

кровообращения, нервной системы, зрения, слуха и пищеварения и в незначительной мере болезнями органов дыхания. Нижняя команда более подвержена болезням органов дыхания, туберкулезу легких, болезням органов пищеварения, ревматизму, болезням органов зрения и слуха; венерическими болезнями как верхняя, так и нижняя команда заболевают в одинаковой мере.

Что касается непарового флота, то там наблюдается наибольшее распространение желудочных болезней, ревматизма, болезней кожи, туберкулеза и малярии.

### О медицинскиѣ кадрах.

Проф. Е. М. Лепского (Казань).

Кадры медицинских работников давно составляют одно из слабых мест нашей медицинской организации; недостаточное количество их, неравномерное распределение по стране, несоответствие их подготовки тем требованиям, какие предъявляет жизнь, неоднократно обсуждались на съездах и в печати. Но в настоящее время, когда культурный рост населения и социалистическая перестройка экономики и быта еще более повысили потребность в медицинском обслуживании и предъявили спрос на медицинского работника новой формации, наша старая нужда приобрела особую остроту. Декабрьское постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян, решение СНК РСФСР от 28 января 1930 г., распоряжения НКЗ, изданные в развитие этих решений, наконец, постановления, принятые в марте с. г. на Всероссийском съезде здраводелов и на методическом совещании при Главпрофобре сильно подвинули реорганизацию здравоохранения и вместе с тем не только поставили в порядок дня вопрос о медицинских кадрах, но и в значительной мере определили пути его решения.

Остановимся сначала на количественной стороне вопроса. По данным, опубликованным В. М. Броннером <sup>1)</sup>, к концу текущей пятилетки потребуется 64.963 врача, причем не хватит 21.250 врачей; а в следующую пятилетку потребуется еще 56.200 врачей. Эти цифры, конечно, не могут быть очень точны; но если они нуждаются в поправке, то скорее в смысле увеличения, чем в смысле уменьшения; по мере того, как выясняется размах происходящего социалистического строительства и уточняются планы развертывания медицинских учреждений, потребное количество врачей будет все более возрастать. Между тем существующие медвузы при нынешнем темпе подготовки врачей смогли бы выпустить только 15% требуемого количества. Правда, намечаемые согласно решению СНК меры — установление двух приемов в год или занятия в 2 смены, открытие в ближайшие годы ряда новых институтов (в Иваново-Вознесенске, Самаре, Хабаровске, Алма-Ате, Свердловске и Симферополе), учреждение при некоторых медвузах парал-

<sup>1)</sup> Основные принципы реорганизации высшей медицинской школы „На фронте здравоохранения“ № 4, 1930 г.

лельных вечерних факультетов, сокращение срока пребывания студентов в вузе и проч., — сильно (приблизительно втрое) повысят продукцию медвузов; но все же эти мероприятия не разрешат проблемы полностью. Использование всех безработных врачей и работающих не по специальности даст сравнительно лишь незначительное пополнение кадров.

Некоторое ослабление остроты положения могло бы дать достаточное количество хорошо обученного среднего персонала. Значение среднего персонала в системе здравоохранения у нас, мне кажется, многими недостаточно оценивается; его подготовке не уделяется того внимания, которого он заслуживает, и столько средств, сколько следовало бы. Врачи нередко переносят свое отрицательное отношение к фельдшерам старого типа на весь средний персонал. Между тем соответствующим образом подготовленная сестра, работающая под врачебным контролем, не только является важным фактором в организации надлежащего ухода за больными, но может кое в чем и разгрузить врачей. Некоторые функции, выполняемые теперь врачами в лабораториях, в профилактических учреждениях, отчасти и в лечебных заведениях, могли бы быть переданы среднему персоналу, как это имеет место в Зап. Европе; это помогло бы использовать врачебный труд только на такую работу, которую не может выполнить лицо без врачебной квалификации.

Однако, в отношении среднего персонала у нас имеется еще большая нехватка, чем в отношении врачей. Согласно опубликованным недавно в печати данным вместо требующихся за пятилетку 138.000 лиц среднего персонала, смогут быть подготовлены только 62% этого количества. Но здесь легче помочь беде, чем при недостатке врачей; без большого ущерба для дела можно сократить время подготовки сестер до 2-х или даже, по некоторым специальностям, до 1½ лет, если только общая подготовка их при поступлении в техникум будет достаточная. Принятые здесь меры быстрее дадут эффект, который может сказаться еще в течение текущей пятилетки. Количество медтехникумов может быть увеличено без больших затрат путем устройства их в каждом крупном городе, где имеются благоустроенные лечебные и профилактические учреждения для проведения практики и соответствующий преподавательский персонал. Для некоторых категорий среднего медицинского персонала, как сестры социальной помощи, лабораторные и друг., можно было бы ввести заочную подготовку по всем теоретическим дисциплинам с последующей проверкой знаний и практикой при соответствующем учреждении в течение 1 года или даже меньше. Существующие в настоящее время при НКЗ заочные курсы рассчитаны лишь для лиц, нуждающихся в переподготовке и повышении квалификации; следовало бы расширить их функции в указанном направлении.

Одно из основных затруднений при разрешении вопроса о медицинских кадрах заключается в том, что молодежь неохотно идет на медфак и в медтехникум вследствие низкой оплаты медицинского труда и тяжелых условий работы. В упомянутой статье В. М. Броннера указывается ряд мер для привлечения молодежи в медвузы: прикрепление рабфаков к медфакам, устройство сельфаков для подготовки в медвузы, контрактация студентов-медиков, повышение заработной платы врачей и друг. Несомненно, что наиболее действительной мерой явилась бы последняя: только с улучшением материальных и, в особенности, быто-

вых условий для медперсонала, работающего в деревне (обязательное предоставление квартиры, средств передвижения, литературы, увеличение отпусков и научных командировок); можно будет удержать там работников, попавших туда тем или иным путем.

Надо еще иметь в виду, что расширение продукции медвузов потребует больших средств на дополнительное оборудование лабораторий, клиник и т. п. и значительного расширения преподавательских кадров, которых на первое время тоже будет недостаточно. Все перечисленные обстоятельства заставляют думать, что количество медработников, которым будет располагать страна, еще довольно долго будет оставаться недостаточным; придется еще ряд лет мириться с перегруженностью персонала работой, с совместительствами и проч.

Еще более сложную проблему, чем вопрос о количестве медицинских работников, представляет вопрос об их качестве. В краткой журнальной статье нет возможности хотя бы только затронуть все стороны этого сложного вопроса. Остановлюсь на некоторых пунктах, которые представляются мне наиболее актуальными в данный момент.

В деле подготовки врачей очень много споров вызывает вопрос о том комплексе знаний, которыми должен обладать студент, приступающий к занятиям в клиниках. Так как для понимания процессов, происходящих в больном организме, студент должен иметь основательную подготовку по нормальной и патологической физиологии, а при изучении этих дисциплин требуется, в свою очередь, некоторый запас знаний по физике, химии, нормальной и патологической анатомии и по другим наукам, то в доклиническое образование студента приходится включить ряд дисциплин, которые трудно уложить в два года обучения. В немецкой периодической медицинской прессе в течение ряда лет идет дискуссия по вопросу о длительности доклинического обучения и об его содержании, причем физиологи настаивают на важности изучения биологических процессов, а анатомы защищают значение морфологических дисциплин. Последнее методическое совещание при Главпрофобре, развивая линию, которая была определена тезисами ГУС'а о реорганизации высшего медицинского образования, решило еще больше сократить число часов, отводимых для изучения морфологии, слив курс анатомии с гистологией в одну дисциплину морфологии человека. Это, конечно, очень радикальное решение вопроса, которое, несомненно, вызовет много возражений. Можно посоветовать противникам его вспомнить, действительно ли они в свои студенческие годы тратили на изучение анатомии столько времени, сколько полагалось по учебному плану, все ли усвоили, что преподавалось, и много ли осталось в памяти из того, что было усвоено. Не будет ли целесообразнее на первых курсах сообщать по анатомии лишь минимум сведений, необходимый для понимания дисциплин, изучаемых в дальнейшем с тем, чтобы в будущем врач углублялся в анатомию того отдела, который нужен для его специальности? В учебных планах, приложенных к тезисам Броннера, кроме курсов физики, химии (неорганической, физической, органической и биологической), общей биологии и физиологии, значатся также курсы по истории медицины, по истории методологии естествознания (вместе с курсом диалектического материализма), по психологии и обязательные занятия по иностранным языкам. Эти предметы должны, мне кажется, настолько

расширить кругозор начинающего медика и увеличить его возможности в процессе дальнейшего приобретения знаний, что для них стоит пойти и на временное уменьшение количества фактических знаний, если бы оно даже действительно имело место.

Не останавливаясь на других сторонах доклинического обучения студентов, перейдем к другим вопросам, касающимся качества врачебных кадров. Оканчивающие врачи оказываются, по общему признанию, очень беспомощными; большинство их не в состоянии сейчас же приступить к врачебной деятельности, а должно предварительно практиковать более или менее продолжительное время в каком-либо лечебном заведении. Так обстоит дело не только у нас, но и в других странах. Одной из причин этого является перегруженность учебных планов теоретическими дисциплинами и недостаточное количество времени, отводимого для практической работы студентов у постели больного.

Принципы построения медицинского образования, которые были приняты у нас до революции и долгое время после нее, очень близки к принципам, господствующим в германских университетах. В своей интересной книге о медицинском образовании Flexner <sup>1)</sup> показал, каким образом возникла теоретичность медицинского образования в Германии и примыкающих к ней странах. В то время как во Франции и в Англии медицинские факультеты развились из лечебных заведений, которые на первое место, естественно, ставили наблюдение больного, в основу немецких медицинских факультетов легли университетские кафедры, которые издавна культивировали развитие теоретического знания. Это преобладание теории вызвало ряд коррективов, сначала в виде обязательной практики студентов в клиниках и т. п., а впоследствии в виде обязательного практического года по окончании медфака. Русские медфаки заимствовали у немецких выдвигание теории на первый план, но не заимствовали коррективов. В противоположность тому, как дело обстоит в Германии (а прежде было и у нас), где студент-медик не допускается в клинику до сдачи „полукурсовки“, во Франции он обязан с первого курса медфака посещать клиники и слушать клинические лекции еще до окончания работ по анатомии и физиологии и до того, как он начал изучать бактериологию и патологическую анатомию.

Методическое совещание, приняв проект В. М. Бриннера, заняло середину между этими двумя крайними системами; по этому проекту производственная практика проводится все четыре года обучения, но на первом году она служит только для ознакомления студентов с типами учреждений. На втором году часть времени, отводимого для производственной практики, предоставляется для ознакомления с работой профилактических учреждений, а другая, большая часть времени уходит на выполнение в колхозной больнице работы младшего и среднего персонала. На третьем и четвертом году студент выполняет производственную практику в качестве помощника врача. Такая постановка дела, несомненно, лучше ознакомит студентов с практической стороной врачебного дела и с постановкой его в деревне и скорее научит их правильному подходу к больному; после такой производственной практики

<sup>1)</sup> Medical education. A comparative study. By Abraham Flexner. New York. The Macmillan Co., 1925.

они, вероятно, не будут так, как теперь, бояться самостоятельной работы на селе. Но вместе с тем эта система кроет в себе ту опасность, что студент может приучиться наблюдать больных, не отдавая себе отчета в том, что видит. Необходимо будет обеспечить производственной практике такое содержание, которое не приучало бы студентов к вероглядству, а, наоборот, будило бы в них желание глубже осмыслить все виденное.

Другая причина практической неприспособленности молодых врачей лежит в многопредметности учебных планов медфака и в вытекающей отсюда невозможности для студента подготовиться по главным дисциплинам настолько основательно, чтобы быть в состоянии сейчас же по окончании медфака работать самостоятельно. В западно-европейских странах это привело к удлинению срока пребывания студентов в университете до шести, семи лет и более. У нас, при вопиющей нужде во врачах, пока не может и речи быть об удлинении срока обучения. Наоборот, с разных сторон раздаются предложения о сокращении его.

Методическое совещание нашло некоторый выход из положения в том, что пошло по линии специализации медобразования еще внутри вуз'а. Предполагается организация трех типов медфака (лечебно-профилактического, санитарно-профилактического и охраны материнства, младенчества и детства) с рядом отделений или уклонов на каждом из них. При этих условиях оказалось возможным пойти и на сокращение срока обучения. Принятый согласно проекту В. М. Броннера 4-летний срок не означает, строго говоря, сокращения обучения, так как укорочение времени пребывания в вуз'е здесь достигается за счет сокращения каникул и уплотнения занятий в учебное время. Но для некоторых узких специальностей совещание признало возможным допустить и срок в  $3\frac{1}{2}$  года, что уже никак не может быть осуществлено без сокращения учебного времени.

В случаях крайней необходимости, конечно, приходится мириться и с урезанной программой обучения. Ценность молодого специалиста в конечном счете определяется не столько тем количеством знаний, которое он вынес из вуз'а, сколько его способностью работать над своим дальнейшим усовершенствованием. В деле медицинского образования различные недочеты могут у нас быть скорректированы благодаря тому, что врачи получают регулярные научные командировки, во время которых пополняют свои знания. Все же сокращение срока обучения до  $3\frac{1}{2}$  лет должно быть рассматриваемо как временная мера, вызванная необходимостью и подлежащая отмене как только представится возможность.

Против узкой специализации приводят обычно тот основательный довод, что она ограничивает медицинский кругозор врача и тем лишает его возможности оценивать состояние больного в целом. Избегнуть этого может только тот специалист, который имеет достаточное биологическое и общее образование. При проведении специализации внутри медфака учебные планы для специалистов по клиническим дисциплинам должны особенно учитывать это обстоятельство. Иного рода возражение против узкой специализации, которое у нас может возникнуть, относится к организационной стороне дела. В то время как практическая медицина разраслась в ряд узких специальностей, организационные формы медпомощи

широким массам населения, в особенности на селе, этому не соответствуют: единственный врач на участке должен быть осведомлен по всем специальностям. Правда, к тому времени, когда будут кончать медфак обучающиеся по новым учебным планам студенты, во многих колхозах, вместо существующих теперь в деревнях карликовых медицинских учреждений в виде участковых больничек и врачебных пунктов, уже будут устроены единые диспансеры с несколькими специальными кабинетами и больницы на 40—50 коек с разными отделениями. Таким образом, это возражение постепенно будет терять свое значение.

Техническая подготовка врачей еще не исчерпывает вопроса о качестве кадров. Самая лучшая подготовленность специалиста не гарантирует его пригодности для работы в наших условиях, в период строящегося социализма, когда идет ожесточенная классовая борьба. Доказательств этому мы видели в последнее время более, чем достаточно. Соответствующий социальный подбор учащихся дает только недостаточную гарантию идеологической выдержанности, если не имеет места длительное воспитательное воздействие в желательном направлении. Для того, чтобы врачи могли по окончании медфака выполнять не только свою чисто медицинскую, но и общественную работу так, как это теперь требуется, они должны быть воспитаны в убеждении, что строительство социализма—неизбежный и справедливый процесс, несущий избавление от нищеты и темноты огромной массе народа. Имеются ли у нас соответствующие воспитатели среди преподавателей медфаков? Хотя многочисленные заявления различных интеллигентских групп говорят о происходящих в настоящее время благоприятных изменениях в настроении интеллигенции, позволительно все же усомниться в том, что таких преподавательских кадров будет достаточно. А создать их в короткое время невозможно. Надо полагать поэтому, что воспитательное влияние медфаков в желательном направлении еще долго будет оставаться недостаточным и что придется пока рассчитывать в этом отношении преимущественно на идеологическое влияние вузовских общественных организаций.

Еще один вопрос должен здесь быть затронут, хотя бы очень кратко; это—вопрос о национальных медицинских кадрах. Деятельность врача и еще в большей мере деятельность среднего медперсонала в значительной степени парализуется, а в некоторых отношениях становится совершенно невозможной, если эти лица не могут объясниться с больным или с его близкими. Насколько обесценивается санитарно-просветительная деятельность, собиравание анамнеза, разъяснение больному его состояния, насколько, вообще, затрудняется подход врача к массе, когда приходится пользоваться переводчиком, понятно и тому, кому не приходилось работать в таких условиях.

Для осуществления намечаемых планов по медобразованию потребуются, помимо огромной работы внутри медицинских учебных заведений, длительная и интенсивная подготовительная деятельность различных органов и учреждений. Так, общественным и профессиональным организациям придется приложить много усилий к тому, чтобы подобрать для расширенных приемов в медицинские учебные заведения необходимое количество молодежи соответствующего социального состава. На преподавательский персонал подготовительных курсов ляжет задача обучить кандидатов, желательных по своему социальному происхождению, но не имеющих достаточной подготовки.

Ответственная роль в этом деле выпадает и на долю практических врачей. Производственная практика студентов будет в значительной мере протекать в колхозных больницах под руководством работающих там врачей; учащиеся медтехникумов также будут практиковать в учреждениях здравоохранения больше прежнего. Это означает, что к непосредственному участию в подготовке медицинских кадров окажутся привлеченными, помимо собственно преподавательского состава, и широкие врачебные круги. Можно не сомневаться, что врачи на местах хорошо примут практикантов и постараются создать наиболее благоприятные условия для их работы, тем более что практиканты обычно повышают тонус деятельности учреждения, а к концу своего стажа могут оказывать существенную помощь в работе.

Разрешение проблемы медицинских кадров связано, как мы видели, с целым рядом больших трудностей. Но возрастающие материальные возможности нашей страны, повышающийся культурный уровень населения и растущая активность народных масс должны вселять в нас уверенность, что эти трудности будут преодолены и что в недалеком будущем население будет, наконец, обеспечено медицинской помощью в надлежащей мере.

### Реформа медобразования и Институты для усовершенствования врачей.

(В порядке обсуждения).

Проф. Р. А. Лурия.

Огромные сдвиги производственных отношений в стране, и в области индустриализации ее, и в социалистическом секторе сельского хозяйства, призвали к жизни широкие планы социалистической реконструкции здравоохранения. К концу пятилетки нужно иметь ориентировочно около 60 тысяч врачей, около 140 тысяч среднего медперсонала. И не только врачей и медперсонала, не только получивших медобразование *вообще*, но *практических* специалистов в данной отрасли медицины и здравоохранения. Это и повело к грандиозной перестройке всего медобразования, к передаче медвузов и медтехникумов в органы здравоохранения с тесной увязкой нового учебного плана с самим производством. В других местах (см. „На фронте здравоохранения“, № 4, 1930, „Советский врач“, 1930 и „Врачебное дело“, 1930) я подробно остановился на том, как отразится эта реформа медобразования на деле государственного усовершенствования врачей, и попытался показать, что новая установка медвузов и новые огромные задачи, стоящие перед органами здравоохранения в связи с невиданным ростом культурных потребностей масс не только не умаляет, но в значительной мере повышает значение учреждений, имеющих задачей поднятие квалификации советского врача.

Однако, эта новая установка на врача *не универсалиста* или энциклопедиста, а на *практического специалиста* потребует значительной реконструкции не только медвузов, но и институтов для усовершенствования врачей, и я хочу предложить вниманию и работников этого дела и, особенно, вниманию многочисленной аудитории врачей-слушателей институтов проект новой организации для повышения квалификации врача.