

бенно хорошее действие они оказывают при осумкованных очагах инфекции. 4) Единственным серьезным осложнением при внутривенном применении 20% раствора салицилового натра является образование флебитов, что зависит от применения салиц. н. per se и от концентрации раствора.

*Литература:* 1) Sachs—W. kl. W. № 16, 1921.—2) Он-же. Ztschr. f. Urologie Bd. 21, N. 3, 1927.—3) Орлов. Венер. и дерм., № 4, 1928.—4) Фронштейн. Сборник, посв. 25-лет. науч. и общ. деят. В. М. Броннера. Изд. НКЗ, 1926.—5) Эпштейн и Головкина. Врачеб. газ., № 15—16, 1926.—6) Стежинский. Врач. газ., № 24, 1927.—7) Воробьева и Павлова. Вр. газ., № 15—16, 1926.—8) Абросимов. Клин. журн. Сар. унив., том 2, № 1, 1926.—9) Виткин. Вр. газ., № 15—16, 1926.—10) Giroux et Keravес. Рус. клин., т. XI, № 57, 1929 (реф.).—11) Балковский. Врач. дело, № 12, 1927.

Из Терапевтической клиники Госуд. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани (Директор—проф. Р. А. Лурья).

## О рационализации накопления врачебного опыта<sup>1)</sup>.

Пр.-доц. М. И. Мастбаум.

„Я родился в Москве в 1863 году—на рубеже 2-х эпох. Я еще помню остатки крепостного права, сальные свечи, керосиновые лампы, тарантасы, дормезы, эстафеты, кремневые ружья, маленькие пушки на подобие игрушечных. На моих глазах возникали в России железные дороги с курьерскими поездами, пароходы, создавались электрические прожекторы, автомобили, аэропланы, дредноуты, подводные лодки, телефоны—проволочные, беспроводные, радио-телеграфы, 12-дюймовые орудия. Таким образом, от сальной свечи—к электрическому прожектору, от тарантаса—к аэроплану, от парусной—к подводной лодке, от ружья—к пушке Берте и от крепостного права к большевизму и коммунизму“ (Станиславский „Моя жизнь в искусстве“).

Мы видим, что на протяжении всего одной жизни произошли неслыханные в истории человечества сдвиги. Можно смело сказать, что за последние десятилетия наше поколение является свидетелем непрерывной технической революции. И если в нашей советской стране, стране социалистического строительства, идет гигантское техническое перевооружение всего народного хозяйства, то осуществление великих задач эпохи возможно только при условии быстрого темпа и высокого качества продукции. Темп и качество должны быть на много лет лейтмотивом нашей повседневной работы.

Но быстрый темп и высокое качество в свою очередь находятся в большой зависимости от *рационализаторских* мероприятий. Рационализация даст темп и от рационализации будет во многом зависеть и качество. Было бы неправильно думать, что рационализация это дело только техники, что о рационализации следует говорить только тогда, когда строят завод, фабрику или хотят улучшить производство. Достаточно приглядеться к жизни Западной Европы и в особенности Америки

<sup>1)</sup> Доклад на 118 Научном собрании врачей Гос. ин-та для усов. врачей 31/XII—29 г.



для того, чтобы убедиться, что рационализация захватывает все области, все стороны человеческой жизни.

Рационализация врывается и в научную литературную жизнь. При все растущей литературе по любому научному вопросу нет никакой возможности прочесть все работы в подлинниках—отсюда реферативные журналы по всем дисциплинам, которые в сжатом виде излагают содержание работ. Но и в пределах даже одной дисциплины становится все труднее охватить всю текущую литературу. Академик Вальден подсчитал, что в 1925 году в *Chemische Zentralblatt* было напечатано 8977 рефератов. По этому поводу имеется интересная американская статистика. В мире издается около 2000 медицинских изданий. В том американского библиографического указателя по периодическим медицинским изданиям за 6 месяцев имеет 1311 страниц. Этот библиографический индекс содержит 100.000 названий и охватывает только 1400 периодических изданий. Следить за литературой с каждым годом становится труднее и неизбежен путь к рационализации и в этом вопросе. Некоторые отделы медицины переходят постепенно на карточную систему. Так например, уже имеется картотека по рентгенологии, разбитая по отделам. Вся текущая литература реферруется на карточках, что, конечно, технически облегчает возможность пользоваться литературой. Имея под руками такую картотеку, сравнительно легко ориентироваться по тому или другому вопросу. Но и научно-исследовательская работа уступает духу времени. Все чаще можно встретить ин-ты, работающие по одному какому-нибудь вопросу, правильнее проблеме, где принцип разделения труда доведен до высших форм законченности. Жак Леб, знаменитый американский биолог, распределял научные задания среди своих сотрудников и, получая сводки о результатах исследования, давал дальнейшие указания. Его мозг был занят исключительно творческой работой, а весь его кадр воплощал в экспериментах его творческий гений. Может на минуту показаться, что таким путем убивается инициатива и оригинальность рядового работника. Но это может показаться только на первый взгляд, ибо выполнение научного задания вовсе не механическая работа. В пределах данного участка исследовательской работы всегда имеется широкое поле для творческой инициативы и оригинальных мыслей. У кого есть к этому данные, тот всегда может пойти по творческому пути.

И в научно-исследовательской работе в настоящую эпоху мы видим неизбежное разделение труда, и методы рационализации мощным потоком вливаются в эту, казалось бы, интимную область высшей формы интеллектуальной деятельности человека.

Рационализация захватывает и лабораторный труд. Вновь появляющиеся инструменты, аппараты, как правило, более практичны, просты, удобны для исследования. Изобретательская мысль идет по линии упрощения аппаратуры, укорочения времени исследования и получения качественно высокой продукции при затрате меньшего количества времени. Современная рентгеновская аппаратура поражает своей простотой, она занимает мало места, и техника ее пользования упрощена настолько, что становится доступной каждому врачу. Недавно в Берлинском медицинском обществе двумя врачами была предложена камера для исследования крови. В одно исследование можно получить следующие резуль-



таты: количество лейкоцитов и эритроцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, реакцию оседания эритроцитов. Ряд исследований, в сумме отнимающих большое количество времени, проводится одновременно в одно исследование, причем качество исследования не уступает прежним способам. Можно было бы без труда увеличить количество аналогичных примеров. Важно отметить общую тенденцию рационализаторского движения в данном вопросе: упрощение методики исследования, высокое качество при меньшей затрате времени, темп и качество.

И область врачебной работы находится под влиянием этого закона современности. Даже в таком сложном деле, как хирургическая операция, проводятся рационализаторские мероприятия. Достаточно прочесть записки д-ра Юдина о его впечатлениях от американских хирургических клиник для того, чтобы убедиться в громадных достижениях в этой области. Операция зоба, например, разбитая на ряд точно рассчитанных моментов, с расстановкой людей на каждую деталь—чем это отличается от принципа ленты, конвейера, празднующего свои неслыханные триумфы в индустрии.

„Как я уже сказал, операцию начинают ассистенты. Для этого в палату такую-то входят две или три „nurses“ и молча, повторяя в тысячный раз те же самые действия изо дня в день, превращают палату в операционную. Для этого кровать с пациентом отодвигается от стены и ставится наискось, по диагонали комнаты, почти посередине. Под одну из ножек ставится резиновая вогнутая подставка, дабы кровать не передвигалась на своих высоких колесиках, цветы в вазах и горшках, стоявшие на кроватином столике, снимаются и переставляются в ванну, телефон ставится на пол около стенки, а радио вешается на крючок. Вкатывается столик с инструментами, а на освободившийся кроватиный столик кладут завернутый в большую салфетку стерильный материал и белье..... Местная анестезия производится новокаином 3/4%; двое ассистентов производят наколы по линии обычного кохеровского воротникового разреза. Затем они делают самый разрез кожи с platisma, перевязывают попавшие в разрез подкожные вены и затем ножом отсекают оба лоскута вверх и вниз. На этом их роль заканчивается; они закладывают в рану марлю, прикрывают шею полотенцем и ждут К. Обычно все делается так, что последний почти тотчас же появляется, быстро подходит к кровати, не глядя берет скальпель оттуда, где он должен лежать, и немедленно, чаще всего левой рукой, начинает ножом расщеплять межмышечный продольный промежуток вдоль середины шеи....“

Таков темп, а вот и качество. Когда д-р Юдин, обеспокоенный исходом одной тяжелой операции зоба, обратился к ассистенту с вопросом о ее судьбе, ассистент сообщил ему следующее: ....„Будьте уверены, что она будет жива—говорил мне при этом старший ассистент—у нас умирают очень редко. Последний случай смерти был 279 зобов тому назад; а за этот месяц (это было 25 ноября) мы уже сделали 548 зобов“...

Последние примеры приближают нас к вопросам, связанным с рационализацией техники врачебного труда. В этом вопросе мы находимся еще на первых ступенях этого движения и, несомненно, грядущие годы принесут нам много интересных и практически важных достижений.

Но нас лично интересует другой вопрос. Мы решили сделать попытку проникнуть с методами рационализации в совершенно нетронутую



область врачебного опыта. Иначе говоря, мы поставили себе задачу найти методику рационального накопления врачебного опыта. Как можно формулировать понятие о врачебном опыте? Мне кажется, что это расплывчатое понятие можно уложить в следующую формулу. Под врачебным опытом следует понимать сумму зрительных, слуховых и тактильных впечатлений, накопленных в нашей подсознательной сфере в результате повседневного труда, сумму впечатлений, понятно, находящихся между собой в ассоциативной связи. В зависимости от индивидуальной живости ассоциаций вновь встречающиеся факты повседневного труда находят свою преемственность с прошлыми впечатлениями. Опытный врач—это человек с богатыми ассоциациями и умением ими пользоваться. Нередко можно встретить старого врача, который с одного взгляда на больного правильно решает диагностическую задачу. Это то, что немцы называют Blitzdiagnose—молниеносный диагноз. В этих случаях охотно пользуются понятием интуиции, чутье, божий дар. На самом деле это очень часто бессознательный для самого врача молниеносный ассоциативный эксперимент. В мгновение происходит контакт между свежим впечатлением и накопленными зрительными впечатлениями прошлого и, если этот контакт хорошо налажен, то диагноз часто верен.

Большая творческая работа врача у постели больного слагается в сущности из 3-х элементов. Собираение материала—анамнез, объективное исследование—в этом сказывается наблюдательность врача, анализ явлений—здесь обнаруживаются ассоциативные способности и, наконец, обобщение всего материала—синтетический процесс. Нам всегда казалось, что последние два процесса в большинстве случаев, в практической работе протекают в подсознательной сфере. А между тем в постоянном упражнении этих способностей заложен путь к рациональному накоплению врачебного опыта.

Карта №..... Время наблюдения.....

Диагноз.....

Ф. И. О..... Возраст.....

Профессия..... Адрес.....

а) Анамнез

б) Объективное исследование

в) Данные лаборатор. исслед.  
и рентген.

г) Течение.

д) Данные патол.-анат. исследования.

Резюме:

Включения.



Для этой цели нами предложена карта, в которую заносятся основные данные исследования больного. Обращаю внимание, что здесь не должно быть механического переписывания истории болезни. Эта карта *выхватывает* из анамнеза, объективного исследования наиболее важные в диагностике опорные пункты, отбрасывая все ненужное, несущественное. На этой же карте заносятся данные лаборатории и рентгена. В случае операции, аутопсии имеется место и для данных эпикриза. В сущности в этой карте должен быть экстракт исследования больного, причем внимание должно быть уделено особенностям данного случая. Нужно научиться схватывать не только наиболее существенное в данном случае, но и те особенности, которые отличают его от сотен других случаев с аналогичным заболеванием. В этом следует видеть упражнение в наблюдательности. При известном навыке это удается. Дальше следует резюме. В сжатом стиле врач подвергает анализу данный случай и в логике построения диагноза выковывает его верность. Здесь же в случае ошибочных, не оправдавшихся на вскрытии, на операции, в дальнейшем течении заключений он ищет источник своей ошибки. Найти то слабое звено в цепи доказательств, которое разрушило его диагностические построения, чрезвычайно важная воспитательная задача для врача.

2-ая часть резюме принадлежит предлагаемому мною *методу включений*. Нужно выбрать какой-нибудь факт, иногда деталь данного случая и предоставить свободный поток ассоциациям, регулируя их русло. Припоминается давно забытое наблюдение, факт, прочитанный в книге, мысль сейчас возникшая и т. д. Все это записывается чрезвычайно сжато, компактно. Эти ассоциации строго индивидуальны. Для автора данной карты достаточно иной раз записать только фамилию, остроумную деталь, слово, и за этим словом прячется целый комплекс представлений.

Пример. Осенью 1929 г. в нашей клинике лежал б-ой Ф. с диагнозом „хронический грипп“. В его анамнезе выяснилась интересная деталь. На амбулаторном приеме ему был поставлен диагноз туберкулез легких (тяжелая форма). Б-ой был переведен в дом хроников. Когда он туда попал, рассказывает Ф., то прежде всего он подумал, что слово „хроник“ происходит от слова хоронить, а потому решил приложить все усилия, чтобы перейти отсюда в другую больницу. В последующих картах в отделе включений достаточно будет отметить только одно слово „хроник“ для того, чтобы восстановить в памяти этот случай.

Оба отдела резюме—стержень всей карты. Без них, конечно, карта теряет свой смысл.

Надо сказать, что резюме в целом я рассматриваю, как фиксацию путей мышления по данному случаю. Здесь, конечно, сказывается способность к логике, анализу и высшей комбинаторной способности интеллекта—синтезу. Метод включений есть проба эрудиции, памяти, постоянная ревизия запаса накопленных знаний. Постоянно упражняя эти способности, постоянно тренируя ассоциативные пути, удается достигнуть больших и интересных результатов.

Собирая в течение продолжительного времени такой материал, врач не только постоянно упражняет свое мышление, но он еще накапливает материал совершенно исключительной ценности. Ни одна книга, ни одна статья в журнале не даст больше врачу, чем периодический просмотр



своей картотеки. Разбивая картотеку по отделам, врач, просматривая свои карты, свои заключения, возобновляет в памяти своей опыт, восстанавливает течение заболеваний, которые он видел в жизни и которые очень часто протекают вовсе не так, как это изображено в книге. Я привожу в этих случаях примеры из клиники новообразований легких.

Почти всегда в книгах Вы находите привычное, я бы сказал стандарт описания этого заболевания. Жизнь же дает такое многообразие течения и клинического проявления этого заболевания, отображение которого Вы никогда не найдете в *книге*. Ибо книга дает тип, а жизнь вариант. У меня записан случай бронхокарциномы, протекавшей под видом холецистита, больному была даже сделана соответствующая операция. Я знаю случай, где больному был поставлен диагноз артрита плечевого сустава, а это была бронхокарцинома верхней доли левого легкого. Я хорошо записал случай своей ошибочной диагностики бронхокарциномы, которую я диагностировал как неразрешившуюся пневмонию. Без труда я мог бы увеличить примерами совершенно своеобразного течения карцином легкого, протекавших в начале по типу малярии, брюшного тифа и т. д. Все это неоценимый материал жизни, который легко забывается, если его не зафиксировать и, что особенно важно, если не связать настоящее наблюдение с прошлым.

Здесь методу включений принадлежит решающая роль. Достаточно задать какую-нибудь деталь, включенную в цепь наших представлений, как сейчас же ассоциативный механизм приходит в действие и каждая такая деталь не остается изолированным фактом, а находится в живой связи с прошлым опытом врача. Как известно, мы хорошо запоминаем все, что окрашено чувством удовольствия или неудовольствия. Удачно поставленный диагноз, грубая ошибка в диагностике, лечении, врезаются в память, а весь материал промежуточный постепенно забывается, если его не связать путем ассоциаций со всем тем комплексом представлений, которые имеются у врача по данному вопросу. Часто мне говорят, что все равно я не запомню всех больных, *да это и не нужно*. „Один хорошо продуманный случай дороже 100 поверхностно пропущенных“, говорит Albrecht. В ряде случаев мне неважно запомнить вид больного, мне важно восстановить в памяти ход моих рассуждений и те ассоциации, которые будил во мне случай. Врач только что поступает в больницу, в клинику, он с самого начала приучает себя к дисциплинированному мышлению, ничего не пропадает для него, все используется, и если за 3—4 года он накопит материал в 500 карт, то это будет его запечатленный опыт, постоянно интересная книга; каждый грядущий день будет обогащать эту книгу и ее наблюдателя. Его первые карты через несколько лет могут показаться ему примитивными, многое впоследствии он в них исправит (развитие врача—процесс диалектический), но с течением времени и параллельно его врачебному опыту, его эрудиции будет расти и содержание его резюме.

Мало того, я представляю себе такой опыт у хирурга. Вначале своей деятельности молодой хирург интересуется диагностикой и техникой операции—это находит отражение в резюме его карт, но наступает такая полоса в жизни хирурга, когда его уже не интересует количество аппендицитов и грыж, его начинают интересовать вопросы, почему одна и та же операция, одинаково успешно проведенная, дала различные



результаты, его начинает интересовать послеоперационный период, вопросы конституциональной реакции на оперативное вмешательство—и это начинает получать свое отражение в его картотеке. За много лет собранный врачом материал является не только рационально накопленным опытом, но и является диаграммой его роста как врача и хирурга. В этой кривой он увидит темп своего роста и качество своей работы. И врач-педагог тоже сумеет хорошо использовать свой материал для целей преподавания. Свои занятия он всегда сопровождает примерами из своего опыта. Имея под руками конденсированный опыт, он всегда может богато обставить свои занятия, иллюстрируя ряд деталей примерами из жизни. А ценность педагога-клинициста как раз и заключается в синтезе эрудиции и личного опыта.

Предлагая метод рационализации накопления врачебного опыта, мы опираемся на результат годичной работы, результат, превзошедший наши ожидания. Я позволю себе утверждать, что достаточно накопить 20—30 карт для того, чтобы убедиться в ценности предлагаемого метода. Всякий практический врач поймет, что это путь к самосовершенствованию, углублению своих познаний, что это путь к мастерству. А в сущности говоря, мастерство и является основной задачей всякого врача. Научиться этому мастерству, вот в чем смысл пребывания врача здесь, в стенах Института.

Но высокое мастерство врача в конечном счете мало отличается от мастерства палехского кустика, который в своей творческой фантазии так подбирает краски, что получается подлинное художественное произведение. Здесь тот же творческий процесс, различны лишь сферы его проявления, различны объекты его работы, но процесс, как таковой, единый. И не потому ли нас одинаково волнуют рисунок и краски на картинах Серова и изысканность стиля и логика лекций Dielafoy?

Я кончаю свой доклад словами мудрой немецкой пословицы: „Uebung macht den Meister“. Упражнение делает мастера. Но для врача нужно не только упражнять свою технику, но и постоянно упражнять свою наблюдательность и способность к дисциплинированному мышлению. В синтезе технических достижений и гибкого любознательного ума—залог того мастерства, которого многие из здесь присутствующих так страстно ищут.

## ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургического отделения Ардатовской районной больницы Мордовского округа (заведующий д-р Н. В. Иванцев).

### Два случая образования кости в послеоперационном рубце брюшной стенки.

Д-р В. Е. Родионов.

(С рис.).

Гистогенетически сходные клетки могут иногда под влиянием малоизвестных причин подвергаться метаплазии. В некоторых случаях превращение одного вида ткани в другой происходит без всякой видимой причины, как например, в различного рода смешанных опухолях; в других случаях явления метаплазии мы наблюдаем при хронических раздражениях тканей (Подвысоцкий). Наши