

История кафедры анестезиологии и реаниматологии и этапы развития специальности

Г.А. Рябов, И.Н. Пасечник, Е.И. Скобелев, В.Ю. Рыбинцев, В.В. Крылов, Е.Д. Бондаренко
Кафедра анестезиологии и реанимации ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

В статье описана история развития кафедры анестезиологии и реанимации, работа которой отражена в 400 статьях, 7 монографиях, 20 методических разработках. Постоянно совершенствуется процесс обучения клинических ординаторов на основе современных достижений доказательной медицины.

Ключевые слова: анестезиология и реанимация, клиническая ординатура.

Мировые тенденции развития национальных систем здравоохранения до настоящего времени определяются на основании все более детального изучения этиологии и патогенеза **Болезни**. По этим же законам появляются новые медицинские специальности. Действительно, здоровый субъект в подавляющем большинстве современных клинических исследований предметом изучения не является, а если какие-то параметры жизнедеятельности здоровых людей и интересуют ученых, то лишь в качестве усредненных границ нормы этих параметров, что используется для сравнения с таковыми в условиях заболевания. Современный научно-методологический уровень не дает возможности унифицировать медицинские знания на основе анализа преемственности обратимой или необратимой смены состояний здоровья и болезни. Результатом метафизического разграничения нормы и патологии явилась концентрация усилий ученых на детальном изучении многообразия проявлений различных нозологических форм болезней. Неизбежным следствием такого подхода есть и будет формирование все более узких медицинских специальностей, представители которых максимально компетентны в диагностике и лечении тематической патологии. Перспектива получить в недалеком будущем абсурдно большое количество узких специалистов, корпоративное взаимодействие которых затруднено ввиду недостаточной широты общемедицинского кругозора, явилась одной из причин заключения в 1999 г. Болонского соглашения. Это соглашение призвано унифицировать систему всех ступеней медицинского образования, прежде всего в странах Европы, с целью обретения необходимого взаимопонимания между представителями различных медицинских школ. Приметой XX века в области здравоохранения и медицинской науки было, с одной стороны, приумножение числа узких медицинских специальностей (коих в одной России вместе с основными специальностями около 130-ти), а с другой — реализация организационных попыток приостановления этого безудержного роста. Вот в таких непростых условиях в 50-х годах XX века началось формирование новой медицинской специальности «анестезиология и реаниматология». Процесс формирования ни в коем случае не был искусственным, а основывался на качественном накоплении общетеоретических знаний по физиологии, биохимии, фармакологии с вытекающим внедрением в клиническую практику новейших способов поддержания гомеостаза в условиях нормы и патологии. Зародились существующие и поныне принципы мониторингования различных параметров жизнедеятельности: становились доступными для основной массы клиницистов критерии оценки метабо-

лизма, гемостатического потенциала, водно-электролитного и кислотно-основного балансов. Возводились в ранг социальных приоритетов методы сердечно-легочной и церебральной реанимации. По мере улучшения технического обеспечения лечебного процесса появлялись доступные методики искусственного кровообращения, электрокардиостимуляции, совершенствовались методы искусственной вентиляции легких (ИВЛ), экстракорпоральные способы детоксикации. Все это привело к появлению в течении **Болезни** фазы, ранее, а именно, до формирования анестезиологии и реаниматологии, не существовавшей. Эта фаза получила название «критическое состояние» (КС) и заняла заслуженное место в ряду из двух существовавших ранее исходов заболевания. Первый из традиционных исходов подразумевал выздоровление пациента после многофакторного позитивного восстановления механизмов ауторегуляции большого организма, Второй исход, напротив, обусловлен неадекватной, относительно болезнетворной агрессии, реакции макроорганизма, что обрекало его на гибель. Фаза КС основана на появившейся с развитием анестезиологии и реаниматологии возможности протезировать, спровоцированные заболеванием, некоторые жизненно важные функции организма. В середине 70-х годов прошлого столетия начинает выходить журнал «Critical care medicine». Сейчас в мире издается уже три десятка тематических изданий. Совершенствование методологической базы обследования больных в КС неизбежно привело к выработке новых принципов лечения, проводить которое было целесообразнее в специализированных отделениях. Врачебный персонал этих отделений вначале состоял из специалистов различных медицинских специальностей, прежде всего хирургов, и лишь впоследствии стали появляться специфические учебные инструменты подготовки анестезиологов и реаниматологов.

В системе кремлевской медицины кафедра анестезиологии и реаниматологии (до 1990 г. — клиника анестезиологии и реаниматологии) была основана в 1968 г. с первого дня создания Центральной научно-исследовательской лаборатории Четвертого Главного управления при МЗ СССР. С момента образования кафедры ее руководил действительный член Академии медицинских наук России Геннадий Алексеевич Рябов. Г.А.Рябов широко известен в России и за ее пределами как крупный ученый, основоположник нескольких научных направлений в анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, автор трех учебников и шести монографий по анестезиологии и реаниматологии, прекрасный клиницист — один из первых анестезиологов в СССР. Важным этапом в развитии специальности стало

формирование службы анестезиологии и реаниматологии Медицинского центра УД Президента РФ. Под методическим руководством главного специалиста Рябова Г.А. были объединены в единое целое отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии всех учреждений Медицинского центра УД Президента РФ. Во многом благодаря его усилиям кафедра представляет собой мощный научно-педагогический коллектив с солидной материально-технической базой, собственной лабораторией, оснащенной современным оборудованием, позволяющим контролировать наиболее важные параметры гомеостаза.

Значительный вклад в формирование коллективного образа кафедры внесли её педагоги. Выпускники кафедры всегда будут помнить отзывчивость и открытость члена-корреспондента РАМН Виктора Николаевича Семенова, УЧИТЕЛЬНИЦУ – как все её звали – Людмилу Николаевну Терентьеву, бессменного руководителя анестезиологической службы кафедры Юрия Степановича Серегина, тактичного и компетентного главного биохимика кафедры Юрия Миргарифановича Азизова. Многие выпускники кафедры в настоящее время продолжают трудиться и на самой кафедре, и в системе Медицинского центра УД Президента РФ. Так, кафедрой заведует д.м.н. Пасечник И.Н., а в учреждениях Медицинского центра работают главными врачами Бунин В.М. и Дорохов С.И. Главный специалист по анестезиологии и реаниматологии МЦ УД Президента РФ Фоминых В.П. также долгое время рука об руку работал с Г.А. Рябовым. Авторский коллектив заранее просит прощения у достойных, но не упомянутых выше выпускников разных лет, перечислением прекрасных профессиональных и человеческих качеств которых могла бы быть заполнена большая книга. За время своего существования на кафедре было подготовлено около 300 клинических ординаторов и аспирантов, защищено 40 кандидатских и докторских диссертаций.

Основными задачами кафедры были и остаются подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов в системе клинической ординатуры, постдипломное усовершенствование врачей по актуальным вопросам анестезиологии и интенсивной терапии, подготовка научных кадров в системе очной и заочной аспирантуры, разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения больных в КС, методик проведения общей анестезии, оказание консультативно-методической помощи медицинским учреждениям в структуре Управления делами Президента РФ.

Сегодня приоритетным направлением научно-исследовательской работы кафедры в полном соответствии с мировыми тенденциями является разработка концепции КС. Сотрудники кафедры впервые в стране на пике актуальности этого направления начали разрабатывать и внедрять систему инвазивного гемодинамического мониторинга больных, разработали критерии оценки тяжести состояния пациентов и прогностические индексы на основе анализа изменений в системе транспорта кислорода, начиная с легочного газообмена и кончая тканевым дыханием. Были внедрены методы оценки эндогенной интоксикации по фракциям средних молекул. Заметное место в сфере научных интересов кафедры занимают проблемы коагулопатии критических состояний, в том числе и синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Несомненно отечественный приоритет кафедры в вопросах диагностики, оценки и лечения гипоксии критических состояний.

Последние два десятилетия под термином «критическое состояние» понимают такое состояние пациента, при котором система интенсивного лечения будет неэффективна без той или иной степени коррекции жизненно важных функций. Проявления КС неспецифичны: самые различные этиологические факторы вызывают похожие патофизиологические нарушения в системе поддержания гомеостаза. При септическом и геморрагическом шоке, у больных с разлитым гнойным перитонитом или деструктивным панкреатитом, острой недостаточностью кровообращения, ожогами и отравлениями возникают схожие синдромы. Это может быть острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), коматозное состояние, синдром расстройства свертывания крови, различные варианты печеночной и почечной недостаточности и др. Этиологическая обусловленность синдромов КС прослеживается, в основном, при анализе сроков и частоты возникновения конкретных симптомокомплексов. Поэтому при рассмотрении КС в современной медицине принят синдромный подход. Таким образом, тяжесть состояния больного характеризуется количеством и качеством проявлений патологических синдромов. Именно системный подход к развитию КС всегда определял планы научных исследований на нашей кафедре. Ведь при КС, как правило, не наблюдается возникновение только одного изолированного синдрома: у больного обычно выявляются признаки несостоятельности нескольких звеньев физиологических систем. Например, система транспорта кислорода, условно состоящая из таких звеньев, как гемодинамика, легочный и тканевой газообмен и гемическая составляющая, очевидно, может страдать не только в результате поражения легких, но и вследствие недостаточности кровообращения, патологических изменений метаболизма или в результате комплексного поражения звеньев. При острой печеночной недостаточности в результате поражения печени возникает не только глубокое расстройство метаболических функций, но и нарушение нервной деятельности. Принимая во внимание сложный многофакторный характер нарушений в компенсаторных системах и поражение отдельных органов при КС, для описания этих процессов в литературе появился, не совсем корректный, на наш взгляд, термин «полиорганная недостаточность» (ПОН). К сожалению, термин не отражает многообразие проявлений системных нарушений, причиной чего является недостаточная изученность проблемы. Однако большинство авторов уже сейчас, на этапе формирования современных представлений о полиорганной патологии, вкладывает в понятие ПОН не только поражение отдельных органов, но и систем в целом. Печальным подтверждением правильности такого методологического подхода служит то, что большинство пациентов в КС умирает не от моносубстратных поражений, а от совокупного проявления недостаточности многих органов.

Переставшие быть единичными исследования, в том числе и проводившиеся на наших клинических базах, показали, что на начальных этапах развития КС поражения органов и систем носят функциональный характер и, как правило, бывают обратимыми при условии проведения своевременной, патогенетически обоснованной терапии. Потеря времени при прогрессировании основного заболевания или неадекватная терапия, обуславливают перерастание функциональных сдвигов в деструкцию органов и систем, пессимизируя прогноз основного заболевания. Поэтому при КС, как впрочем и при решении любых ле-

чебных проблем, наиболее эффективны профилактические мероприятия. Степень тяжести больного в КС определяет как исходное состояние органов, так и их способность противостоять повреждающим факторам. Таким образом, дисфункция органа при КС зависит от индивидуального физиологического резерва и исходной способности противостоять метаболическим расстройствам. Логично предположить, что развитие ПОН в большинстве случаев служит верным признаком абсолютной или относительной недостаточности компенсаторных механизмов организма больного, ухудшает прогноз основного заболевания и является наиболее частой причиной смерти пациентов некардиологических отделений интенсивной терапии. В зависимости от выраженности ПОН летальность может колебаться от 30 до 100%. У хирургических больных КС и ПОН наиболее часто развиваются при разлитом гнойном перитоните и деструктивном панкреатите. Данные состояния не способны подвергаться спонтанному обратному развитию. Этим и объясняется пристальное внимание клиницистов на протяжении последних трех десятилетий к данной патологии.

По современным представлениям в основе формирования ПОН у больных в КС лежит синдром системной воспалительной реакции (ССВР) — Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) в английской редакции, — который представляет собой неспецифический ответ организма на любое повреждающее действие вообще, и на инфекцию, в частности. В формировании ССВР ведущая роль отводится иммунологическим нарушениям. Депрессия иммунитета сопровождается развитием гнойно-септических осложнений и прогрессированием ПОН. Таким образом, ПОН может рассматриваться как клиническое проявление неконтролируемого генерализованного воспаления в условиях нарушения ауторегуляции. Его основным стимулом является не столько инфекционное начало, а, скорее, чрезмерная реакция организма на неспецифический раздражитель. У больных с перитонитами и панкреатитами главными факторами, инициирующими ССВР, остаются хирургический стресс и эндотоксин. Освобождающийся при деструкции бактерий эндотоксин активирует множество биологических систем. При этом происходит выброс большого количества медиаторов, что образно рассматривается как «метаболическая анархия». Следует отметить, что при КС эти вещества оказывают повреждающее действие на органы и системы. В небольших концентрациях они являются важными компонентами протекания физиологических процессов в клетках организма человека, а повышенные концентрации медиаторов нарушают функционирование жизненно важных структур клетки. Повреждения клетки зависят от природы медиатора и места его приложения и могут носить как обратимый, так и необратимый характер. Важно отметить, что в физиологических условиях процессы пролиферации и отмирания клеток находятся в динамическом равновесии. При воздействии повреждающих факторов гибель клеток начинает преобладать и происходит манифестация заболевания. Закономерности гибели отдельной клетки или их совокупности (органы, ткани, организм в целом) являются важными для изучения патогенеза КС. Смерть клетки происходит либо в результате некроза, либо — апоптоза. Процесс некроза клетки достаточно хорошо изучен. Он происходит при воздействии на клетку цитотоксичных факторов и реализуется посредством воспаления. А вот гибель клетки вследствие апоптоза находится в стадии изучения. Этот механизм не сопровож-

дается развитием воспалительной реакции и нарушением нормального функционирования соседних клеток. Часто апоптоз называют программируемой смертью клетки, при поступлении специальных сигналов на ее рецепторный аппарат. Вопросам апоптоза у больных в КС посвящены публикации, подробно обсуждающие его роль в формировании острого легочного повреждения, ОРДС, септических состояний. Интерес к изучению механизмов апоптоза не только академический, но и утилитарный: возможность воздействия на течение апоптоза позволит создать новые лекарственные средства и оптимизировать результаты лечения многих заболеваний, в том числе и КС.

Таким образом, приступая к лечению больного в КС, необходимо с самого начала принимать во внимание фоновое присутствие органной дисфункции, которая неминуемо перейдет в ПОН в ответ на несвоевременное и неадекватное лечение. Скорость этого перехода пропорциональна количеству допущенных лечебных ошибок и спровоцированности компенсаторных систем. В практике нашей кафедры одним из важнейших методов профилактики развития ПОН в клинике абдоминальной хирургии является тесное взаимодействие с хирургической службой с целью своевременного выявления специфических осложнений. Действительно, любая идеализированная консервативная терапия КС, тактика которой определялась на основании рафинированного мониторинга, будет неэффективна в случае нераспознанных, а потому и несанированных гнойных очагов в брюшной полости. Поэтому, при определении понятий своевременности и адекватности лечения, мы рассматриваем совокупный труд врачей различных специальностей.

Оценка степени тяжести пациента в КС и прогноз основного заболевания можно осуществить с помощью различных шкал балльной оценки. Большинство из них не получило широкого распространения из-за сложности подсчета баллов, трудности получения необходимых данных и невозможности применения ко всем категориям больных. Однако в последнее время наметилась тенденция к использованию ряда шкал для прогнозирования исхода болезни и оценки тяжести ПОН, что связано с введением объективных критериев, в том числе количественных, которые позволяют охарактеризовать состояние больного унифицированными средствами. Формирование такого прогностического подхода вряд ли было бы возможным без десятилетий изучения параметров системы транспорта кислорода с помощью точнейших методов инвазивного мониторинга. Лишь используя полученные в эти годы массивы данных, медицинская наука смогла прийти к выводу о характере взаимосвязи инвазивных и рутинных параметров, характеризующих гемодинамику и тканевую утилизацию кислорода. Ученые нашей кафедры также внесли свою лепту в анализ корреляционных связей инвазивных и рутинных параметров, приблизив эру шкал балльных оценок.

Системы оценки тяжести состояния больных, такие как Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) и Simplified Acute Physiology Score (SAPS), предназначены для прогнозирования исхода заболевания на основе данных, полученных при поступлении пациента в отделение интенсивной терапии. В настоящее время появились сведения, что системы APACHE и SAPS позволяют не только прогнозировать исход заболевания, но, при ежедневном использовании, применимы для оценки динамики состояния пациентов в течение всего времени наблюдения. Шкалы

Sepsis-related (Sequential) Organ Failure Assessment (SOFA) и Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) предназначены для оценки выраженности ПОН. Они позволяют определить суммарный показатель наличия и степени выраженности дисфункции по шести органам и системам. Оценка балльных показателей по этим шкалам производится ежедневно от момента поступления больного в реанимационное отделение до его перевода или смерти. Применение шкал SOFA и MODS позволяет стандартизировать клинические исследования, описывать динамику ПОН и сравнивать результаты лечения у разных групп пациентов.

Ряд заболеваний, сопровождающихся первичным массивным поражением органов и систем, как например разлитой гнойный перитонит и деструктивный панкреатит, приводят к практически содружественному развитию КС и ПОН на основе ССВР. По современным представлениям, в таких случаях правомерен диагноз сепсис, где сепсис не просто термин, а патогенетическое обоснование применяемых стандартов лечения с учетом стадийности патологического процесса. Роль ССВР в формировании КС была оценена медицинской общественностью еще в 1991 году на согласительной конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины, где были представлены диагностические критерии ССВР. Сепсис определили как ССВР, возникшей на инвазию микроорганизмов, «тяжелый сепсис» — сепсис с органной дисфункцией, тканевой гипоперфузией или гипотензией, септический шок — как сепсис с артериальной гипотензией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии. Эти определения в настоящий момент широко используются в клинической практике и служат основой для постановки диагноза и проведения лечения. Десять лет спустя актуальность этой концепции была подтверждена на Международной конференции по проблемам сепсиса в Вашингтоне в декабре 2001, где были определены дальнейшие перспективы унифицирования постатдийной диагностики и лечения сепсиса.

Развитие сепсиса вплоть до септического шока можно рассматривать как универсальную модель КС, в рамках которой можно наблюдать динамическое развитие ПОН. Оправданной целью таких изысканий является оптимизация и индивидуализация корригирующего лечения, что в условиях работы нашей кафедры позволяет применять единые критерии диагностики и оптимизировать тактику терапии на основе стандартных мониторинговых процедур с учетом индивидуального состояния компенсаторных резервов больных в КС. В нашей исследовательской работе мониторингу вообще отводится особое место, так как динамический контроль за состоянием больного в КС и ходом лечения безальтернативен. Рутинным стал гемодинамический и метаболический мониторинг. Достаточно оперативно осуществляются бактериологические исследования. Современные стандартные клинические лаборатории в настоящее время обладают почти научной прецизионностью и соответствующим спектром определяемых параметров. При этом приборы работают в автоматическом или полуавтоматическом режимах, исключая влияние отечественного человеческого фактора.

Специалисты нашей кафедры, не упуская из сферы научных интересов перспективных тенденций, основной целью своих исследований видят рационализацию корригирующего лечения. Результаты лечения ПОН и сепсиса во всем мире все еще далеки от желаемых. Соответствующая

статистика по результатам деятельности лечебных учреждений выглядит удручающе. Сложность сочетания факторов, определяющих критерии эффективности лечения и прогноз заболевания, чрезвычайно. Обработка клинического материала стандартными методами вариационной статистики, на наш взгляд, не позволяет проводить непредвзятый многофакторный анализ. Причина этого кроется в способе группировки наблюдений: данные внутри каждой группы должны быть репрезентативны и рандомизированы. Корректное выполнение этих условий тем сложнее, чем многообразнее проявления КС и ПОН. Результатом попытки анализа большого количества данных со значительным несимметричным распределением признаков является отсутствие рутинной статистической достоверности, что подталкивает исследователей, использующих проверенный, но архаичный метод анализа отклонения средних величин, к конъюнктурной группировке данных исследования. В связи с этим хочется обратиться к основным положениям доказательной медицины, позволяющей надеяться на улучшение результатов лечения. В основе доказательной медицины лежит клиническая эпидемиология, сформировавшаяся как наука в 90-х годах прошлого столетия. В ее задачи входит отбор и систематизация достоверных методов диагностики и лечения, основной целью является разработка и применение клинических методов, дающих возможность делать правильные выводы и избегать систематических и случайных ошибок. Для исключения систематических ошибок применяют специальный подбор пациентов и одинаковые методы регистрации результатов лечения. Клиническая эпидемиология подразумевает базирование лечебной тактики на строго доказанных научных фактах, что и получило название «evidence-base medicine» — медицина, основанная на доказательствах, или доказательная медицина. Согласно принципам доказательной медицины, в диагностике и лечении заболеваний должны использоваться только те методы, эффективность которых доказана рационально организованными объективными сравнительными исследованиями. Например антибиотикотерапия, инфузионная терапия и инотропная поддержка (при шоке), респираторная поддержка, нутритивная поддержка отнесены к приоритетным методам, эффективность которых доказана при лечении сепсиса. Методы, неэффективность которых доказана, не могут быть рекомендованы для применения в повседневной клинической практике в силу отсутствия экспериментальных и клинических доказательств. В случае с лечением сепсиса к ним отнесены гемосорбция, дискретный плазмаферез, электрохимическое окисление крови. Сложнее обстоит дело с использованием в клинической практике методов, эффективность которых не подтверждена по критериям доказательной медицины, но использование которых целесообразно с позиций патогенеза, доказательства чего получены в отдельных клинических исследованиях. Это, например, заместительная иммунотерапия сепсиса внутривенными полиглобулинами, коррекция гемокоагуляционных расстройств с помощью гепаринов. Скорее всего, их использование будет продолжаться до проведения соответствующих исследований, к слову сказать, достаточно трудоемких, ввиду значительных массивов анализируемых данных. Сходная ситуация сложилась с лечением острого легочного повреждения и ОРДС. С применением методов доказательной медицины было показано, что традиционная ИВЛ сама по себе может провоцировать повреждение легких. В то же время

ИВЛ — часто безальтернативный способ поддержания жизни больного в КС. В соответствии с принципами доказательной медицины удалось выявить допустимые границы параметров респираторной поддержки, при которых было отмечено снижение летальности. Исследования в данном направлении также заставили по-новому взглянуть на использование сурфактантов, простаглицлина, оксида азота, применение которых не снижало летальность при ОРДС. Отсутствие очевидной эффективности этих препаратов, на наш взгляд, скорее связано с тем, что применялись они на фоне неадекватных режимов ИВЛ, чем с их объективной бесполезностью, но это еще предстоит доказать. В заключение хочется подчеркнуть, что проведение исследований у больных в КС, выполненных на основе положений доказательной медицины — сложный и дорогостоящий процесс, но возможные результаты таких исследований того стоят и могут привести к реальному снижению летальности у столь тяжелой категории больных, которыми являются

пациенты в критических состояниях. Участие сотрудников кафедры в изучении наиболее перспективных направлений развития нашей специальности нашло отражение в более чем 400 статьях и тезисах, 7 монографиях, 20 изданных и переизданных методических разработках.

В настоящее время кафедра анестезиологии и реаниматологии, как и весь Учебно-научный медицинский центр, с надеждой смотрит в будущее, продолжая достойно вести работу, начатую основоположниками кафедры. Постоянно совершенствуется процесс обучения клинических ординаторов на основе современных достижений доказательной медицины. Регулярно публикуются результаты проводимых научных исследований. Выпускники кафедры анестезиологии и реаниматологии вливаются в дружный коллектив врачей Медицинского центра УД Президента РФ.

История кафедры нефрологии, иммунологии и ревматологии

И.А. Борисов, А.В. Гордеев

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

В статье описана история развития кафедры нефрологии, иммунологии и ревматологии, работа которой отражена в 300 научных работах, разделах практических руководств для врачей, методических пособиях. Кафедра является научным, методическим и консультативным центром всей нефрологической и ревматологической службы медицинских учреждений УД Президента РФ.

Ключевые слова: нефрология, иммунология, ревматология.

Возрастающая потребность в оказании высококвалифицированной медицинской помощи больным с диффузными паренхиматозными заболеваниями почек, воспалительными и дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, и, не в последнюю очередь высокая наукоемкость подобного вида помощи вызывала необходимость создания соответствующей научно-исследовательской базы. И в 1978 г. в рамках 4 Главного Управления МЗ СССР на базе отделения нефрологии в корпусе № 6 Центральной клинической больницы, рассчитанного на 45 коек, была организована кафедра нефрологии, иммунологии и ревматологии Учебно-научного центра ГУ МЗ СССР. В 1982 г. база кафедры переместилась в терапевтический корпус ЦКБ.

Первым руководителем созданной кафедры стал лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук Владимир Владимирович Сура (1927–1998 гг.) Предшествующая профессиональная деятельность Владимира Владимировича была связана с клиникой терапии и профзаболеваний I ММИ им. И.М. Сеченова, руководимой академиком АМН Е.М. Тареевым. Здесь он приобрел большой клинический опыт, добился заметных успехов в научной деятельности. Наиболее значительными, во многом новаторскими стали его исследования по проблемам клеточного иммунитета и амилоидоза (кандидатская диссертация, 1953 г.) и патологии соединительной ткани. В 1971 г. В.В. Сура защитил

докторскую диссертацию, посвященную экспериментальному воспроизведению и патогенезу системной красной волчанки. В.В.Сура был автором почти двухсот научных работ, его перу принадлежали главы в таких фундаментальных руководствах, как «Основы нефрологии», «Клиническая нефрология», «Нефрология». Многие годы он являлся членом редколлегии журнала «Терапевтический архив».

Возглавив кафедру нефрологии, иммунологии и ревматологии, Владимир Владимирович объединил вокруг себя высоконаучный и творческий коллектив единомышленников, многие из которых так же, как и он сам, прошли «тареевскую школу» русской классической медицины или пришли из других ведущих профильных медицинских институтов: И.А. Борисов, Е.Л. Насонов, С.Н. Савицкий, Л.М. Мазнева, О.Е. Голованова, Н.М. Семичаевская, Е.В. Васильева, Р.Г. Арустамова, Т.В. Демидова, Л.И. Борисовская и другие.

С первого дня своей работы кафедра нефрологии, иммунологии и ревматологии обучала ординаторов и аспирантов. Усилия научных сотрудников, работающих в тесном взаимодействии с сотрудниками отделения нефрологии и ревматологии ЦКБ, сосредоточились на изучении особенностей патологии почек, суставов, соединительной ткани и клинической иммунологии применительно к геронтологической практике. Это диктовалось и научным интересом, и прикладной клинической практикой. Изучение структуры патологии старческой почки, особенностей острой и хро-