и окружным ревматологическим центром в г. Краснотурьинске, который обслуживал Северный управленческий округ (первый из тех, что было запланировано открыть), а также тридцатью ревматологическими кабинетами в г. Екатеринбурге и городах области.

«Для приближения специализированной помощи к населению области мы пошли по пути создания окружных ревматологических центров (в области – 6 округов), – писала Ольга Федоровна Рябицева, которая была в те годы главным внештатным ревматологом Свердловской области. – Первый окружной центр работает с февраля 2001 г (приказ МЗ Свердловской области – МЗСО от 01.02.2001 г №4-П) на базе центральной городской больницы г. Краснотурьинска. Окружной центр располагает 20-ю ревматологическими койками в кардиологическом отделении (отделение на 60 коек). Заведует отделением врач, прошедший специализацию по ревматологии, имеющий соответствующий сертификат. Курацию больных осуществляют два врача: один из них прошел первичную специализацию по ревматологии на базе стационара [Областного ревматологического] центра, второму планируется подготовка там же в феврале 2003 г. Консультативный прием больных округа в поликлинике центра ведет врач-ревматолог высшей категории…

*ГКБ №1 г. Краснотурьинск*

Окружной центр принял на себя большую часть больных, не доезжавших ранее в силу указанных обстоятельств до [Областного ревматологического] Центра, он в то же вре-

*ГБ г. Первоуральск*

мя явился как бы фильтром на пути ревматологических пациентов. Областной Центр, имеющий на вооружении уникальные технологии обследования (такие как ядерно-магнитный резонанс, компьютерная томография) и мощную иммунологическую лабораторию, должен, по нашему мнению, заниматься только самыми сложными и тяжелыми пациентами, диагностическая и лечебная помощь которым не может быть оказана в стационарах и поликлиниках более низкого (а значит и более дешевого) уровня.

Мы готовимся к созданию новых центров на территории своей области: разработка документов по западному Окружному центру (в г. Первоуральске) находится в стадии завершения.

Концентрация ревматологических больных в окружных центрах позволит своевременно и в соответствии с объективной необходимостью осуществлять консультативные выезды специалистов Центра на места (сейчас мы «рассеиваемся» на 72 муниципальных образования, входящих в состав области). Мы видим свою задачу также в оказании этим центрам помощи в плане подготовки кадров и в организации отбора на консультацию и госпитализацию в областной Центр наиболее сложных, нуждающихся в уникальных методах диагностики и лечения пациентов.

Важнейшей задачей окружных центров должна стать организация диспансерного наблюдения и систематического лечения больных хроническими воспалительными артритами. Известно, что даже самое современное базисное средство проявляет эффект не сразу, а через несколько недель или даже месяцев после назначения, когда пациент уже выписан из стационара. На местах же зачастую участковые врачи боятся продолжать активную противоревматическую терапию, чаще всего из-за отсутствия необходимых знаний о механизмах действия и методиках применения данных препаратов.

Создание банка данных ревматологических больных округа, диспансерное наблюдение за группой больных хроническими воспалительными артритами даст возможность грамотно и объективно оценивать эффективность лечения и, при необходимости, проводить его своевременную коррекцию. А это, в ко-

нечном итоге, улучшит качество жизни больных и снизит их инвалидизацию. Медико-экономические стандарты по диспансерному наблюдению пациентов с РЗ в поликлиниках области разработаны нами ранее и утверждены МЗ СО.

*Врач и медсестра Областного ревматологического центра готовятся к постановке внутрисуставных инъекций*

Создание окружных центров в нашей области стало возможным с введением стандартов обследования и лечения на различных лицензионных уровнях (уровень 3 – ЦРБ, уровень 4 – ЦГБ, уровень 5 – ОКБ) и благодаря успешному сотрудничеству с территориальными фондами обязательного медицинского страхования на местах (в условиях ОМС мы работаем уже 9 лет).

Считаем, что создание уровневых стандартов, а главное, успешная работа учреждений каждого уровня позволят нам работать в условиях «сквозных медико-экономических стандартов»; тогда в учреждениях с уровнем высоких технологий не надо будет тратить время и деньги на рутинные анализы и исследования»[10].

Количество окружных ревматологических центров постепенно увеличивалось. Вслед за центром в Краснотурьинске, открытом в 2001 г., имевшем 20 ревматологических коек, в 2003 г. был открыт Западный окружной ревматологический центр в городе Первоуральске со стационаром в 30 коек. Еще 25 ревматологических коек появились в г. Невьянске. В округах заведовали отделениями и вели прием больных врачи-ревматологи высшей категории, работавшие в тесном контакте с главным ревматологом области Ольгой Федоровной Рябицевой. Такая организация работы позволяла оказывать квалифицированную помощь больным ревматическими болезнями из самых отдаленных населенных пунктов области, а также обеспечивать в случае необходимости быструю госпитализацию или своевременную консультацию специалистов не только соответствующего округа, но и областного ревматологического центра. «Мы могли больного лечить в Свердловске и спокойно отправлять долечиваться на места, – отмечает Ольга Федоровна Рябицева. – В Краснотурьинске было два ревматолога, заведовал от-

[10] Рябицева О.Ф. Ревматологическая служба Свердловской области: состояние и перспективы // Научно-практическая ревматология № 1, 2003. С. 73-75.

делением С.В. Князьков. В Первоуральске заведовал В.Н. Ходырев. Эти отделения хорошо функционировали, у нас проще стало с госпитализацией в ОКБ №1. Вскоре появилось кардиоревматологическое отделение в Демидовской больнице в Нижнем Тагиле, где работали обученные нами ревматологи». На сегодняшний день часть этих отделений перепрофилирована.

*Внутрисуставное введение препарата в Областном ревматологическом центре*

В тот период в самом Областном ревмоцентре (создан 01.09.1998 г.) работали 8 врачей-ревматологов: 5 – в стационаре на 35 коек, 3 – на консультативном приеме в поликлинике, причем один прием выделен для больных системными заболеваниями. Прием вели только врачи высшей аттестационной категории, которых консультировала профессор-консультант А. В Иванова. Два приема были артрологическими. Также работал один из первых в области кабинетов для больных остеопорозом. Прием вели сотрудники кафедры пропедевтики внутренних болезней УГМА. Сохраняя традиционные связи с коллегами-кардиологами, больных ревматическими пороками, проходившими лечение в Областном ревмоцентре, наблюдали также кардиологи из Центра сердца и сосудов, созданного при областной клинической больнице.

В функциональные обязанности ревматологического Центра входило:

1. Оказание высококвалифицированной диагностической и лечебной помощи больным ревматическими заболеваниями (РЗ).

2. Изучение распространенности РЗ в области.

3. Совершенствование традиционных и внедрение в практику новых методов диагностики и лечения больных.

4. Комплексная медицинская реабилитация больных РЗ.

5. Методическое руководство ревматологической службой в районах области и подготовка кадров для нее.

«Преобладающая патология на консультативном приеме и в стационаре Центра – заболевания суставов и позвоночника (ревматоидный артрит-РА, реактивные артриты- РеА-, анкилозирующий спондилоартрит -АС- и др.), – отмечала, подводя в 2003 г. итоги О.Ф. Рябицева, – в лечении которых с 1978 г. нами, наряду с другими современными методами, широко и успешно используется внутрисуставное введение лекарственных средств (в том числе глюкокортикоидов, некоторых нестероидных противовоспалительных препаратов и хондропротекторов).

Значительное место в стационаре Центра принадлежит больным с системными РЗ. Ежегодно в стационаре лечится более 600 больных, до 70% которых – больные с тяжелой системной патологией и артритами (системной красной волчанкой, системной склеродермией, дерматомиозитом, системными васкулитами, РА и др.), требующие проведения интенсивных методов лечения, таких как плазмаферез, гемодиализ, ультрафильтрация крови, пульс-терапия глюкокортикоидами, цитотоксиками и др.

Койка в стационаре Центра работает интенсивно: оборот койки составил по данным за 2001 г – 23,1, средний койко-день – 17,1. Сокращение пребывания больного на койке достигнуто путем включения интенсивных методов при лечении тяжелого пациента с первого дня его поступления в стационар.

Областной ревматологический Центр тесно сотрудничает с кожно-венерологическим диспансером по выявлению и санации урогенитальной инфекции (хламидия, уреаплазма), являющейся причинным фактором при многих РеА и утяжеляющей течение других воспалительных заболеваний суставов.

Совместно с Уральским научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии с 1995 г. Центр занимается реабилитацией больных с поражением тазобедренных и коленных суставов, в том числе их эндопротезированием.

В стационаре Центра проводится отбор нуждающихся в ортопедической коррекции больных и их подготовка к хирургическому лечению. К сожалению, из-за высокой стоимости эндопротезов больных, способных их оплатить, единицы. Очередь же на бесплатное эндопротезирование (губернаторская программа государственных гарантий) – более 100 человек, продвигается медленно: из-за ограниченности финансирования оперируется не более 30 больных в год.

С октября 2002 г. при областной больнице открыто загородное реабилитационное отделение, где успешно применяются немедикаментозные методы лечения: физиотерапия, массаж, водо- и грязелечение, саунотерапия, лечебная физкультура и др. В реабилитационном отделении пациенты наблюдаются ревматологом Центра, который, при необходимости, корректирует лечение, проводит внутрисуставные манипуляции.

На базе городского ревматологического центра (г. Екатеринбург) и Областной клинической больницы N1 работают школы для больных остеоартрозом и остеопорозом.

*Ирина Геннадьевна Ивашова контролирует состояние больного во время лечения*

Большую помощь в организации школ, в создании памяток для больных ревматологических больных оказала физиотерапевт из Великобритании Уэнди Иннес, которая работала в указанных клиниках на протяжении 2001-2002 гг. Руководят работой школы для больных артрозами врачи городского ревматологического центра, школу для больных остеопорозом ведет врач соответствующего кабинета.

Центр выполняет большую работу по подготовке кадров ревматологов для области: с 1998 г. в нем совместно с сотрудниками кафедры пропедевтики внутренних болезней УГМА (лицензированной на проведение постдипломного обучения врачей) проводятся сертификационные циклы усовершенствования врачей в вопросах ревматологии. Областным Центром дважды в год организуются научно-практические конференции для врачей, нередко с привлечением ученых Института ревматологии РАМН, по актуальным ревматологическим проблемам с анализом работы ревматологической службы г. Екатеринбурга и Свердловской области.

Центр является базой для подготовки врачей-интернов, клинических ординаторов, врачей-стажеров из областных лечебных учреждений.

В Центре работают врачи высшей категории, успешно совмещающие практическую деятельность с научным анализом своей работы. Так, обобщены результаты проспективного наблюдения за больными РА, заболевшими в молодом трудоспособном возрасте; изучена частота побочных эффектов при лечении больных РА солями золота; разрабатывается проблема Лайм-боррелиоза в Уральском регионе. В настоящее время организовано изучение эпидемиологии наиболее распространенных РЗ (РА и ОА) в сельском Невьянском районе Свердловской области, что поможет правильно рассчитать необходимое число специалистов и специализированных коек на территориях области.

Областной ревматологический Центр имеет сертификат на проведение клинических исследований новых лекарственных препаратов и в течение пяти лет успешно осуществляет эту ответственную работу, в том числе проводя двойные слепые, рандомизированные, плацебо-контролируемые испытания новых лекарственных средств в соответствии с требованиями GCP. Врачи Центра являются активными членами област-

*Лечебная физкультура в Областном ревматологическом центре*

ной ревматологической ассоциации. Заведующая Центра – член Президиума правления Ассоциации ревматологов России»[11].

*Прием пациента в Областном ревматологическом центре*

В соответствии с тенденциями по усилению роли амбулаторного звена здравоохранения, в 2005 г. в Свердловской областной консультативно-диагностической поликлинике было создано ревматологическое отделение (зав. – И.Г. Ивашова) с четырьмя приемами врачей, регулярными консультациями профессоров А.В. Ивановой, Л.А. Шардиной, других старших специалистов, открыт кабинет по приему больных с остеопорозом (ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, к.м.н. Л.П. Евстигнеева). Там же был открыт кабинет антицитокиновой терапии, где созданы все условия для лечения пациентов современными биологическими препаратами. Открытие на базе поликлиники процедурного кабинета позволило улучшить доступность таких методов лечения, как внутрисуставные, околосуставные и паравертебральные введения глюкокортикоидов (ГК), других препаратов, «протезов» синовиальной жидкости (остенила, ферматрона, синокрома), «мини» – пульс и пульс-терапии ГК и цитостатиков.

К началу XXI века изменилась структура ревматических заболеваний, в которой ведущую роль стали играть заболевания суставов. Больные с ДБСТ и СВ на приеме областного ревматолога составляют около четверти пациентов. Увеличивается доля больных с остеопорозом, ранней диагностике которого способствовали установленные в области 4 рентгеновских денситометра. Нововведениями последних лет стали регулярные образовательные программы для пациентов с остеоартрозом и остеопорозом, разработанные на кафедре семейной медицины Уральской государственной медицинской академии (зав. – проф. О. М. Лесняк) и получившие одобрение Президиума Ассоциации ревматологов России и Президиума Российской Ассоциации по остеопорозу.

Важным нововведением 2000-х гг. в Свердловской области стало широкое внедрение сети общих врачебных практик, особенно развитой в сельских районах области. Большое внимание, уделяемое при подготовке врачей общей

[11] Рябицева О.Ф. Ревматологическая служба Свердловской области: состояние и перспективы // Научно-практическая ревматология № 1, 2003. С. 73-75.

практики вопросам ревматической патологии, имело целью привлечь этих специалистов к ведению пациентов с патологией суставов и другими ревматическими заболеваниями в амбулаторных условиях, что оказало существенную помощь врачам-ревматологам. В 2006 г. кафедрами семейной медицины и внутренних болезней № 2 УГМА были подготовлены «Клинические рекомендации по ведению больных с остеоартритом крупных суставов», разработанные на основе принципов доказательной медицины, выпущенные под эгидой Ассоциации врачей общей практики Российской Федерации и Ассоциации ревматологов России. Сотрудники УГМА принимали участие и в разработке «Клинических рекомендаций по остеопорозу» Российской Ассоциации по остеопорозу.

*Методист ЛФК занимается с пациентом в Областном ревматологическом центре*

Развитие ревматологии в последние годы и прорыв в понимании механизмов развития иммуновоспалительных ревматических заболеваний, таких как ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, системная красная волчанка и др., состоящий, в частности, в признании чрезвычайно значимой роли клеточного иммунитета и медиаторов иммунной системы в патогенезе данной группы болезней привело к внедрению в клиническую практику нового класса медикаментозных средств – генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). ГИБП произвели настоящую революцию в лечении и радикально изменили прогноз у наиболее тяжелых, ранее практически некурабельных пациентов с ревматическими заболеваниями. Внедрение в практическое здравоохранение данных препаратов потребовало решения вопросов, связанных с получением препаратов, их введением, с отбором пациентов для лечения данными препаратами и мониторирования их состояния. С этой целью в мае 2006 г. в областной клинической больнице был организован Центр антицитокиновой терапии, возглавляемый Ольгой Федоровной Рябицевой, где проводилось лечение ГИБП и велось мониторирование пациентов, получающих лечение данными препаратами. Для жителей Екатеринбурга такой центр был создан на базе ГКБ №40. В дальнейшем Свердловская область стала одной из первых в Российской Федерации, где медицинская помощь пациен-

*Ревматологи и медсестры областной консультативно-диагностической поликлиники ОКБ №1*

там, получающих генно-инженерные препараты, была перенесена из кабинета антицитокиновой терапии в дневные стационары. Это приблизило помощь к людям, что позволило не приезжать им за много километров в ОКБ №1 для введения препаратов, а делать это на местах, ближе к месту жительства пациентов. Но самое главное, это позволило лечить пациентов, имеющих высокую активность воспалительного процесса, не дожидаясь группы инвалидности, как было раньше, когда получать высокоэффективные препараты могли только инвалиды.

Число ревматологов, работающих в поликлиниках и стационарах Свердловской области, к 2010 г. составляло 48 человек. Вместе с тем, имевшееся на тот момент число ревматологов не покрывало потребность. Решение данной проблемы частично было найдено – это создание телеконсультативной сети, с помощью которой стало возможно консультировать пациентов из отдаленных уголков Свердловской области в режиме реального времени[12].

О том, с какими итогами ревматологическая служба подошла к концу первого десятилетия XXI в., позволяет судить следующая статистическая информация[13].

---

[12] Иванова А. В., Лесняк О. М., Рябицева О. Ф., Ивашова И. Г. Ревматологии Среднего Урала 75 лет // Научно-практическая ревматология. № 4, 2008. С. 85-87; Свердловская областная клиническая больница №1. 200 славных лет: больница в лицах. Екатеринбург, 2011. С. 56-57.

[13] По материалам главного внештатного ревматолога Свердловской области тех лет О.Ф. Рябицевой.

Таблица 1

**Общая и первичная заболеваемость болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани на 1000 всего населения (взрослые и дети) в Свердловской области с 2000 по 2009 гг. (в %)**

| 2000 | 2009 |
|---|---|
| **Общая ревматологическая заболеваемость** | |
| 75,3 | 102,5 |
| **Первичная ревматологическая заболеваемость** | |
| 25,5 | 32,3 |

Из данных таблицы видно, что заболеваемость ревматическими болезнями за 10 лет в Свердловской области выросла на 13,6% общая и на 12,7% первичная.

Таблица 2

**Нетрудоспособность (основные нозологические формы)**

| Нозологическая форма | Удельный вес среди всех болезней (в случаях) | | |
|---|---|---|---|
| | 2004 | 2006 | 2009 |
| Болезни органов дыхания | 34,69 | 32,98 | 38,54 |
| **В том числе ОРЗ** | **23,21** | **22,78** | **24,42** |
| **Болезни костно-мышечной системы** | **13,93** | **14,48** | **13,53** |
| **Болезни системы кровообращения** | **9,55** | **10,08** | **9,4** |
| Болезни органов пищеварения | 5,72 | 6,48 | 5,7 |
| Болезни мочеполовой системы | 4,39 | 2,07 | 4,36 |

По удельному весу ревматические болезни в структуре временной нетрудоспособности из года в год на втором месте после простудных заболеваний

Таблица 3

**Инвалидность от болезней костно-мышечной системы в 2000-2009 гг. (чел.)**

| БКМС | 2000 | 2009 |
|---|---|---|
| Первичная инвалидность | 2337 | 2254 |
| Повторная инвалидность | 5483 | 5665 |

Средний возраст лиц, приобретших инвалидность в результате болезней костно-мышечной системы – 42 года.

Согласно Приказа №444 Минздрава от 27.06.2007 г., одна ревматологическая койка должна приходиться на 15 000 взрослого населения. В Свердловской области, таким образом, должно быть 200 коек. Но статистика тех лет указывала на иное.

Таблица 4

**Динамика числа ревматологических коек в Свердловской области 2000 – 2009 гг.**

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2009 |
|---|---|---|---|---|---|
| Всего | 155 | 175 | 145 | 175 | 125 |
| ОКБ №1 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| ГКБ №40 | 60 | 60 | 30 | 30 | 30 |
| ГКБ №6 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 |
| Нижний Тагил | 15* | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Краснотурьинск | | 20 | 20 | 20 | |
| Первоуральск | | | | 30 | 5 |

* Приказ управления здравоохранения администрации г. Н-Тагила №255-п от 09.12.2000 г.

«Таким образом, койки для лечения больных ревматическими заболеваниями сохранились преимущественно в г. Екатеринбурге. В г. Нижний Тагил эти койки в кардиологическом отделении и госпитализация на них ревматологических больных была ограничена: преимущество за кардиологическими пациентами. Специалисты высказывали опасение, что дальнейшее снижение коечного фонда в области при отсутствии специалистов-ревматологов на местах могло привести к росту временной и стойкой нетрудоспособности: на 2009 г. подбор базисной терапии, интенсивные методы лечения (пульс-терапия, экстракорпоральные методы), т.е. то, что способно в какой-то мере остановить процесс и вернуть больному качество жизни, проводились только в областном центре. Очередь на госпитализацию больных в ревматологическое отделение составляла около двух-трех недель: преимущество в госпитализации имели жители сельских районов и северных территорий.

Согласно ведомственному Приказу №315-н от 4 мая 2010 г. один врач-ревматолог должен приходиться на 30 000 взрослого населения. Таким образом, на Свердловскую область должно было приходиться 110 ревматологических кабинетов, из них в г. Екатеринбурге 30 кабинетов. Однако статистика показывала, что в 2000-2009 гг. и число штатных должностей, и число физических лиц неуклонно снижалось. На 2009 г. в муниципальных учреждениях области работало лишь 8 ревматологических кабинетов.

«Огорчительным является то, что из года в год на местах идет сокращение, как штатных должностей, так и фактически занятых. А «физические лица» учиться ревматологии и работать с нашими пациентами не стремятся, потому средний возраст врачей ревматологов 50 лет», – отмечала в одном из своих докладов главный внештатный ревматолог Свердловской области О.Ф. Рябицева.

Таблица 5

**Динамика числа ревматологов и ревматологических кабинетов в Свердловской области в 2000 – 2009 гг.**

| | 2000 | 2004 | 2007 | 2009 |
|---|---|---|---|---|
| Штатные должности | 88,25 | 72,75 | 72,75 | 67 |
| Штатные должности занятые | 83,25 | 67,5 | 67,5 | 62,75 |
| Физические лица (всего ревматологов, поликлиника +стационар) | 60 | 47 | 47 | 42 |
| из них в г. Екатеринбург (всего ревматологов, поликлиника + стационар) | 40 | 24 | 27 | 26 |
| Кабинетов в области (без Екатеринбурга) | 18 | 14 | 12 | 8 |

В связи с нехваткой ревматологов очередь на консультацию ревматолога в ОКБ №1 составляет 2 -3 месяца.

Основной патологией, с которой сталкивались врачи, работавшие в стационаре областного центра – воспалительные заболевания суставов и позвоночника, из них самая частая – РА – 51%. Число больных ДБСТ и системными васкулитами – 13,6%.

Большинству этих пациентов с целью уточнения диагноза производились: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, а также биопсии: почки, кожи, подкожной клетчатки, мышц; пункция грудины, трепанобиопсия. Нередко в этой, наиболее сложной в диагностическом плане группе больных, выявлялись онкологические заболевания, туберкулёз, сепсис (либо как самостоятельные, либо в комбинации).

В качестве интенсивных методов терапии им проводились плазмаферез, при СКВ – иммуносорбция, внутривенное введение иммуноглобулинов, пульс-терапия мега-дозами ГКС и цитостатиков.

Из пациентов с суставной патологией 28,9% (31,7% в 2007 г.) нуждались в ортопедической коррекции. Очередь на бесплатное эндопротезирование составляла в 2007 г. около 1000 пациентов. На 1 января 2008 г. их было уже 1900: 1500 больных с тазобедренными + 400 больных с коленными суставами. На конец 2009 г.: 3119 больных с тазобедренными и 1551 с коленными суставами.

Подготовка к эндопротезированию суставов осуществлялась в ревматологическом отделении ОКБ №1, затем больные переводились для хирургической коррекции в УНИИТО и хирургические отделения других учреждений. Пациентам были показаны также малые ортопедические операции с помощью артроскопа (коррекция связочного аппарата и менисков, удаление остеофитов, лаваж суставов и пр.). Это позволяло продлить жизнь сустава и, в ряде случаев, избежать его протезирования.

К лечению подагры, остеартроза и псориатической атропатии подключались и немедикаментозные методы (мониторное очищение кишечника, криосауна).

Из года в год в стационаре ОКБ №1 увеличивалось число больных, имеющих группу инвалидности (в 2003 г. инвалидов было 19%, в 2007 – 26%, в 2009 – 31%), что в немалой степени связано с уменьшением числа ревматологических кабинетов в области, невозможностью для пациента быть проконсультированным у специалиста вовремя. Так, если с 1980 по 1990 гг. врачи-ревматологи ставили ранний (до года) диагноз ревматоидного артрита 58,8% пациентам, то заболевшим после 2000 г. – уже только 43,1%. В то время как ранняя диагностика, адекватное, контролируемое многолетнее лечение предотвращает раннюю инвалидизацию (средний возраст выхода на инвалидность больных РА в Свердловской области 44-45 лет). К сожалению, в области на тот момент не было отделений реабилитации, куда мог бы быть выписан из стационара областного центра пациент с заболеванием суставов.

Для лечения больных ревматическими заболеваниями в конце первого десятилетия XXI в. появились очень эффективные, так называемые биологические агенты. Но, к сожалению, лечить этими высокотехнологичными препаратами разрешено было только инвалидов, а эффективность лечения именно их мала: потерянные функции суставов необратимы, и начинать лечение надо на самых ранних стадиях болезни.

В связи со всем вышеперечисленным перед ревматологической службой Свердловской области к 2010 г. стояли следующие задачи:

1. Укомплектование муниципальных лечебно-профилактических учреждений специалистами-ревматологами в соответствии со штатным расписанием, из расчета 0,3 врача на 10 000 взрослого населения.

2. Организация ревматологических центров в округах. Укомплектование их профессионально подготовленными специалистами, кабинетами, койками в соответствии с приказом 315 н. Оснащение медицинской техникой, лекарственными препаратами, реактивами.

4. Создание в окружных центрах регистров больных воспалительными артритами, организация диспансерного наблюдения за больными и членами их семей.

5. Решение проблемы артроскопических ортопедических операций при ревматических заболеваниях, сокращение очерёдности на эндопротезирование.

6. Реализация Программы лечения больных воспалительными артритами высокотехнологичными препаратами, в первую очередь, больных серонегативными спондилоартритами.

7. Организация в окружных центрах, ревматологических кабинетах школ для ревматологических больных и членов их семей.

Решение этих задач стало делом второго десятилетия XXI в. Но выполнить удалось только часть из поставленных задач.

## Меньше ревматизма!
## Развитие ревматологии в г. Екатеринбурге в 1990-2000-е гг.

*Городская клиническая больница №40*

Схожий путь развития прошла и городская ревматологическая служба Свердловска – Екатеринбурга, действовавшая в тесной взаимосвязи с коллегами из ОКБ №1. Сведения об этом периоде истории городской ревматологии были тщательно собраны ревматологом Городского ревматологического центра, «Отличником здравоохранения», врачом высшей категории Верой Александровной Ждахиной.[14]

Согласно её информации, руководившая Городским ревматологическим центром с 1960-х гг. Ольга Федоровна Хонина (выпускница Одесского медицинского института и клинической ординатуры на кафедры факультетской терапии Свердловского медицинского института под руководством проф. Б.П. Кушелевского) продолжала свою нелегкую работу до 1996 г. Научное консультирование ГРЦ в этот период осуществлял доктор медицинских наук, профессор Аркадий Николаевич Андреев (1990 – 2005 гг.)

Организаторскую и лечебно-консультативную работу Хонина О.Ф. успешно сочетала с научно-практической деятельностью, привлекая к участию в ней всех ревматологов Центра и города. Ею написаны и опубликованы двадцать семь статей по организации и анализу различных разделов ревматологии. Хонина О.Ф.

[14] Раздел подготовлен на основании: Ждахина В.А. Городской ревматологический центр… Екатеринбург, 2010. Рукопись. С. 1-52.

*X Международ. конгресс ревматологов, Москва, 07.1983 г.*

постоянно принимала участие в работе ежегодных конференций Института Ревматологии, была делегатом многих Всесоюзных, Всероссийских съездов ревматологов и кардиологов, X Международного Европейского Конгресса Ревматологов (1983г.). Организаторские способности и профессиональные качества Хониной Ольги Федоровны сделали ревматологическую службу нашего города одной из передовых в стране. Заслуги Хониной О.Ф. многократно отмечались Почётными грамотами, благодарностями и наградами: медалью «За доблестный труд» (1970 г.), медалью «Ветеран труда», значком «Отличник здравоохранения» 1981 г.), бронзовой медалью ВДНХ (1982 г.), она занесена в книгу Почёта ГКБ №40, ей присвоены звания «Почётный член Ассоциации Ревматологов России» и «Почётный член Европейской Ассоциации Ревматологов». В 1996 г. Хонина О.Ф. передала руководство Центром Кормильцевой Е.А., но продолжала работать врачом-консультантом, оставаясь наставником молодых врачей ещё в течение шести лет. Ушла на пенсию в 2002 г., имея общий медицинский стаж работы 52 года, из них 42 года были посвящены ревматологии.

*Проводы О.Ф. Хониной на пенсию в ГРЦ 11.01.2002 г.*

*Врачи-ревматологи Екатеринбургского ГКРЦ в г. Женева, сентябрь 2000 г.*

*Елена Анатольевна Кормильцева*

Сменившая О.Ф. Хонину врач высшей категории Елена Анатольевна Кормильцева (выпускница лечебного факультета и клинической ординатуры на кафедре госпитальной терапии Свердловского медицинского института) руководила ГРЦ до 2005 г., параллельно являясь главным ревматологом г. Екатеринбурга. На должности заведующей ГРЦ Елена Анатольевна сохранила новаторский стиль руководства Хониной О.Ф., продолжила дальнейшее укрепление и совершенствование ревматологической службы Екатеринбурга.

Работа в этот период строилась в тесном контакте с Институтом ревматологии РАМН, кафедрами УГМА, специализированными центрами города. Активно внедрялись новейшие методы лабораторной и инструментальной диагностики, новые лекарственные препараты в практику работы стационарного и амбулаторного звеньев ГРЦ. Врачи Центра под руководством Кормильцевой Е.А. неоднократно участвовали в Российских и Международных клинических испытаниях лекарственных средств. В 1999 г. ею была организована школа для больных с ревматическими заболеваниями суставов на постоянно действующей основе. В 2000 г. Елена Анатольевна разработала и внедрила в практику большую программу по реабилитации артрологических больных: на базе поликлинического отделения Центра был оборудован кабинет для локальной (внутрисуставной) терапии; шире стали использоваться возможности лечения в физиотерапевтическом отделении ГКБ № 40; установлен тесный контакт с городским врачебно-физкультурным диспансером (ГВФД) для проведения комплексной реабилитации в условиях ГВФД; был организован приезд волонтёров Восточно-Европейской Программы Добровольной Службы за границей из Великобритании. В 2002 г. в ГРЦ были открыты специализированные приёмы по остеопорозу и «болезненному плечу».

В том же году было утверждено новое Положение о ГРЦ (приказ ГУЗО г. Екатеринбурга № 262 от 28.05.2002 г.), согласно которому структурно объединены консультативно-амбулаторное и стационарное отделение ГКБ № 40. Определены задачи, основные принципы работы, организация работы, штатное расписание, единое руководство Центром.

Елена Анатольевна участвовала в работе трёх Всероссийских съездов ревматологов, ежегодных конференций Института Ревматологии РАМН, организовывала городские конференции, круглые столы, Советы ревматологов, уделяла большое внимание профессиональному росту врачей-ревматологов города. Кормильцева Е.А. являлась автором и соавтором более 30 научно-практических работ по ревматологии. К сожалению, 25 мая 2005 г. в результате тяжёлой болезни она скончалась в возрасте всего лишь 59 лет.

*Татьяна Анатольевна Попова*

В должности единого руководителя поликлинического и стационарного отделений ГРЦ Кормильцеву Е.А. сменила Татьяна Анатольевна Попова – выпускница лечебного факультета Свердловского государственного медицинского института, в течение десяти лет она работала научным сотрудником Института курортологии и терапии, кандидат медицинских наук (1987 г.), в 1989-1997 гг. работала ассистентом на кафедре внутренних болезней №1 УГМА, после чего перешла в практическое здравоохранение на должность заведующей ревматологическим отделением ГКБ №40 в 1997 г. В 2000 г. защитила докторскую диссертацию по патологии сердечно-сосудистой системы у больных анкилозирующим спондилоартритом.

Имея большой опыт практической, научно-исследовательской и педагогической работы, обладая способностью быстро ориентироваться в возникающих проблемах, выделяя главное, Татьяна Анатольевна успешно освоила особенности работы амбулаторно-поликлинического отделения Центра (организация консультативных приёмов, связь с ревматологами города и другими функциональными подразделениями Центра, составление годовых отчётов и необходимой информативной документации для Института Ревматологии и пр.). Сохраняя многолетние традиции руководства практической ревматологией, Т.А. Попова продолжает уделять большое внимание медицинской науке, привлекая к научным исследованиям ревматологов города.

Под руководством Т.А. Поповой ревматологическое отделение ГКБ № 40 остаётся одним из передовых отделений в городе по всем показателям, в том числе по

внедрению новых технологий в диагностику и лечение больных с ревматическими заболеваниями. Для более тщательного анализа эффективности диспансерного наблюдения и лечения пациентов с различными ревматическими заболеваниями внедряются специально разработанные для этих целей компьютерные программы.

Много внимания уделяет Татьяна Анатольевна просветительской работе, выступая на радио и в телепередачах о профилактике и методах лечения ревматических заболеваний. Ею и врачами Центра регулярно проводятся лекции для врачей в районных поликлиниках, в течение всех лет функционирует школа для пациентов по образовательным программам в ревматологии. Под руководством Татьяны Анатольевны издаются и переиздаются методические пособия по ревматическим болезням для врачей и пациентов города. В соответствии с приказами МЗ РФ, в последние годы внедряются новые формы организационно-методической работы Центра, предполагающие совершенствование специализированной ревматологической помощи населению.

Татьяна Анатольевна рассказывает о своей работе: «Врачи отделения очень глубоко вникают в пациента, ведь нужно правильно поставить диагноз, мы обсуждаем сложных пациентов, эти традиции мы передаем и молодым врачам.

За период моей работы, а это уже 20 лет, в отделении много изменилось, появились новые возможности. Много произошло за это время в плане ранней диагностики и лечения. В тот период к нам поступали очень тяжелые больные с отеками легких, с декомпенсированной сердечной недостаточностью, с развернутыми формами системных заболеваний, с тяжелыми функциональными нарушениями со стороны суставов – пациенты ездили в колясках, ходили на костылях, кто-то вообще встать не мог.

Сейчас совершенно изменился профиль пациентов. У нас редко можно увидеть колясочника, пациента на костылях. В районах доступ к специализированной медицинской помощи стал лучше, более образованы стали сами врачи, появилось много возможностей для самообразования. У меня было в 90-е годы ощущение, что передо мной стояла какая-то стена, а мне хотелось заглянуть за нее и узнать, а как живут там, как лечат в Европе?

Сейчас есть интернет, все доступно, мы работаем по мировым стандартам. С 2006 года у нас появилась генно-инженерная терапия, которая творит чудеса, практически препятствует инвалидизации, сохраняя хорошее качество жизни. Но работать стало труднее, раньше больные лежали 28 дней в отделении, сейчас 11-12. Мы сохраняем очень тесные контакты со всеми ревматологами города. Госпитализация самых тяжелых больных идет к нам, ревматологи нам звонят, мы всегда в курсе и о квалификации врачей, и о состоянии пациентов»[15].

[15] Интервью с Т.А. Поповой // Архив авторов.

*Центральная городская клиническая больница №6*

С 1981 г. на базе Городской клинической больницы №6 действовало второе городское ревматологическое отделение на 60 коек, открытое по инициативе профессора Г.С. Мармалевской и заведующей городским ревматологическим центром Хониной О.Ф. Его возглавила В.А. Ждахина.

Период организации отделения требовал много сил и времени по подбору кадров, по оснащению отделения оборудованием и инвентарём, по организации диагностического и лечебного процесса. Главный врач больницы Десяткина Ольга Ивановна и начальник медицинской части Махлина Светлана Николаевна относились к этим проблемам с большим пониманием и оказывали существенную помощь в становлении отделения.

С момента открытия отделение являлось структурным подразделением ГРЦ и базой преподавания и научно-исследовательских работ кафедры терапии №2 СГМИ, руководимой до 1989 г. проф. Мармалевской Г.С., а с 1990 г. проф. Андреевым А.Н. Лабораторная диагностика, лекарственные терапия и методы лечения в отделении соответствовали высокому уровню того времени. В отделении присутствовал «дух новаторства». Врачи отделения первыми в городе освоили метод внутрисуставного введения лекарственных препаратов, внедрили метод внутрикостной электростимуляции, с успехом использовали в лечении лазерный аппарат «Ягода», аппарат «Лэнар», лампу «Бионика». Непосредственно в отделении и в условиях ПИТ проводились новаторские методы лечения: пульс-терапия гормонами и цитостатиками, плазмоферез и УФО крови. В отделении был обо-

*Сотрудники Екатеринбургского ГРЦ 2010 г.*

рудован кабинет реабилитации и трудотерапии для больных с заболеванием суставов.

Все сотрудники отделения активно участвовали в общественной жизни больницы, в культурных мероприятиях, субботниках, конкурсах на лучшего по профессии, неизменно занимая призовые места.

*Галина Борисовна Колотова*

Вспоминает Галина Борисовна Колотова – заместитель главного врача по медицинской помощи МУГБ №40, врач-ревматолог и врач-терапевт, д.м.н., Заслуженный врач России: «Я окончила лечебный факультет СГМИ в 1979 г., специальность – лечебное дело, сразу у меня была двухгодичная ординатура по внутренним болезням, после этого я трудоустроилась в 6-ую больницу, работала сначала врачом в неотложной терапии, потом в ревматологическом отделении, но я хотела всегда заниматься наукой. Тогда на базе 6-ой больницы кафедру терапии возглавляла профессор Г.С. Мармалевская, она предложила, и я пошла в очную аспирантуру. И с этого времени вся моя лечебная деятельность связана с ревматологией.

Галина Станиславовна была значимой фигурой в ревматологии, она была яркая, интеллигентная женщина. Помню, как она сказала мне: «Галочка, деточка, мы должны с тобой стать ревматологами». И в итоге я стала ревматологом. Она была лидером в 6-ой больнице, она задала целый ряд направлений, сегодня большинство действующих ревматологов – ее ученики. Она и Вера Александровна Ждахина – мои Учителя. Г.А. Мармалевская большой научный человек, а В.А. Ждахина-жесткий практик с хорошим мышлением. Я за ней ходила и училась всему, вместе мы смотрели больных, читали научную литературу.

*Врачи Екатеринбургского ГРЦ 2010 г.*

У меня кандидатская диссертация была связана с ревматическими пороками сердца, у нее было двойное направление – кардиология и рев-

матология. Эта тема была связана еще с кардиохирургией, я познакомилась с областной больницей, с пациентами, которым оперировали сердце, это был 1987 г. все только начиналось – имплантация клапанов, профессор Милослав Станиславович Савичевский был у меня научным консультантом по кандидатской. Много это мне дало.

После защиты я работала ассистентом на кафедре, затем доцентом, потом перешла в Управление здравоохранения г. Екатеринбурга, где работала главным терапевтом города, но никогда не оставляла ревматологию. Докторскую диссертацию я защитила, работая в Управлении, в то время я оставалась консультантом в ревматологическом отделении 6-й больницы, консультировала пациентов. У меня был большой задел по пациентам с ревматоидным артритом, я развивала это направление, продолжая набор материала на базе 6-ой больницы. Моя докторская была посвящена кардиологическим проблемам пациентов с ревматоидным артритом. У меня было два научных консультанта – профессор А.Н. Андреев, а по кардиологическому направлению – профессор И.Ф. Гришина. Защитилась в 2008 г.

Я сейчас еще совмещаю работу на кафедре терапии ФПК и ПП УГМУ, читаю лекции по ревматологии курсантам и в течение 6 лет работаю в 40 больнице, где также консультирую пациентов в ревматологическом отделении.

Я люблю ревматологию, так как она все время заставляет думать. Здесь представлен весь дифференциальный диагноз, мое убеждение – в ревматологию можно приходить только с хорошей клинической общетерапевтической подготовкой. Сейчас еще клиническая картина многих ревматических болезней так меняется, непросто одномоментно выйти на диагноз, поймать болезнь. И это интересно»[16].

В 2001 г. количество коек в ГКБ №6 было сокращено с 60 до 45, а с 2002 г. по приказу ГУЗо в результате реорганизации Городского ревматологического центра, отделение перестало быть его структурной составляющей, и было объединено с ГРЦ только функциональными связями.

В разные годы на базе отделения было выполнено 5 кандидатских диссертаций: врач РО ГКБ №6 Смоленская О.Г. – (1989 г.), ассистенты кафедры внутренних болезней №2 Колотова Г.Б. (1987 г.), Соколова Л.А. (1992 г.), Попов А.А. (1998 г.), Пирумян А.Г. (1999 г.). В последующие годы было защищено 3 докторских диссертации: в 2002 г. Соколова Л.А. –заведовала кафедрой скорой медицинской помощи УГМА, профессор; в 2008 г. Колотова Г.Б. – работала главным терапевтом Управления здравоохранения города, совмещая основную работу с преподаванием на ФУВе, профессор; в 2009 г. Попов А.А. – профессор кафедры внутренних болезней №2 УГМА.

[16] Интервью с Г.Б. Колотовой // Архив авторов.

*Артем Анатольевич Попов*

Рассказывает Артем Анатольевич Попов, 30 лет проработавший в 6-й больнице: «Если посмотреть на основную массу современных ревматологов, большая часть из них прошла через наше ревматологическое отделение. Тогда оно было на 60 коек, основано в 1986 г. После открытия межвузовского корпуса в терапии освободилось место, и Г.С. Мармалевская с В.А. Ждахиной организовали ревматологическое отделение. Там было все передовое по тем временам – первая в городе иммунологическая лаборатория, первое отделение терапевтической реанимации, первое в стране психиатрическое отделение в структуре соматической больницы пограничных состояний. Чем была хороша тогда 6-я больница, там все постоянно развивалось и открывалось что-то новое. У нас были практически все отделения терапевтического профиля, мы помогали коллегам из других отделений, консультируя больных, коллеги помогали нам. Когда началось сокращение здравоохранения, оптимизация, то от отделения в 60 коек оставили сначала 45, а потом в последние три года оставили 20 коек дневного стационара.

Сегодня сложнее стало преподавать и заниматься наукой, даже с пациентами сложно встречаться. Мы продолжаем работать, берем больных в многолетние протоколы, и они получают качественное лечение, то, которое возможно станет доступным еще через 5-10 лет. Но есть в этом плане хорошие перспективы, сейчас УГМУ готов поддержать больницу, и мы сможем открыть независимый Центр болезней костей и суставов. Проект пока больше виртуальный, но желание такое есть. Потребность в ревматологической помощи больше, чем то, что может предоставить практическое здравоохранение.

У нас много протоколов идет по ревматоидному артриту и по псориатическому артриту. Возможность участия в клинических протоколах для больных очень важна, так как новые высокоэффективные лекарственные препараты позволяют достичь ремиссии и жить с хорошим качеством жизни. Наша больница относится ко второму уровню, недостаточно аппаратуры, в больнице нет денситометра, но выручает то, что больница работает в кооперации с другими медицинскими организациями города».

Таким образом, ревматологическая служба г. Свердловска – Екатеринбурга, пройдя большой путь организации ревматологических кабинетов в ЛПУ города и единого ревматологического центра, к 2010 г. сформировалась по следующей структуре.

**СТРУКТУРА**
**РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ г. ЕКАТЕРИНБУРГА**
**2010 год**

| **Городское управление здравоохранения** |
|---|
| **Городская клиническая больница № 40** |
| **Городской ревматологический центр** |

| **амбулаторное отделение**<br>• консультативный приём<br>• орг.-метод кабинет<br>• каб. локальн. инъекц. терапии<br>• школа для пациентов | **стационарное отделение**<br>**30** ревматологических коек<br>(5А уровень) |
|---|---|

| **функциональные связи ГРЦ** | | | |
|---|---|---|---|
| 17 районных ревматологических кабинетов | Ревматологическое отделение ЦГБ№6<br>45 коек | ортопедические отделения УНИИТО, ГБ №36, ГКБ №24 | Областной кардио-хирургический центр |

Работа ГРЦ строится в соответствии с методическими рекомендациями Института Ревматологии РАМН, УГМУ, Приказами Минздрава РФ и Городского управления здравоохранения г. Екатеринбурга

Согласно Приказу №444 МЗ РФ от 27.06.2007 г., норма штатных должностей ревматологов для поликлиник определяется из расчёта 0,3 на 10 тыс. взрослого населения, норма специализированных коек из расчёта – одна ревматологическая койка на 15 тысяч взрослого населения.

В Екатеринбурге в 2009 г. было зарегистрировано около 1 млн. 300 тыс. человек взрослого населения. Следовательно, должно быть 86 коек и 39 штатных должностей ревматологов в поликлиниках.

По штатному расписанию в городе – 32,25 ставки врачей ревматологов, из них**:** 9 ставок стационарных (2 отделения) и 24,25 поликлинических, 4 из которых в амбулаторном отделениях ГРЦ. Стационарные ставки укомплектованы и используются полностью. Укомплектованность амбулаторного отделения ГРЦ в конце 2000-х гг. составляла 75%. Укомплектованность районными ревматологами – 84% (17 из 20,25), но было занято только 68% ставок (13,75 ставок в конце 2009 года).

28 работающих в те годы врачей были представлены разными поколениями: стаж работы до 5 лет имели 10% (3 врача), 5-10 лет – 18% (5 врачей), 10-20 лет – 54% (15 врачей), более 20 лет – 18% (5 врачей).

Работал один доктор медицинских наук – заведующая ГРЦ Попова Т.А. и один кандидат медицинских наук – ревматолог ЦГБ №7 Щепочкина Т.Е. Имели квалификационную категорию 75% ревматологов г. Екатеринбурга (21 врач), из них врачей высшей категории – 86%, первой категории – 14%.

Повышение квалификации врачей осуществляется в рамках обучения при прохождении ими первичной специализации и дальнейшего усовершенствования по ревматологии на ежегодно проводимых (с 1996 г.) циклах факультета усовершенствования врачей Уральского государственного медицинского университета, на городских конференциях, на ежемесячных советах ревматологов в ГРЦ, кроме того врачи Центра обучают молодых специалистов методике проведения внутрисуставных манипуляций.

За полвека численность диспансерной группы уменьшилась на 3888 чел. На конец 2009 г. она равна 1783 больным, 54% (958) из которых с прооперированными пороками сердца (в том числе у 53% – комиссуротомия и у 47% протезы клапанов). Удельный вес инвалидов увеличился по сравнению с 1963 г. в 4,6 раза и составлял 66% (в 1963 г. – 14,2 %).

В таблице 6 представлены показатели распространенности и заболеваемости основными болезнями костно-мышечной системы (БКМС) и ревматическими заболеваниями в г. Екатеринбурге за 15-летний период.

Таблица 6

**Динамика показателей распространённости и заболеваемости БКМС (на 1000 жителей) в г. Екатеринбурге за 15 лет (1994 – 2008 гг.)**

| Группа РБ | 1994 | | 1998 | | 2003 | | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Всего Первичных | На 1000 | Всего Первичных | На 1000 | Всего Первичных | На 1000 | Всего Первичных | На 1000 |
| **БКМС** | 80 593 | 71,6 | 74,961 | 74,1 | 71 083 | 66,6 | 98 591 | 87,0 |
| | 36 712 | 32,6 | 26,795 | 26,5 | 28 672 | 26,9 | 21 999 | 18,6 |
| **Реактивный артрит** | 676 | 0,6 | 490 | 0,49 | 1 005 | 0,9 | 805 | 0,7 |
| | | | | | 272 | 0,3 | 142 | 0,1 |
| **Ревматоидный артрит** | 2 251 | 2,0 | 2 123 | 2,1 | 1 894 | 1,8 | 2 099 | 1,8 |
| | 142 | 0,12 | 101 | 0,1 | 123 | 0,1 | 125 | 0,1 |
| **Остеоартроз** | 13 529 | 12,0 | 13 349 | 13,2 | 18 240 | 17,1 | 29 606 | 26,1 |
| | 7 104 | 6,3 | 4 550 | 4,5 | 6 803 | 6,4 | 5 644 | 5,0 |

| Группа РБ | 1994 | | 1998 | | 2003 | | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Всего Первичных | На 1000 | Всего Первичных | На 1000 | Всего Первичных | На 1000 | Всего Первичных | На 1000 |
| **ДБСТ** | | | 391 | 0,4 | 367 | 0,3 | 507 | 0,4 |
| | | | 14 | 0,01 | 53 | 0,4 | 35 | 0,04 |
| **Анкилозирующий спондилит** | 661 | 0,58 | 202 | 0,2 | 226 | 0,2 | 223 | 0,2 |
| | 96 | 0,058 | 98 | 0,096 | 10 | | 13 | |
| **Подагра** | 195 | 0,17 | 277 | 0,27 | 334 | 0,3 | 667 | 0,5 |
| | | | | | | | | |
| **Псориатический артрит** | 180 | 0,16 | 231 | 0,23 | 269 | 0,3 | 308 | 0,2 |
| | | | | | | | | |

Из таблицы видно, что:

- Продолжается рост всех БКМС (в абсолютных цифрах с 80,5 тысяч – в 1994 г. до 98,5 тысяч – в 2008 г.), хотя рост первичной заболеваемости снизился за этот период в 1,8 раза, диспансерная группа за эти годы увеличилась с 1535 до 1898 человек (+363).

- Главным образом рост заболеваемости происходит за счёт существенного роста зарегистрированных больных с остеоартрозом (с 13,5 тыс. до 29 тыс. и с 12 до 26,1 на 1000).

- Произошёл рост заболеваемости подагрой в 2,9 раза с 0,17 до 0,5 на 1000 (667 против 195 больных соответственно), псориатическим артритом в 1,3 раза.

- Реактивные артриты дают колебания в разные годы от 0,5 до 0,9 на 1000 населения.

- Заболеваемость анкилозирующим спондилоартритом стабилизировалась с 1997 г. на показателе 0,2 на 1000, ДБСТ на 0.3 – 0,4 на 1000 населения.

- Заболеваемость РА в последние 15 лет: общая от 2,1 до 1,8, первичная 0,1 на 1000.

- Соотношение больных РА по формам суставной и с висцеральными проявлениями все годы стабильно 2/3 : 1/3.

За десять лет (1999 – 2009 гг.) произошли изменения в структуре диспансерной группы больных РА по степеням активности: снизилось количество больных с высокой степенью активности с 11,2% до 5,0% и с умеренной степенью с 48% до 44%; соответственно увеличилось число больных с минимальной степенью активности с 30% до 36% и с ремиссией с 11%до 14%. Положительная динамика этих показателей, возможно, происходила за счёт: 1 – уточнения диагности-

ки степени активности, 2 – более дифференцированного подхода к назначению базисной терапии, как в увеличении % охвата (60% в 2009г. против 35% в 1999 г.), так и использования более эффективных препаратов для базисной терапии (в 2009 г. в качестве базисной терапии 66% пациентов получали метотрексат).

Успехи в лечении жителей Екатеринбурга врачи-ревматологи обобщали в научных исследованиях, в которых принимали активное участие, поскольку научно-практическая работа является одним из основных разделов работы ГРЦ. Она всегда осуществлялась под руководством и в содружестве с сотрудниками кафедр, работающих на базе специализированных ревматологических отделений. В результате этого сотрудничества в 1990-е – 2000-е гг. было написано и опубликовано в местной, центральной и зарубежной печати около 200 работ по различным разделам ревматологии, подготовлены и внедрены в практику методические пособия для врачей и пациентов по различным ревматическим болезням. С 2000-е гг. врачи ГРЦ принимали участие в Международных многоцентровых исследованиях различных лекарственных препаратов.

На базе ревматологических отделений сотрудниками кафедр и врачами было защищено 6 кандидатских диссертаций: Гринберг Н.Б. – зав. ревматологическим отделением ГКБ №40 (1984 г.), Смоленская О.Г. – врач РО ГКБ №6 (1989 г.), ассистенты кафедры внутр. болезней №2: Колотова Г.Б. (1987 г.), Соколова Л.А. – №2 (1992 г.), Попов А.А. (1998 г.), Пирумян А.Г. (1999 г.); 4 докторские диссертации: Попова Т.А. – зав. ГРЦ (2000 г.), Соколова Л.А. – профессор кафедры госпитальной терапии и скорой медицинской помощи (2002 г.), Колотова Г.Б. – главный терапевт ГУЗ (2008 г.), Попов А.А. – заведующий кафедрой госпитальной терапии и скорой медицинской помощи (2009 г.).

## Движение вперед: развитие ревматологии в Свердловской области в 2010-е гг.

Ревматологическая служба города и области в последние годы продолжает свое успешное и поступательное развитие. Наука идет рука об руку с практикой, благодаря чему новейшие научные разработки быстро внедряются в практическую медицину.

Так, еще в 2006 г. кафедрами профилактической и семейной медицины, а также кафедрой внутренних болезней № 2 УГМА были подготовлены «Клинические рекомендации по ведению больных с остеоартритом крупных суставов», разработанные на основе принципов доказательной медицины, выпущенные под эгидой Ассоциации врачей общей практики Российской Федерации и Ассоциации ревматологов России. Сотрудники УГМА принимали участие и в разработке «Клинических рекомендаций по остеопорозу» Российской Ассоциации по остеопорозу. На основании данных рекомендаций в 2012 году в Свердловской

*Уральский государственный медицинский университет*

области были разработаны и утверждены Министерством здравоохранения Свердловской области «Методические рекомендации по оказанию медицинской помощи больным остеопорозом в первичном звене здравоохранения» и клинико-организационное руководство «Оказание медицинской помощи больным остеоартритом в первичном звене здравоохранения».

Сегодня ревматологическая помощь в Свердловской области оказывается в соответствии с Порядком оказания помощи по ревматологии приказ №835-п от 30 июня 2014 г. «Об организации оказания медицинской помощи взрослым больным ревматическими болезнями в Свердловской области». В соответствии с порядками, при подозрении на ревматическое заболевание, в случае впервые выявленного ревматического заболевания, при обострении заболевания, при запланированных ревматологом повторных визитах для контроля состояния и коррекции лечения, при появлении новых симптомов и при нестандартном течении болезни для уточнения диагноза врачи общей практики, врачи-терапевты участковые и врачи других специальностей направляют больных на консультацию в кабинет врача-ревматолога. Ревматолог ревматологического кабинета осуществляет амбулаторное ведение больных ревматологического профиля. Для уточнения диагноза и проведения дифференциального диагноза, при неэффективности амбулаторного лечения, при обострении заболевания, при высокой активности заболевания, для подбора базисной терапии, решения вопроса о назначении генно-инженерных биологических препаратов больные направляются ревматологом в ревматологический центр. При отсутствии ревматолога по месту жительства пациенты направляются врачом первичного звена в ревматологический центр, который в этом случае выполняет функцию ревматолога ревматологического кабинета. В сложных случаях при наличии показаний для консультации, в том числе для решения вопроса о лечении генно-инженерными

биологическими препаратами, пациенты направляются на ревматологический Совет Свердловской области (в составе ревматологического Совета: Л. П. Евстигнеева, Т. А. Попова, Г. Б. Колотова, И. Г. Ивашова, А. М. Рахимьянова), который собирается не реже, чем один раз в квартал, а при наличии показаний для лечения в Федеральном учреждении здравоохранения пациенты направляются на госпитализацию в ФГБНУ НИИР имени В. А. Насоновой (г. Москва).

Вместе с тем, жизнь вносит свои коррективы. Реализации Порядков, как 10 лет назад, так и в настоящее время мешает недостаток ревматологов в Свердловской области. Исходя из норматива (1 ревматолог на 50 000 взрослого населения) число ревматологов в амбулаторной службе составляет 57% от требуемого. При этом обеспеченность ревматологами не только мала, но и неравномерна и достигается за счет муниципального образования «город Екатеринбург». В других городах Свердловской области обеспеченность ревматологами составляет 50% от должной. Средний возраст ревматологов – 48 лет. К настоящему времени ревматологи имеются только в Краснотурьинске, Ирбите, Первоуральске, Асбесте, Березовском, Нижнем Тагиле, Каменск-Уральском, Новоуральске, Лесном. Для всех других территорий существует очередь на консультативный прием в областную клинико-диагностическую поликлинику, которая составляет несколько месяцев. Идея о создании окружных ревматологических центров, которые бы взяли на себя большую часть больных, оказывая им своевременную медицинскую помощь, осталась нереализованной.

Стационарная ревматологическая помощь в настоящее время осуществляется на койках круглосуточного и дневного стационара. Число круглосуточных ревматологических коек снизилось со 125 в 2010 году до 79 в 2018 г. (ГКБ№40 МАУЗ – 24 койки, Демидовская ЦГБ г. Н. Тагил – 15 коек, ГБ г. Первоуральск – 5 коек, СОКБ №1 – 35 коек). При этом снижение коек круглосуточного стационара частично компенсировано перепрофилированием коек круглосуточного стационара в койки дневного стационара в муниципальном бюджетном учреждении «Центральная городская клиническая больница № 6». Дневной стационар ревматологического профиля МБУ «ЦГКБ №6» организован и функционирует с 01.04.2015 г. Заведующая отделением – Антипова Ольга Евгеньевна. Отделение развернуто на 20 пациенто-мест и работает в 2 смены. Помимо этого, в Свердловской области функционируют койки дневного стационара для проведения лечения генно-инженерными биологическими препаратами и поддерживающей терапии циклофосфамидом с однодневными госпитализациями. При наличии показаний к госпитализации пациенты с артритами также могут быть госпитализированы в стационары терапевтического профиля с проведением лечения по рекомендации ревматолога. В таблице 7 представлена динамика коечного фонда по ревматологии за последние 17 лет.

Таблица 7

**Динамика числа ревматологических коек в Свердловской области 2000 – 2017 гг.**

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2009 | 2012 | 2014 | 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Всего | 155 | 175 | 145 | 175 | 130 | 140 | 144 | 79 |
| ОКБ №1 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| ГКБ №40 | 60 | 60 | 30 | 30 | 30 | 30 | 29 | 24 |
| ГКБ №6 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 20* |
| Нижний Тагил | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Краснотурьинск | - | 20 | 20 | 20 | - | - | - | - |
| Первоуральск | - | - | - | 30 | 5 | 15 | 10 | 5 |

* Койки дневного стационара

Несмотря на сокращение числа круглосуточных коек в Свердловской области к 2018 году, ожидание на госпитализацию в стационар небольшое и составляет от нескольких дней до 3 недель в зависимости от сезона. Другое дело – поликлиника. Несмотря на то, что в областной клинико-диагностической поликлинике за последние 20 лет с 1998 по 2018 гг. число ревматологов возросло с 3 до 7 человек, включая хозрасчетный прием, очередь на консультацию составляет несколько месяцев, что связано с большим числом пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, необходимостью в мониторировании течения заболевания и повторных консультациях, нехватки ревматологов в области.

Отдаленность части территорий от областного центра и отсутствие ревматологов в большинстве территорий Свердловской области потребовало создания телеконсультативной сети. С каждым годом телеконсультации все больше востребованы врачами области. Так, если в 2009 г. было проведено 19 телеконсультаций, то в 2018 г. – 300. Проведение телемедицинских консультаций особенно оправдано для отдаленных территорий, так как позволяет части пациентов получить рекомендации, не приезжая в областную поликлинику, другой части пациентов – достаточно быстро получить направление на госпитализацию в ГБУЗ СОКБ №1, не дожидаясь очереди плановой очной консультации в областную клинико-диагностическую поликлинику.

Заболеваемость и распространенность заболеваний костно-мышечной системы в Свердловской области, как и в РФ, остается на высоком уровне. Из отчетов по заболеваемости взрослого населения России и Свердловской области получена информация о числе больных, страдающих болезнями костно-мышечной системы. В статистических отчетах Министерства здравоохранения Россий-

ской Федерации и Свердловской области имеется информация лишь о шести заболеваниях: ревматоидный артрит, реактивные артропатии, спондилопатии, системные поражения соединительной ткани, остеоартрит и остеопороз. Следует отметить, что эти данные отражают заболеваемость лишь по обращаемости в лечебные учреждения на основании учетной формы №12, а не реальные показатели распространенности и заболеваемости. Вместе с тем, единая форма отчетности в РФ, используемая без изменений в течение длительного времени, позволяет оценивать заболеваемость в динамике и сравнивать региональные данные с российскими. Данные о заболеваемости взрослого населения в Свердловской области представлены в таблице 8.

Таблица 8

**Заболеваемость ревматическими заболеваниями в Свердловской области в 2013-2017 гг.**

| | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ревматоидный артрит | Всего | 7436 | 6986 | 6932 | 7917 | 8 332 |
| | Впервые в жизни | 712 | 652 | 701 | 839 | 750 |
| Реактивные артрит | Всего | 1819 | 1776 | 1499 | 1554 | 1 314 |
| | Впервые в жизни | 452 | 466 | 336 | 385 | 389 |
| Спондилоартрит | Всего | 2304 | 2022 | 2025 | 2687 | 2834 |
| | Впервые в жизни | 414 | 370 | 709 | 694 | 764 |
| Псориатический артрит | Всего | - | - | 231 | 546 | 406 |
| | Впервые в жизни | - | - | 36 | 30 | 46 |
| Системные поражения соединительной ткани | Всего | 1369 | 1455 | 1327 | 1787 | 1 699 |
| | Впервые в жизни | 122 | 155 | 116 | 211 | 239 |
| Остеоартроз | Всего | 96675 | 95164 | 100656 | 101363 | 108 002 |
| | Впервые в жизни | 26366 | 22631 | 20893 | 25110 | 23 900 |
| Остеопороз | Всего | 6102 | 6250 | 6517 | 5368 | 5 993 |
| | Впервые в жизни | 936 | 957 | 892 | 1093 | 1 029 |

Как видно из таблицы, в течение последних нескольких лет немного уменьшилось число пациентов с реактивным артритом и увеличилось число пациентов со спондилоартритом. Это связано с изменением подходов к диагностике этих заболеваний и проведением образовательных программ для ревматологов по вопросам диагностики и классификации спондилоартритов: у части пациентов с ранее диагностированным реактивным артритом, диагноз в последующем был

пересмотрен в пользу спондилоартрита. Следует также отметить рост в течение последних двух лет заболеваемости ревматоидным артритом и системными поражениями соединительной ткани. Число пациентов с остеопорозом по статистическим данным мало, но оно занижено и не соответствует действительности, так как в статистический отчет попадают пациенты с остеопорозом только в тех случаях, когда они обратились с этим заболеванием на специализированный прием. Пациенты, имеющие остеопороз как сопутствующее заболевание, при обращении по другому поводу в отчеты по остеопорозу не попадают.

Данные заболеваемости Свердловской области сопоставлены с данными РФ 2015-2016 гг. Данные представлены в таблице 9.

Таблица 9

**Заболеваемость ревматических заболеваний в России и Свердловской области за 2015-2016 год из расчета на 1 тыс. взрослого населения**

| | | РА | РеА | СП | ПсА | СПСТ | ОА | ОП |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Россия в целом | 2015 г. | 2,5 | 0,4 | 0,9 | 0,2 | 0,5 | 36,9 | 1,3 |
| | 2016 г. | 2,5 | 0,6 | 1,0 | 0,2 | 0,5 | 36,5 | 1,3 |
| Свердловская обл. | 2015 г. | 2,1 | 0,4 | 0,6 | 0,1 | 0,4 | 30,2 | 2,0 |
| | 2016 г. | 2,4 | 0,4 | 0,8 | 0,2 | 0,5 | 30,6 | 1,6 |

Сравнение Свердловской области с РФ показывает сопоставимые показатели, но с несколько меньшей заболеваемостью РА, РеА, СП, ОА и немного большей заболеваемостью ОП в Свердловской области по сравнению с российскими данными.

Интересным представляется сравнение данных 2017 г. с данными 2000 и 2009 годов, которые ранее представила Ольга Федоровна Рябицева.

Таблица 10

**Общая и первичная ревматологическая заболеваемость (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) на 1000 населения (взрослые и дети) в Свердловской области с 2000 по 2017 гг.**

| 2000 | 2009 | 2017 |
|---|---|---|
| **Общая заболеваемость** | | |
| 75,3 | 102,5 | 115,5 |
| **Первичная заболеваемость** | | |
| 25,5 | 32,3 | 29,8 |

Из данных таблицы видно, что общая заболеваемость ревматическими болезнями за 17 лет в Свердловской области продолжила рост, который составил 153,4%. При этом первичная заболеваемость с 2000 года изменилась мало. Это можно объяснить ростом продолжительности жизни больных ревматическими заболеваниями и «накоплением» их числа в популяции, то есть увеличением распространенности при небольшом росте первичной заболеваемости.

*Аделина Михайловна Рахимьянова*

Это – взрослые больные. Но никуда не исчезли и дети, страдающие ревматическими заболеваниями. С момента разделения «детской» и «взрослой» ревматологии в конце 1980-х – начале 1990-х гг. маленьких пациентов со всей Свердловской области лечат в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1». Рассказывает главный внештатный детский специалист-ревматолог, заведующая отделением ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» Аделина Михайловна Рахимьянова: «Средний возраст заболеваемости артритом в Свердловской области снижается. Некоторые ревматические недуги, которые нередко могут привести к фатальному исходу, распознают даже у грудных детей. Однако такой статистики бояться не стоит. Медицина в этом плане шагнула далеко вперед и позволяет достигнуть полного выздоровления. Главное – вовремя распознать заболевание. Наиболее распространенное заболевание – это ювенильный ревматоидный артрит, при котором поражаются суставы. Есть вариант ЮРА, относящийся к орфанным (жизнеугрожающим) состояниям, которые могут привести к тяжелым последствиям. Поэтому очень важна своевременная диагностика заболевания, назначение терапии для сохранения качества жизни пациента.

*Областная детская клиническая больница г. Екатеринбург*

Чаще дебют заболевания приходится на 3-5 лет. Отмечаются случаи, когда это происходит раньше. Так, в нашей области самый ранний случай начала проявления системного варианта

ювенильного ревматоидного артрита отмечен у малыша в возрасте 5,5 месяцев. Это очень сложные заболевания, они имеют общую сходную клинику с тяжелыми инфекционными, а порой, и онкологическими заболеваниями. Огромную роль играет раннее выявление симптомов и обращение к специалисту.

Терапия зависит от варианта и тяжести течения заболевания. Когда появляются первые симптомы, пациенты обращаются к педиатру по месту жительства. Там проводится первичную диагностику, исключают инфекционные заболевания, которые могут сопровождаться вовлечением суставов в процесс. Назначается симптоматическая терапия. В дальнейшем, когда симптоматика сохраняется и не выявлено какой-либо причины данного состояния, пациент направляется в специализированное отделение для дальнейшего обследования и лечения.

Сегодня диагноз ревматического заболевания не является приговором. В арсенале врача-ревматолога, в том числе и в ГБУЗ СО «ОДКБ№1», есть широкий арсенал лекарств, в том числе и генно-инженерные биологические препараты, которые используются в мире.

Тяжелые пациенты лечатся в круглосуточном стационаре. В дневном стационаре пациенты с подтвержденным диагнозом и назначенным курсом лечения. В последний дети приходят с определенным интервалом, чтобы ревматолог-профессионал посмотрел их, провел обследования и подтвердил или скорректировал лечение. Важным этапом лечения является реабилитация.

Прогноз заболевания наполовину зависит от медикаментозной терапии и наполовину – от реабилитации, самого пациента и его родителей. После лечения в стенах больницы ребенок уезжает домой и ведет обычный образ жизни, но про упражнения ему ни в коем случае нельзя забывать.

У нас есть зал лечебной физкультуры и инструкторы. Мы хотим, чтобы реабилитация и гимнастика стали для них стандартом поведения. Если пациент не будет делать упражнений, полного успеха добиться не удастся. Поэтому положиться только на лекарственные препараты нельзя, ведь нет ни одной чудодейственной таблетки, которая сразу ставит на ноги. Необходимо, чтобы физическая культура у наших пациентов стала стандартом поведения. Гимнастика зависит от того, какие суста-

вы поражены, и какая функциональная недостаточность на данном этапе заболевания. А возраст пациента на спектр упражнений существенно не влияет.

За год (в 2017 г.) в круглосуточном стационаре наблюдались 300 пациентов, еще 700 детей лечились на дневном стационаре. По сравнению с прошлыми годами, это, безусловно, несколько больше. Много факторов накладывают свой отпечаток на это, в том числе и увеличение выявляемости данной категории больных уже на ранних этапах. Ревматические заболевания – это аутоимунные заболевания. Их могут запустить: инфекция, стрессовая ситуация или травма.

*Лишь один укол – и боль пройдет на год*

Примерно 20 лет назад в арсенале лечения пациентов с ревматическими болезнями были два препарата: метотрексат и гормоны. Данная терапия не всегда контролировала активность воспалительного процесса, не могла удержать состояние ремиссии на длительный период времени. Потом наступила эра генно-инженерной биологической терапии. Пациенты имеют длительную ремиссию, ведут активный образ жизни, практически не отличающийся от сверстников. В настоящее время уже проводится диагностика на генетическом уровне, а в будущем, наверное и терапия изменится, а когда-то исчезнет необходимость и лекарственной терапии.

Эти препараты, конечно, стоят намного дороже предыдущих. Затраты на лекарства иногда доходят до полутора миллионов рублей и выше. Однако Министерство здравоохранения Свердловской области всегда обеспечивало пациентов необходимыми препаратами. И ни разу не было каких-либо перебоев или проблем при поставке медикаментов. Благодаря этому пациенты рано переходят в ремиссию. Наука идет дальше, и вполне возможно, что в ближайшее время неизлечимых болезней не будет. Уже сегодня медицина позволяет людям на своих ногах вступать во взрослую жизнь. Например, был у нас один пациент, которого привезли с самолета на коляске с переломом позвоночника и очень тяжелым ходом заболевания. Однако, когда мы его в 18 лет передали обратно, он уже стоял в спарринге на боксерском ринге и играл в волейбол».[17]

[17] Аделина Рахимьянова, детский ревматолог: «Болезни молодеют. В Свердловской области самому маленькому больному артритом 5,5 месяцев» URL: http://ekaterinburg.bezformata.ru/listnews/samomu-malenkomu-bolnomu-artritom/64198954/ (дата обращения: 30.07.2018).

*Ревматологи стационара ОКБ №1*

Число ревматологов, работающих в поликлиниках и стационарах Свердловской области, в течение последних 10 лет остается относительно стабильным. Так, в 2016 году, также, как и 10 лет назад, число ревматологов во взрослой сети, работающих в медицинских организациях Свердловской области, составляло 52 чел., со снижением в 2010 году до 48 и повышением в 2012 году до 54 чел. К 2017 году число ревматологов вновь снизилось до 48 чел. Большинство из них работают в ревматологических кабинетах поликлиник (34 чел.). Еще 14 ревматологов работают в ревматологических отделениях стационаров. Большую помощь ревматологической службе оказывает Уральский государственный медицинский университет, не только поставляя новые кадры, но и укрепляя ревматологическую службу своими высоко профессиональными специалистами-ревматологами. Так, 11 сотрудников УГМУ, 7 из которых – доктора медицинских наук, 4 – кандидаты медицинских наук ведут консультативную работу в лечебных учреждениях Екатеринбурга. Определенный вклад в консультативную помощь вносят также ревматологи, работающие на хозрасчетных приемах в поликлиниках. Вместе с тем, как уже было сказано, фактическое число ревматологов не покрывает имеющуюся потребность.

Говоря о ревматологической службе, нельзя не отметить роль отдельных ревматологов, выведших ее на современный уровень. Большой вклад в развитие ревматологии внесла д.м.н., профессор Ольга Михайловна Лесняк – Президент Российской ассоциации по остеопорозу, член Президиума Ассоциации врачей общей практики РФ, член профильных комиссий по ОВП и ревматологии Минздрава РФ, член редакционных советов журналов «Лечащий врач», «Научно-практическая ревматология», «Боль, суставы, позвоночник», «Клиницист»,

«Российский семейный врач», «Эффективная фармакотерапия», «Остеопороз и остеопатии». Под ее руководством защищено 27 кандидатских и 3 докторских диссертации. Ольга Михайловна – автор 625 научных публикаций, 2 монографий, 12 глав в национальных руководствах по общей врачебной практике, гериатрии и остеопорозу, главный редактор Национального Руководства по общей врачебной практике, клинических рекомендаций Российской ассоциации по остеопорозу, Руководства по остеопорозу, Руководства «Фармакотерапия. Ревматология», перевода на русский язык 4 монографий по ревматологии.

Ольга Михайловна всегда являлась генератором идей с широким кругом научных интересов, организатором целого ряда направлений в ревматологии. На кафедре профилактической и семейной медицины Уральского государственного медицинского университета усилиями О. М. Лесняк был создан сертификационный цикл по ревматологии, организовывались конференции, проводились образовательные мероприятия, учебно-методическая работа.

*Людмила Петровна Евстигнеева*

«Как пример, помню создание направления по доказательной медицине, – вспоминает главный внештатный ревматолог Свердловской области Людмила Петровна Евстигнеева. – В то время около 22 – 24 лет назад было мало доступной и понятной информации по статистике и доказательной медицине. Ольга Михайловна привезла книгу С. Гланца по медико-биологической статистике на английском языке, состоящую из 12 глав и нам (в то время молодым исследователям) было дано задание перевести по одной главе из этой книги, и доступно, сопровождая рисунками и примерами, пересказать всем остальным. Примерно через год, когда мы прочитали и разобрали весь первоисточник по главам, в печати появился переводной вариант на русском языке, но проведенная работа не прошла бесследно: мы получили глубокие знания по статистике, научились работать с иностранной литературой, получили уроки самообразования и преподавания. В ревматологическом отделении областной больницы Ольга Михайловна консультировала всех проблемных, непонятных и сложных больных. После ее консультации, какая бы ни была сложность случая, все «раскладывалось по полочкам», определялась дальнейшая тактика. Будучи профессором кафедры пропедевтики внутренних болезней, Ольга Михайловна показывала пример общения с больным, внимательного и уважительного отношения к пациенту и его мнению, мастер-класс обследования больного физическими методами»[18].

[18] Интервью с Л.П. Евстигнеевой // Архив авторов.

С 2002 по 2014 год О.М. Лесняк руководила кафедрой семейной медицины УГМУ, с 2013 г. стала профессором кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, в связи с чем, переехала в Санкт-Петербург.

Одним из ведущих направлений ее деятельности в годы руководства кафедрой семейной медицины было изучение и профилактика такого опасного заболевания, как остеопороз. Долгие годы О.М. Лесняк была вице-президентом Российской ассоциации по остеопорозу, а в сентябре 2010 г. в Санкт-Петербурге на IV Российском конгрессе по остеопорозу Ольга Михайловна была единогласно избрана Президентом Российской ассоциации по остеопорозу. В 2014 году награждена специальной грамотой Президента Международного Фонда остеопороза «за выдающийся личный вклад в работу Международного Фонда остеопороза».

Её научная деятельность была направлена на изучение эпидемиологии и фармакоэкономики ревматических заболеваний, в частности остеопороза. Ольга Михайловна являлась координатором ряда крупных научных многоцентровых эпидемиологических исследований: «Свердловское популяционное исследование основных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития (СПИНОЗА)», российское многоцентровое исследование «Образовательные программы для пациентов с остеопорозом», «Международное исследование социально-экономических последствий остеопоротических переломов (ICUROS)», международное многоцентровое исследование «Эпидемиология остеопоротических переломов в странах Евразии (ЭВА)». Неоднократно выступала на российских и международных съездах и конференциях.

Благодаря её энергии на борьбу с этим опасным недугом удалось сплотить не только ревматологическое сообщество Свердловской области, но и привлечь большое число врачей других специальностей и гражданских активистов, представляющих самые разные профессии: журналистов, деятелей культуры, предпринимателей, политиков. В этой связи Екатеринбург и Свердловская область стали одними из признанных общероссийских центров изучения и профилактики остеопороза.

Уральские ревматологи проводят большую общественную работу по профилактике остеопороза среди населения. Вот уже больше 10 лет проходят в свердловских библиотеках и торговых центрах Дни молока, собирающие огромную аудиторию. Там врачи рассказывают про остеопороз, про его лечение и профилактику, специалисты проводят различные мастер-классы как по скандинавской ходьбе, так и по лечебной физкультуре. В эти дни посетители участвуют в различных викторинах, а победители получают бесплатные направления на денситометрию. Кроме этого, для них накрывают «молочный стол». В международный день остеопороза 20 октября врачи ежегодно проводят в школах или спортивных

центрах бесплатно денситометрию и консультацию врача. Такая акция проходила и в Законодательном Собрании Свердловской области.

Вот, к примеру, как проходили мероприятия, связанные с Днем остеопороза, в 2014 г.: «В телевизионной передаче «Утренний экспресс» был дан анонс мероприятий. 20 октября 2014 г. в ТРЦ «Алатырь» прошел тест-опрос населения города Екатеринбурга. Клинические ординаторы и практикующие врачи провели «Минутный тест для определения риска развития остеопороза». Покупателям ТРЦ «Алатырь» предложили пройти несложный тест – за одну минуту ответить на ряд вопросов, направленных на выявление факторов риска развития остеопороза. Утвердительные ответы означают, что у Вас присутствуют факторы риска, которые могут привести к остеопорозу или перелому. Как избежать остеопороза? Как не допустить того, чтобы случился перелом? Все, у кого во время опроса были выявлены 3 и более факторов остеопороза, приглашены на прохождение бесплатной денситометрии – исследования минеральной плотности костной ткани с последующей консультацией врача. Всего приняли участие в тестировании 38 человек».

23 октября Российская Ассоциация по остеопорозу провела в екатеринбургской библиотеке имени Паустовского День молока. В библиотеку приехали горожане со всех концов Екатеринбурга, более 50 человек. Врач-специалист по остеопорозу, кандидат медицинских наук Елена Марковна Эйдлина рассказала об этой грозной болезни, о ее лечении и профилактике. А представители Уральского центра кинезитерапии Василий Широков и Светлана Астахова рассказали, как с помощью движения и специальных тренажеров сохранить свое здоровье и пригласили всех в центр на занятия в группах здоровья. И еще показали специальный комплекс упражнений для шейной гимнастики. А затем по традиции всем участникам Дня молока предложили молочный стол. Люди долго не расходились, ведь у них была уникальная возможность получить бесплатную консультацию врача и задать свои вопросы.

24 октября в 12 часов в школе № 200 РАОП провела бесплатную денситометрию для учителей. Обследовано 45 человек. А 25 октября с 10 до 14 часов для посетителей Уральского центра кинезитерапии также прошла бесплатная денситометрия и консультация врача. Обследовано 44 человека. К слову ска-

*О.М. Лесняк выступает перед коллегами*

зать, за два дня исследований у 28 человек был выявлен остеопороз. Подобные мероприятия прошли и в г. Каменск-Уральский»[19].

*Международный день борьбы с остеопорозом в Екатеринбурге*

Совместно с Министерством торговли Свердловской области врачи проводили Праздники здоровья в детских оздоровительных лагерях: это и спортивные состязания, и познавательные викторины.

А в Екатеринбурге главный ревматолог Свердловской области Л.П. Евстигнеева организовала «Остеоклуб», на котором ежеквартально встречаются врачи разных специальностей и обсуждают различные вопросы, связанные с остеопорозом, его профилактикой и лечением, разбирают сложные клинические случаи. Члены «Остеоклуба» проводят в свердловских поликлиниках для своих коллег тематические образовательные лекции, выступают на телевидении и радио[20].

После отъезда О.М. Лесняк в 2013 г. продолжателем образовательной деятельности по ревматологии на кафедре профилактической и семейной медицины УГМУ стали к.м.н. Анастасия Сергеевна Михайлова, затем к.м.н. врач высшей категории Елена Юрьевна Ган. Они привнесли много нового в цикл по ревматологии, систематизировав и разнообразив его, разработали лекции с учетом современных достижений отечественной и зарубежной ревматологии. После переезда в Москву А.С. Михайловой основную нагрузку по организации цикла по ревматологии взяла на себя Е.Ю. Ган.

Большую образовательную работу в ревматологии проводят профессора Уральского государственного медицинского университета Ольга Вячеславовна Теплякова и Артем Анатольевич Попов. Ольга Вячеславовна работает в ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава РФ в должности профессора кафедры поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики. В 2000 г. ею защищена кандидатская диссертация по специальности ревматология, в 2011 г. – диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям внутренние болезни и ревматология. В 2010 и 2014 гг. – получены сертификаты EULAR по ревматологии, в 2014 г. – по педиатрической ревматологии. С 2001 г. Ольга Вячеславовна работает ревматологом в МО «Новая больница» г. Екатеринбурга и является научным руководителем амбулаторно-поликлинической службы

[19] Международный день остеопороза в Екатеринбурге URL: http://www.osteoporoz.ru/content/view/1675/

[20] Текущий архив «Остеоклуба» г. Екатеринбург.

*День молока в библиотеке №6 им. К.Г. Паустовского в Екатеринбурге, 2016 г.*

данного учреждения. Под руководством Ольги Вячеславовны защищены три кандидатских диссертации, из них две – по специальности – ревматология, она является автором около 210 публикаций, читает до 15 докладов ежегодно на конференциях различного уровня. Ее лекции и доклады всегда интересны, содержательны и полезны практикующим ревматологам. Ольга Вячеславовна организовала ревматологическое общество с ежемесячными заседаниями и разбором актуальных вопросов ревматологии, оказывает информационную поддержку ревматологам города и области, оперативно консультируя их по любым вопросам.

*Ольга Вячеславовна Теплякова*

«Ревматология – самая лучшая дисциплина, здесь знать надо все,- рассуждает Ольга Вячеславовна Теплякова. – Нужно знать смежные дисциплины, травматологию, ортопедию, хирургию, реаниматологию. У нас была очень сильная Школа по ревматологии – Галина Станиславовна Мармалевская, Ольга Федоровна Хонина, Августа Васильевна Иванова. Они привлекли много учеников, которые защищали диссертации по ревматологии.

Я считаю, что ревматология – это амбулаторная служба на 99%. Меня увлекла именно амбулаторная служба. Мое мнение, все вопросы должны решаться именно там. Если у меня за год проходит 1200-1300 пациентов, укладываю в стационар 2-3 пациентов. Все остальное должно лечиться амбулаторно»[21].

Артем Анатольевич Попов, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России является соавтором Клинических рекомендаций по диагностике лечению остеоартрита для

[21] Интервью с О.В. Тепляковой // Архив авторов.

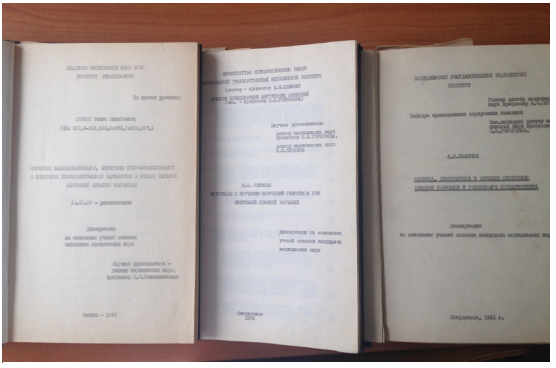
*Артем Анатольевич Попов и Ольга Вячеславовна Теплякова*

врачей общей практики, автором более 300 печатных работ, членом группы переводчиков последней редакции практического руководства «Секреты ревматологии», имеет сертификаты EULAR по ревматологии. Артем Анатольевич вносит большой вклад в непрерывное образование ревматологов, выступая с лекциями и докладами на конференциях разного уровня. Имея глубокие знания по многим разделам медицины, большую эрудицию, знание отечественной и зарубежной литературы Артем Анатольевич в своих докладах раскрывает самые разнообразные вопросы ревматологиии и внутренней медицины.

В связи с большой распространенностью и заболеваемостью ревматическими заболеваниями и нехваткой ревматологов важная роль в выявлении и ведении пациентов ревматологического профиля отводится терапевтам. Обучение терапевтов вопросам ревматологии проводится на кафедре терапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки, где лекции по ревматологии для терапевтов читает доктор медицинских наук Галина Борисовна Колотова.

Свердловская область вправе гордиться своими учеными и их научными достижениями. Научно-исследовательская работа проводилась по разным направлениям ревматологии. Научные работы, проводившиеся под руководством профессора Б.П. Кушелевского, посвящены изучению ревматизма у рабочих промышленных предприятий, ревматическому коронариту, ревматизму у беременных, артериальной гипертензии у больных ревматическими пороками сердца, антикоагулянтной терапии при пороках сердца. Отдельные вопросы ревматизма изучались Масловой Л. А. (медицинская реабилитация), П. А. Сарапульцевым (состояние поджелудочной железы), А. В. Митрошиной (тромбоэмболические осложнения), Н. С. Порошиной (комплексное иммунологическое исследование), Е. И. Ковальчук (функциональное состояние сердца). Особенности течения ревматизма после протезирования митрального клапана представлены в диссертации Г. Б. Колотовой. Н. И. Кустова занималась вопросами ранней диагностики поражения сердца при ревматической лихорадке, изучала вопросы иммунных реакций и их клинического значения при ревматизме. Защищены кандидатские и докторские диссертации по системной красной волчанке с изучением клинической картины, иммунологии, генетики, на-

рушения гемостаза, лечения СКВ (А. В. Иванова, О. М. Лесняк, П. А. Тинигин, Н. Я. Якимова). Целый ряд диссертаций посвящен эпидемиологии остеопороза, с изучением распространенности, факторов риска, последствий, диагностики, социально-экономической значимости заболевания, а также вопросам фармакоэкономики, медикаментозного и немедикаментозного лечения (Л. И. Кузьмина, Е. В. Кузнецова, Л. П. Евстигнеева, С. А. Бахтиярова, Д. О. Михайлова, Е. Н. Гладкова, Ю. Ф. Лесняк). Вопросы течения патологии внутренних органов в зависимости от динамики минеральной плотности кости представлены в работе М. И. Фоминых. Изучалась эпидемиология остеоартроза, клиническая эффективность рекомендаций по диагностике и лечению остеоартроза, эффективность образовательных программ при остеоартрозе, вопросы локальной терапии препаратами гиалуроновой кислоты, дифференцированная терапия полиостеоартроза у женщин в климактерическом периоде, остеоартрит суставов кистей (Н. Н. Крохина, Д. М. Максимов, П. С. Пухтинская, А. С. Михайлова, А. В. Сарапулова, А. А. Попов). Проведены научные исследования и защищены диссертации по эндокринно-ревматологическому направлению при системной красной волчанке, остеоартрите, неспецифическом аортоартериите, ревматоидном артрите (Л. А. Шардина, Е. А. Шубникова, В. Н. Естехин, О. В. Теплякова). Вопросы неспецифического аортоартериита изучены в работах Е. А. Праскурничего, Т. В. Ждановой. Исследования по клинике, эпидемиологии и лечению Лайм-боррелиоза проведены О. М. Лесняк, Н. Ф. Климушевой, Е. Н. Бессоновой, Е. Э. Лайковской, Н. С. Барановой. Несколько работ были посвящены вопросам антифосфолипидного синдрома (АФС): патология почек при АФС, клинико-нейрорадиологические аспекты поражения головного мозга при АФС



*Диссертации по ревматологии на кафедре пропедевтики внутренних болезней были объемными не только по содержанию, но и по толщине рукописей, печатались на печатных машинках, не допускались исправления*

(Е. Е. Калинина, А. Э. Цориев). Проводились научные исследования и защищены диссертации по темам хронической генерализованной боли (О. Н. Стороженко, А. Г. Солодовников), болезни Шегрена (М. Ф. Безуглов, Е. Ю. Ган), системной склеродермии (Н. Б. Гринберг). Ряд исследований посвящен изучению кардиологических аспектов ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита (Г.Б.Колотова, Т.А.Попова), а также оценке качества жизни и комплаентности при спондилоартрите (Кузнецова Н.А.). Изучались различные аспекты ревматоидного артрита: приверженность лечению (О. Ф. Рябицева), поражение почек при ревматоидном артрите (Т. В. Бехтер). Артриты, связанные с инфекцией, изучались А.Г. Пирумяном, Л.А. Соколовой, результаты исследований представлены в ее кандидатской и докторской диссертациях. Вопросы гиперурикемии, подагры и ИБС освещены в диссертации О. Г. Смоленской. Воспаление при реактивном артрите и спондилоартрите изучалось Д. В. Ивановым. Вопросы суставного синдрома у ликвидаторов аварии на ЧАЭС представлены в докторской диссертации О. В. Тепляковой. А. А. Попов изучал комплаентность терапии и качество жизни женщин с остеоартрозом и остеопорозом.

Ряды ревматологов понемногу, но непрерывно пополняются новыми кадрами, получившими первичную подготовку или ординатуру по ревматологии на кафедре профилактической и семейной медицине УГМУ. Отрадно, что ряды молодых ревматологов пополняют ревматологическую службу не только Екатеринбурга, но и области. Так, за последние годы открылись ревматологические кабинеты в Ирбите (ревматолог Игорь Витальевич Пономаренко), Каменск-Уральском (ревматолог Екатерина Сергеевна Добрыдина), в течение трех лет проработала ревматолог в Серове (ревматолог Дарья Сергеевна Толстова). Планируется открытие ревматологического кабинета в Красноуфимске. Работа ревматолога в городах, отдаленных от Екатеринбурга, (когда рядом нет консультантов и коллег-ревматологов, хуже доступность диагностических методов, большая лечебная нагрузка), более сложна, чем ревматолога Екатеринбурга. Для ревматологов области важно самосовершенствование с учетом плохой доступности к образовательным мероприятиям, проводимым в Екатеринбурге, правильная организация работы и взаимодействие с терапевтами и врачами первичного звена. Хотелось бы особо отметить ревматолога г. Первоуральска Ксению Георгиевну Авраменкову, ревматолога г. Новоуральска Ольгу Борисовну Жарову и ревматолога г. Каменск-Уральского Екатерину Сергеевну Добрыдину, проводящих не только лечебную, но и организационно-методическую работу, и поблагодарить их за ответственное, внимательное и неравнодушное отношение к пациентам и к своему делу.

Все большее применение находят генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), которые произвели настоящую революцию в лечении и радикаль-

*Областная консультативно-диагностическая поликлиника*

*Кабинет терапии ГИБП*

но изменили прогноз у наиболее тяжелых, ранее практически некурабельных пациентов с ревматическими заболеваниями. Большую роль в этом вопросе сыграл открытый в мае 2006 г. в Областной клинической больнице №1 Центр антицитокиновой терапии, возглавляемый Ольгой Федоровной Рябицевой, где проводилось лечение ГИБП и велось мониторирование пациентов, получающих лечение данными препаратами. Для жителей Екатеринбурга такой центр был создан на базе ГКБ №40. Возглавляет его д. м. н. ревматолог Татьяна Анатольевна Попова: «Сейчас более развиты генно-инженерные препараты, которые действуют на медиаторы воспаления. Препараты снимают воспаление в организме, это не снимает болезнь, но создает хорошее качество жизни для пациента. Многие возвращаются к труду. Эта терапия достаточно молодая и проходит ряд этапов – первый – это оценка эффективности и безопасности препаратов, второе – как долго эти препараты можно принимать и когда их можно отменять. Этот этап в процессе. Начинаются клинические исследования»[22].

Вместе с тем, несмотря на создание высокоэффективных ГИБП, лечение ими в Свердловской области до 2014 года было доступно только инвалидам. Глубину этой проблемы можно осознать на примере одной пациентки со спондилоартритом, написавшей письмо Президенту В. В. Путину, в котором пациентка описывает историю своей болезни и свои страдания. Заболевание привело к инвалидности, и в 2012 г. ей было начато лечение инфликсимабом, доступное в то время только для инвалидов. Пациентка пишет: «Состояние здоровья улучшилось сразу же после первой капельницы. Улучшилось физическое состояние, показатели крови, жизненное настроение. Можно сказать, что этими капельницами меня

[22] Интервью с Т.А. Поповой // Архив авторов.

вернули в полноценную жизнь». Однако улучшение состояния привело к тому, что при очередном переосвидетельствовании ей сняли группу инвалидности, что привело к прекращению лечения инфликсимабом. Пациентка продолжает: «7 февраля 2013 г. мне прокапали последнюю капельницу, с середины апреля заболело все тело, нет возможности двигаться, состояние вообще плохое. И если первой капельницей меня вернули к жизни, то решением комиссии не дать мне группу инвалидности меня из жизни вычеркнули». Решением этой проблемы стал перевод технологии лечения ГИБП из кабинета антицитокиновой терапии, где пациентам вводились препараты, полученные льготно при наличии группы инвалидности в дневные стационары, где наличие группы инвалидности не обязательно. Большая организационная работа в этом направлении проведена Минздравом Свердловской области и лично главным терапевтом Александром Владимировичем Виноградовым. Свердловская область стала одной из первых областей в РФ, где медицинская помощь пациентам, получающих генно-инженерные препараты, перенесена из кабинета антицитокиновой терапии в дневные стационары. Это приблизило помощь к пациентам, что позволило не приезжать им за много километров в ОКБ №1 для введения препаратов, а делать это на местах, ближе к месту жительства пациентов. Но самое главное, это позволило лечить пациентов, имеющих высокую активность воспалительного процесса, не дожидаясь группы инвалидности, как было раньше, когда получать высокоэффективные препараты могли только инвалиды. Несмотря на то, что нормативные документы Минздрава Свердловской области и территориального Фонда ОМС были утверждены в 2014 г., потребовался переходный период, в течение которого с участием главного терапевта МЗ СО А. В. Виноградова проводилась работа с врачами разного уровня, вопросы о введении ГИБП постоянно поднимались на областных конференциях, вносились изменения и дополнения в нормативные документы. Лечение ГИБП в дневных стационарах позволило в 2014 г. расширить список препаратов с двух до восьми и увеличить число пациентов на этой терапии. На начало 2019 года ГИБП в дневных стационарах Свердловской области получают 242 пациента, которым доступны практически все препараты, зарегистрированные в России. В Екатеринбурге организационную и лечебную работу в этом направлении проводит д.м.н. Татьяна Анатольевна Попова, которая заведует ревматологическим отделением МАУ «ГКБ №40» и является главным внештатным ревматологом городского управления здравоохранения г. Екатеринбурга. Для пациентов других городов Свердловской области лечебно-консультативную и организационную работу осуществляет врач-ревматолог высшей категории областной клинико-диагностической поликлиники Ирина Геннадьевна Ивашова.

Всего за период 2004 – 2019 гг. ГИБП получали 337 чел. В первом квартале 2019 года ГИБП получают 242 пациента (ср. возраст 42,4 лет). Еще 95 пациен-

тов, получавших ГИБП за период с 2004 по 2018 год, прекратили лечение по разным причинам (средний возраст прекративших лечение составляет 50,2 года). Из 242 пациентов, получающих ГИБП, 28 пациентов переведены из детского регистра, 214 пациентов начали получать препараты в возрасте старше 18 лет. Структура заболеваний в регистре: РА (М05.8, М06.0)– 112 (46,3%) чел, ПсА (М07.3) – 19 (7,9%) чел, ЮРА (М08.2) – 6 (2,5%) чел, Гранулематоз Вегенера (М31.3) – 7 (2,9%) чел, СКВ (М32.1) – 7 (3,3%) чел, Неспецифический аортоартериит (М31.4) – 1 (0,4%) чел, Болезнь Шегрена (М35.0) – 1 (0,4%) чел, АС (М45) – 88 (36%) чел, Чарга-Стросс (М30.1) – 1 (0,4%) чел.

За 15-летний период прекратили лечение ГИБП 95 (28,2%) чел. Длительность приема препаратов у пациентов, прекративших лечение, составила 5,1 (от 1 до 11) лет. Пациенты более молодого возраста, начавшие получать ГИБП до 18 лет, прекращали лечение реже (1 чел, 3,4%), чем взрослые (94 чел, 30,1%). Причины прекращения лечения: ремиссия – 39 (41%) чел, туберкулез – 3 (3,2%) чел, вираж туберкулиновых проб – 3 (3,2%) чел, побочные эффекты – 6 (6,3%) чел, низкая приверженность – 16 (17%) чел, смена места жительства – 5 (5,3%) чел, инфекции (бактериальные, ВИЧ, сифилис) – 8 (8,4%), онкологические заболевания – 1 (1,1%), смерть по разным причинам – 2 (2,1%) чел, другие причины, по которым лечение ГИБП становилось нецелесообразным – 3 (3,2%). Прекращение лечения из-за беременности было у 9 (9,5%) чел., из них у 4 пациенток после родов лечение было возобновлено. 3 чел, прекративших лечение из-за достижения ремиссии возобновили лечение ГИБП в связи с обострением.

В подгруппе пациентов, начавших прием ГИБП после 18 лет (214 чел) длительность приема ГИБП составила: 14 лет – 3 (1,4%) чел, 13 лет – 4 (1,9%) чел, 12 лет – 4 (1,9) чел, 11 лет – 8 (3,7%) чел, 10 лет – 17 (7,9 %) чел, 9 лет – 21 (9,8%) чел, 8 лет – 15 (7%) чел, 7 лет – 11 (5%) чел, 6 лет – 12 (5,6%) чел, 5 лет – 23 (10,8%) чел, 4 года – 30 (14%) чел, 3 года – 19 (8,9%) чел, 2 года – 15 (7%) чел, 1 год – 30 (14%) чел, начали в 2019 – 2 (0,9%) чел.

У 50 (23,4%) чел. в процессе лечения проводилась смена препаратов. Причинами перевода на другой препарат были: первичная неэффективность – 9 (18%) чел, вторичная неэффективность – 32 (64%) чел, побочные действия – 9 (18%) чел. В данной подгруппе у 43 (20,1%) чел. была одна смена препаратов, у 4 (1,9%) чел. было 2 смены препаратов, у 1 чел (0,5%) – 3 смены препаратов.

Таким образом, за период с 2004 до 2019 г. число пациентов, прекративших лечение составило 39,2% от всех пациентов, получавших ГИБП. Длительность приема препаратов у пациентов, прекративших лечение, составила 5,16 лет. Самыми частыми причинами были ремиссия (41%), низкая приверженность (17%), беременность (9,5%), инфекционные осложнения (8,4%), туберкулез (3,2%). У 50 (23,1%) чел. в процессе лечения проводилась смена препаратов. Са-

мой частой причиной смены препаратов являлась вторичная неэффективность (32 чел, 64%). В данной подгруппе у 43 (20,1%) чел. была одна смена препаратов, у 4 (1,9%) чел. было 2 смены препаратов, у 1 чел (0,5%) – 3 смены препаратов.

Об успехах ревматологии за последние 15–20 лет свидетельствует уменьшение числа инвалидов, страдающих воспалительными ревматологическими заболеваниями за период 2000–2017 г. Данные представлены в таблице 11.

Таблица 11

**Число пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями, имеющих группу инвалидности за период с 2010 по 2017 год.**

| | 2000 г. | | 2010 г. | | 2017 г. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | первично | повторно | первично | повторно | первично | повторно |
| Реактивный артрит | 10 | 29 | - | 6 | - | 1 |
| Ревматоидный артрит | 326 | 846 | 195 | 583 | 115 | 186 |
| Псориатический артрит | 8 | 34 | 19 | 46 | 14 | 36 |
| Подагра | 12 | 28 | 6 | 26 | 9 | 11 |
| Системные васкулиты | 9 | 32 | 5 | 12 | 10 | 5 |
| Системная красная волчанка | 26 | 170 | 22 | 77 | 16 | 33 |
| Полимиозит | 6 | 13 | 3 | 17 | 7 | 8 |
| Системная склеродермия | 11 | 44 | 12 | 27 | 9 | 12 |
| Болезнь Шегрена | 12 | 27 | 19 | 42 | 5 | 5 |
| Анкилозирующий спондилит | 36 | 149 | 54 | 113 | 48 | 89 |
| Всего | 456 | 1372 | 335 | 949 | 233 | 389 |
| Всего | 1828 | | 1284 | | 622 | |

Как видно из таблицы число пациентов, имеющих группу инвалидности сократилось с 2010 года по 2017 год почти в три раза, особенно это снижение заметно за последние 7 лет практически по всем группам болезней. Снижение числа лиц, имеющих группу инвалидности, связано как с более ранней диагностикой ревматических заболеваний, так и с применением эффективных лекарственных препаратов. Несомненно, большую роль в снижении инвалидизации

играет внедрение клинических рекомендаций, разработанных экспертами Ассоциации ревматологов России, направленных на улучшение качества медицинской помощи и позволяющих всем ревматологам использовать единые подходы к ведению пациентов, с применением современных методов диагностики и лечения с высоким уровнем доказательности.

Большие сдвиги произошли и в оказании помощи больным остеопорозом. Если по данным научно-исследовательской работы Кузьминой Л. И., в период 1997 – 2002 гг. оперативное лечение при переломах проксимального отдела бедра не оказывалась никому, то к 2017 г. данную помощь оказывают во многих стационарах Екатеринбурга и Свердловской области. Так, в Верхнепышминской ЦРБ им. Бородина осуществляется 100% госпитализация пациентов с переломом проксимального отдела бедра, доставленных в приемное отделение, а оперативная активность при данных переломах составляет 96%. Решаются и вопросы консервативной терапии остеопороза. Так, в дневных стационарах Свердловской области с 2014 г. проводится лечение бисфосфонатами за счет средств ОМС. В 2017 г. по клинико-статистической группе «Остеопатии с применением препаратов бисфосфонатов» золедроновой кислотой пролечено 2162 чел. Пациенты получают данное лечение бесплатно при однодневной госпитализации в стационар по месту жительства.

Так же решен вопрос и с эндопротезированием коленных и тазобедренных суставов. Данная помощь оказывается во многих лечебных учреждениях Свердловской области, очереди практически не стало.

Ревматология не стоит на месте и непрерывно развивается, что требует от ревматологов постоянного повышения знаний. В Свердловской области несколько раз в год проводятся конференции и школы с участием ведущих специалистов России и Свердловской области. В УрФО проведено три съезда ревматологов Урала, второй из которых состоялся в Екатеринбурге в 2011 г.

14-15 сентября 2018 года в Свердловской области прошла юбилейная ревматологическая конференция, посвященная 85-летию ревматологической службы на Урале.

*Президиум*

Двухдневная программа конференции охватила практически все вопросы ревматологии, актуальные как для ревматологов, так

и для терапевтов. На конференции выступали ученые, специалисты и эксперты из Москвы, Санкт-Петербурга, Уфы. Много докладов было сделано учеными и практическими врачами Екатеринбурга, что особенно отрадно – Уральская школа ревматологов как всегда оказалась на высоте. Поприветствовать участников конференции, поздравить с юбилеем службы и прочитать доклады приехали главный ревматолог Российской Федерации, академик РАН, Президент Ассоциации Ревматологов России Евгений Львович Насонов, директор ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой профессор Александр Михайлович Лила, заведующая лабораторией ревматических заболеваний детского возраста, к.м.н. Ирина Петровна Никишина. Открыли конференцию и выступили с приветственным словом от имени ректора Уральского государственного медицинского университета проректор по последипломной подготовке, доктор медицинских наук, профессор Алебай Усманович Сабитов, от имени Министра здравоохранения Свердловской области исполняющая обязанности начальника отдела специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, Екатерина Васильевна Ютяева, главный ревматолог УрФО Ольга Борисовна Несмеянова.

*Ждахина В.А., Сабитов А.У., Иванова А.В.*

Особенно приятно было участие в конференции ревматологов из Челя-

*Благодарность ветеранам*

*Ветераны и организаторы ревматологической службы*

бинска, Тюмени, Перми во главе с главными внештатными специалистами-ревматологами Ольгой Борисовной Несмеяновой, Ириной Михайловной Патрикеевой, Наталией Евгеньевной Григориади. Всего в работе конференции приняло участие 160 ревматологов и терапевтов.

Трогательным моментом было выражение благодарности ветеранам, организаторам ревматологической службы и ученым, внесшим вклад в развитие ревматологии в Свердловской области: Августе Васильеве Ивановой, Нине Борисовне Меньшиковой, Ольге Федоровне Рябицевой, Ольге Михайловне Лесняк, Вере Александровне Ждахиной.

Вместе с тем, имеется ряд проблем, которые требуют дальнейшего решения.

Это вопросы лекарственного обеспечения, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах. При льготном обеспечении пациентов ревматологического профиля, имеющих группу инвалидности, сохраняются ограничения при назначении микофенолата мофетила, гидроксихлорохина, лефлуномида, алендроновой кислоты (эти препараты не вошли в список препаратов для льготного обеспечения инвалидов, при том что внесены в клинические рекомендации и стандарты лечения пациентов с ревматическими заболеваниями). При льготном обеспечении пациентов ревматологического профиля, не имеющих группы инвалидности, имеются ограничения при лечении пациентов с периферическим спондилоартритом, псориатическим артритом, васкулитами, дерматомиозитом, системной склеродермией, болезни Шегрена, так как эти заболевания не вошли в перечень категорий заболеваний при которых предоставляются меры социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами и медицинскими изделиями бесплатно и на льготных условиях в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 N 890 «О государствен-

ной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (список заболеваний не меняется с 1994 года). Решить эти вопросы на уровне Свердловской области не представляется возможным.

Еще один вопрос – это обеспеченность пациентов дорогостоящими ГИБП. В Федеральных клинических рекомендациях определены показания для назначения высокоэффективных ГИБП. В соответствиями с данными рекомендациями число пациентов, получающих лечение ГИБП должно быть больше того, что есть на самом деле. Назначив данное лечение и получив эффект, препарат уже трудно отменить, так как довольно часто заболевание после отмены вновь обостряется. В связи с этим целесообразно иметь рекомендации не только по назначению данных препаратов, но и по их отмене.

Вопрос нехватки ревматологов – очень сложный и вряд ли решится в ближайшее время, так как это системная проблема, связанная с нехваткой кадров в целом. В городах Свердловской области не хватает не только узких специалистов, но и терапевтов. В большинстве городов Свердловской области амбулаторный прием в поликлиниках при недостатке терапевтов ведут фельдшеры, в связи с чем при решении кадрового вопроса главные врачи заинтересованы в первую очередь закрывать потребность в терапевтах, а уже потом – узких специалистов. На увеличение числа ревматологов в связи с этим надеяться не приходится, тем более, что средний возраст ревматологов уже сейчас 48 лет, 10 ревматологов – старше 60 лет, а приток молодых специалистов-ревматологов снижается в связи с приоритетной комплектацией поликлиник врачами первичного звена. В связи с вышесказанным, для улучшения помощи ревматологическим больным целесообразно обучать терапевтов, при этом образовательные программы для терапевтов должны отличаться, в зависимости от того, имеется ли в данной поликлинике ревматолог, или ревматолог есть только в областном ревматологическом центре, добираться до которого больше 200 км, а ожидание приема составляет несколько месяцев.

Другой важной проблемой является нарастание интенсивности работы ревматолога, впрочем, как и любого врача в последнее время. Если еще 20 лет назад пациент в соответствии с медико-экономическими стандартами мог находиться в стационаре 28 дней, то сейчас это время уменьшилось до 12 – 13 дней. То же самое с амбулаторным приемом. В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 900н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» нет указаний на норматив времени приема врача-ревматолога. В соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федера-

ции N 290н от 2 июня 2015 г. «Об утверждении типовых отраслевых норм времени…» определена норма времени на одно посещение пациентом врача-терапевта участкового в связи с заболеванием, равная 15 минутам, а при повторном посещении – 70 – 80% от этого времени. В соответствии с требованиями этого приказа в Свердловской области (письмо МЗ СО от 05.08.2016 г.) рекомендована функция врачебной должности (число посещений в год) для участкового терапевта – 5928, а для ревматолога – 4576. В пересчете на число посещений в день с учетом количества рабочих дней в году и ежегодного оплачиваемого отпуска для ревматолога – это 20 пациентов в день. При этом количество заполняемой медицинской документации и требования к документации растут из года в год.

Необходимость диспансерного наблюдения ревматологических пациентов (приказ по диспансерному наблюдению) исходит из современной концепции «лечение до достижения цели», когда надо достаточно быстро подбирать терапию, увеличивая дозы препаратов до достижения эффекта при этом мониторируя безопасность терапии. Так, пациент с ревматоидным артритом должен быть консультирован ревматологом один раз в 1–3 месяца (в зависимости от активности заболевания) во время подбора терапии. При этом, в приказе Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» в перечень заболеваний, при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, из заболеваний ревматологического профиля входит только остеопороз. В этом же приказе имеется указание на то, что в случае, если гражданин определен в группу диспансерного наблюдения врачом-специалистом по профилю заболевания, а такой врач-специалист в медицинской организации отсутствует, врач-терапевт направляет гражданина для проведения диспансерного наблюдения в другую медицинскую организацию. Опять же это неприменимо для тех территорий Свердловской области, где нет ревматологов и пациенты вынуждены ездить в ОРЦ, где нет диспансерного наблюдения. Следовательно, для таких территорий необходимы приказы местного уровня, определяющие порядок диспансерного наблюдения ревматологических пациентов.

Эти и другие вопросы предстоит решать в последующие десятилетия.

Уральской научно-практической ревматологии 85 лет. Она встречает свой юбилей обновленной, динамично развивающейся. Молодые ревматологи перенимают опыт у опытных специалистов, и это дает надежду, что РЕВМАТОЛОГИЯ будет развиваться и дальше. Мудрецы говорят: «И самому мудрейшему из умов всегда остается чему еще поучиться», «Дорогу осилит идущий». Так что все еще впереди!

## Список сокращений

АС – анкилозирующий спондилит
БКМС – болезни костно-мышечной системы
ГВФД – городской врачебно-физкультурный диспансер
ГИБП – генно-инженерные биологические препараты
ГК – глюкокортикоиды
ГКС – глюкокортикостероиды
ГРЦ – городской кардиоревматологический центр
ДБСТ – диффузные болезни соединительной ткани
ОА – остеоартрит
ОКРД – областной кардиоревматологический диспансер
РА – ревматоидный артрит
РеА – реактивный артрит
РЗ – ревматические заболевания
РО – ревматологическое отделение
СВ – системные васкулиты
СКВ – системная красная волчанка
ССД – системная склеродермия
СП – спондилопатии
СПСТ – системные поражения соединительной ткани

## БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы благодарят всех тех, кто для создания книги поделился своими воспоминаниями и материалами – бывших и действующих врачей-ревматологов, ученых: Ган Елену Юрьевну, Дегтяреву Алевтину Геннадьевну, Иванову Августу Васильевну, Ивашову Ирину Геннадьевну, Колотову Галину Борисовну, Лесняк Ольгу Михайловну, Меньшикову Нину Борисовну, Попова Артема Анатольевича, Попову Татьяну Анатольевну, Рябицеву Ольгу Федоровну, Смоленскую Ольгу Георгиевну, Соколову Людмилу Александровну, Теплякову Ольгу Вячеславовну, Шардину Любовь Андреевну.

Особую благодарность выражаем сотрудникам Музея Свердловской областной клинической больницы №1 за помощь в подборе исторических документов и Ждахиной Вере Александровне за то, что она собрала и обработала уникальные материалы по истории ревматологии в г. Свердловске – Екатеринбурге и щедро поделилась ими с авторами.

Евстигнеева Людмила Петровна
Старостин Алексей Николаевич
Старостина Марина Владимировна

# СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ РЕВМАТОЛОГИИ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Научное издание

ISBN 978-5-89895-955-5