

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.

Пред *государственным* усовершенствованием врачей стоят три задачи: 1) собственно *усовершенствование* врача, 2) *специализация* врача и 3) создание кадров *высококвалифицированных специалистов*, преподавателей для врачей и медвузов, или кадров для подготовки кадров.

Все эти три задачи могут быть, на мой взгляд, практически осуществлены наиболее целесообразно, если, с одной стороны, структура институтов и их учебные планы будут построены на тех же принципах, как учебные планы нового медвуза, являясь как бы естественным продолжением полученного в свое время врачом медобразования и если все дело поднятия квалификации врача будет *планово и методологически объединено* в пределах и рамках одного учреждения. Я тут же должен оговориться во избежание всяких недоразумений и кривотолков, что наряду с таким мощным учреждением, мыслимым только в очень крупном научном центре, по-прежнему усовершенствование врачей может производиться и в других институтах, имеющих достаточную для этого базу как опытных преподавателей, так и научных и лечебно-профилактических учреждений. Исходя из этих основных предпосылок, я предлагаю следующую структуру такого института, который можно было бы ориентировочно назвать *Государственным Институтом врачебных кадров*.

Считая, как правило, нецелесообразным организацию в нем краткосрочных курсов типа повторительных, я полагаю необходимым для известного отрезка времени все же удерживать курсы для *усовершенствования* врачей типа 4-х месячных так, как они проводятся нами в настоящее время. Но уже теперь целесообразно разделить эти курсы на два факультета: а) *лечебно-профилактический* и б) *санитарно-профилактический* с тем, чтобы из наличного состава врачей создать необходимые кадры санитарных врачей, микробиологов и эпидемиологов, в которых страва ощущает особенно острую нужду. Преподавание должно вестись попрежнему строго практически по 4-м циклам на лечебно-профилактическом и по 2-м циклам на санитарно-профилактическом факультете (см. *схему*). Однако, внутри этих циклов уже теперь следует установить *уклоны*, комбинируя по учебному плану работу врача так, чтобы он, насколько это возможно, практически овладел двумя-тремя близкими дисциплинами, например: внутренние болезни, нервные и физиатрия; внутренние, детские и физиотерапия; хирургия и гинекология; бактериология и эпидемиология и т. д. Опыт Казанского института показал, что это возможно и дает на деле не плохие результаты, которыми как будто довольны и командированные врачи и здравотделы.

Вторая задача — и главнейшая — осуществляется *специализацией* врачей на двух факультетах и в одном отделении. В факультете лечебно-профилактическом предусмотрено 20 специальностей, в санитарно-профилактическом 17 специальностей (см. *схему*). Срок научной командировки не может быть, разумеется, одинаковым для всех врачей, он находится в зависимости от избранной специальности и колеблется от 6 до 9-ти месяцев. Надо оговориться, что дело идет о создании мощных кадров врачей *практиков-специалистов*, т. е. именно тех работников, которых требует и единый диспансер для амбулаторной и лечебно-профилактического объединения для стационарной медицинской помощи, помощь на дому и вся новая социалистическая конструкция здравоохранения и в городе, и в колхозе. Надо, с другой стороны, иметь в виду, что в этот

сектор Института командировются врачи периферии, получившие уже некоторую специализацию или в новом медвузе, или на практической работе на самом производстве, и можно поэтому утверждать, что, несмотря на сравнительно короткий срок, врачи эти получают вполне достаточную подготовку для практической работы специалиста и для самостоятельной проработки вопросов, выдвигаемых самой жизнью. Кроме того, надо помнить, что едва ли на больший срок можно будет оторвать много врачей для научной командировки. Можно, конечно, спорить о количестве предусматриваемых схемой специальностей, о раздроблении их на более узкие или, наоборот, о сведении их в более крупные, но в основе структуры институтов и учебных планов должно лежать несомненно одно — это социальный заказ, который дается страной здравоохранению и практические потребности самих врачей в повышении своей квалификации. Вот почему предлагаемая мною схема в этой части является, разумеется, ориентировочной и не может оставаться строго и раз навсегда установленной в противоположность стабильному учебному плану нового медвуза.

Однако, рассматривая ее в свете наиболее широких запросов, предъявляемых передовыми организациями здравоохранения, например, применительно к плану социалистической реконструкции здравоохранения, предложенному 7-му Съезду здравоохранителей Ленинградской организации, я убедился в том, что такая структура специализации должна удовлетворять даже и эти максимальные на сегодняшний день запросы.

При перечислении специальных дисциплин санитарно-профилактического факультета некоторые из них имеются в виду практически соединять вместе; так, возможно на первых порах соединить санитарию и общую гигиену с гигиеной экспериментальной, но, несомненно, с течением времени потребуется и здесь готовить весьма узких специалистов определенной квалификации.

Кроме упомянутых двух факультетов в Институте должно быть создано особое *отделение для организаторов здравоохранения, администраторов и хозяйственников* (см. схему). Рабочий класс выделяет в настоящее время тысячи работников на эти должности и опыт, показал, что активная работа не врачей, а рабочих на этих должностях приносит огромную пользу делу здравоохранения и приближает его к массам. Для них, а также и для лиц с медицинским образованием, но занятых до сих пор чисто административно-организационной работой, необходимо иметь не случайные краткосрочные инструкторские курсы, а специальное учреждение, где работа шла бы по строго выработанному учебному плану как теоретическому, так и практическому. И именно в Институте врачебных кадров необходимо планово предусмотреть и организовать такое учреждение для ознакомления рабочих с основами советского здравоохранения и с методами практической работы руководителей его учреждений.

Третья задача — подготовка кадров для кадров осуществляется и теперь в Институтах усовершенствования врачей. Особенная важность и значимость этой задачи очевидна для всякого, кто знаком с положением медицинского образования в стране и с подготовкой нашей смены. Именно в нее, в эту задачу упираются в большой мере в настоящее время вопросы усиления и углубления работы по созданию вообще врачебных кадров в стране. Вот почему наряду с усовершенствованием и специализацией Институт должен серьезно поставить вопрос о подготовке пре-

подавателей по всем дисциплинам практического здравоохранения. Но недостаточно было бы для этого только предусмотреть штаты научных сотрудников. Вопрос упирается в методы обучения научной смены, в плановость подготовки научных работников. В другом месте (см. „Вопросы здравоохранения“, 1929, № 12) я достаточно подробно остановился уже на этих вопросах исключительной важности и поделился опытом Казанского института в этом деле. И именно теперь, когда взята твердая установка на врача-специалиста, наши планы подготовки научных работников, отличающиеся тем, что наряду с детальным изучением избранной специальности врач знакомится с теоретическими дисциплинами (патологическая анатомия, бактериология), с пограничными областями и ведет одновременно практическую работу вне клиники (колхоз, курорт),—именно теперь существенно важно заново ставить вопрос о методике подготовки преподавателей медицины.

В структуре Института следует предусмотреть еще одно задание. Ряд достаточно квалифицированных врачей и специалистов отправляются в крупные центры для разработки отдельных научных вопросов, поставленных себе научных тем или для практического ознакомления с той или иной методикой распознавания, профилактики, лечения болезней, наконец, с организационными вопросами здравоохранения. До настоящего времени дело сводилось к случайному выбору того или иного Института или даже только лица, персонально известного своими работами в данной области. Внесение плановости в эти научные командировки и организации их с тем, чтобы командировка носила не частный, а государственный характер и была бы наиболее эффективной, является почетной задачей Института врачебных кадров.

С Х Е М А

построения учебной части *Института врачебных кадров.*

1. Усовершенствование врачей (4 месяца).

А. Лечебно-профилактический факультет.

Ц и к л ы:

1. Терапевтический.

- а) Внутренние болезни.
- б) Физиотерапия.
- в) Рентгенология.
- г) Нервные болезни.
- д) Кожно-венерические болезни.

2. Педиатрический.

- а) Микropедиа́трия.
- б) Педиатрия.
- в) Охрана материнства.
- г) Охрана здоровья детей.

3. Хирургический.

- а) Хирургия.
- б) Ортопедия.
- в) Гинекология.
- г) Акушерство.
- д) Ото-рино-ларингология.

4. Глазной.

- а) Глазные болезни.
- б) Трахома и борьба с нею.

Б. Санитарно-профилактический факультет.

Ц и к л ы:

1. Санитарно-гигиенический.

- а) Общий санитарный врач.
- б) Санитарный врач с уклоном (пищевая, коммунальная, санитарная медицина).

2. Микробиологический и эпидемиологический.

II. Специализация врачей (6—9 месяцев).

- | | | |
|---|--|---|
| А. Факультет лечебно-профилактический. <ol style="list-style-type: none"> 1) Внутренние болезни и физиотерапия. 2) Нервные болезни и физиотерапия. 3) Физиотерапия. 4) Рентгенология. 5) Кожные и венерические болезни, сифилис и социальная борьба с ними. 6) Педиатрия. Охрана материнства. 7) Хирургия и ортопедия. 8) Урология. 9) Гинекология, акушерство. Физиотерапия. 10) Ортопедия (и хирургия) и травматология. 11) Глазные болезни, учение о трахоме и борьба с ней. 12) Одонтология и стоматология. 13) Психиатрия, психогигиена, невро-психиатрическая профилактика и психотерапия. 14) Туберкулез и борьба с ним. 15) Малярия и борьба с ней. 16) Курортология и бальнеология. 17) Диететика, кулинария, диетотерапия. 18) Профзаболевания. 19) Лаборанты клинические. 20) Прозекторы. | Б. Факультет санитарно-профилактический. <ol style="list-style-type: none"> 1) Бактериология. 2) Эпидемиология. 3) Санитария и гигиена общая. 4) Гигиена экспериментальная (лаборанты). 5) Санитария коммунальная (водоснабжение, ассенизация, городское благоустройство). 6) Санитария пищевая, общественное питание. 7) Санитария жилищная, (городское и жилищное строительство). 8) Социальная гигиена. 9) Санпросвет и медицинская журналистика. 10) Врачебная статистика и учет. 11) Профгигиена, профпатология и профотбор. Психотехника. 12) Охрана материнства. 13) Охрана здоровья детей. 14) Педология. 15) Физкультура. 16) Трудовая экспертиза, страховая медицина. 17) Судебная медицина и судебная экспертиза. | В. Отделение административно-организационно-хозяйственное. <ol style="list-style-type: none"> 1) Врачебная администрация. 2) Организация здравоохранения. 3) Больничное строительство. 4) Хозяйственная администрация. |
|---|--|---|

III. Подготовка врачей высокой квалификации (3 года).

- а) По особым планам и программам по каждой отдельной специальности с учетом изучения пограничных областей.
- б) Изучение отдельных вопросов, разработка научных тем и т. д. (без установления срока).

IV. Методологический отдел.

V. Заочные курсы, курсы по радио, консультация.

Наряду с своей задачей содействовать повышению научной квалификации врачей, Институт имеет еще одно очень существенное *методологическое* задание. До настоящего времени в стране нет центра, объединяющего огромную методологическую работу по усовершенствованию врачей. Каждый институт по-своему разрешает вопросы построения учебного плана, программ, учета успеваемости врачей, методов преподавания. Огромные задачи по усовершенствованию, специализации врачей и подготовке кадров для кадров требуют постоянной, целеустремленной методо-

логической работы. Вот почему в проектируемой нами структуре Института отведено особое место *методологическому отделению*, которое систематически и в плановом порядке должно заниматься сложнейшими вопросами, связанными с поднятием квалификации советского врача в связи с потребностями здравоохранения и увязкой его со всей хозяйственной жизнью страны, другими словами, заняться *теоретической* разработкой дела усовершенствования врачей в широком понимании его. Некоторым дополнением к работе Института явится и *заочное обучение*, т. е. организация курсов по отдельным вопросам здравоохранения для врачей, не имеющих в настоящее время научной командировки, консультационное бюро, лекции по радио, создание газеты-журнала по усовершенствованию врача в его ежедневной практической работе и т. д. Это осуществляется особым *отделением* Института.

Само собой разумеется, что вся грандиозная работа, предусматриваемая нашим проектом, должна быть построена на очень широкой базе лечебных и профилактических учреждений и научных Институтов крупных медицинских центров. На сколько необходимо увязать всю работу по специализации врачей, прodelьваемую десятками Институт Наркомздрава, видно уже из одного того, что в одной только Москве в течение года ведется около 28 всякого рода *курсов для врачей*, причем все эти курсы не связаны решительно ничем между собой, не имеют общего учебного плана, причем на некоторых из этих курсов десятки высококвалифицированных специалистов вдут нередко параллельные курсы для двух-трех десятков слушателей. Объединить в плановом порядке всю эту огромную учебную работу Институт Наркомздрава является неотложной задачей именно теперь, когда так остро встали и вопросы специализации советского врача, и плановости работы Научных институтов Наркомздрава. Как я отметил выше, Институт врачебных кадров должен базироваться на большом числе показательных учреждений. Что это так, учит также и опыт Казанского института, когда врачи-слушатели, заканчивая здесь свою научную командировку, каждый раз возбуждают вопрос об экскурсиях в Москву и Ленинград для ознакомления с постановкой дела в лечебно-профилактических учреждениях центров.

В Институте врачебных кадров, помимо поднятия квалификации врача, параллельно должна идти работа и по подготовке кадров специально обученного *среднего медперсонала*. Если назрел вопрос о том, чтобы перевоспитать советского врача и сделать из врача универсалиста — врача специалиста, то практическая работа его будет тем более эффективной, чем скорее он получит *специально* подготовленных помощников. Необходимо иметь не медицинскую сестру *вообще*, а сестру хирургическую, гинекологическую, лабораторную, физиотерапевтическую, рентгеновскую, сестру-обследовательницу, сестру диететичку и т. д. Без особенно больших затрат это может и должен сделать проектируемый Институт. Об этом говорит и опыт Казанского института, где работа по подготовке среднего медицинского персонала ведется не без успеха в течение ряда лет. Не менее полезно было бы организовать в Институте одновременно школу санитаров опять-таки по отдельным отраслям здравоохранения, а также школу сестер РОККа.

Создание таких мощных Институт врачебных кадров с отделением для организаторов здравоохранения, специальных сестер и санитаров

соответствует грандиозности задач, поставленных перед здравоохранением социалистическим строительством нашей страны. Эта задача вполне реальная и является только необходимым шагом вперед в деле рационализации государственного усовершенствования врачей.

Выдвигаемая мною идея получила принципиальное одобрение в Секретариате Ц.Б. врачебных секций и в Московской профессиональной врачебной организации. Она представляет собою, конечно, только набросок большого плана, предопределяющего, по каким путям может идти повышение квалификации советского врача, на долю которого выпала ответственная роль активнейшего строителя социалистического здравоохранения. Вот почему мне кажется, что предлагаемый мною проект заслуживает особенного внимания широкой врачебной общественности, главным образом внимания и критики со стороны тех тысяч врачей периферии, которые в порядке государственного усовершенствования врачей уже были в научных командировках и на опыте своем знают и достижения, и дефекты в этом большом и ответственном деле. И я глубоко уверен, что дело государственного усовершенствования врачей, не имеющее примера в капиталистических странах, будет успешно развиваться на новых путях только тогда, когда его будут одновременно строить, как и до сих пор, и врачи руководители, и врачи-слушатели.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Красноярского гор. род. дома.

К терапии предлежания последа.

Старшего врача А. А. Благодарова.

„Излюбленная“ с давних пор тема акушеров о предлежании последа, очевидно, будет не исчерпана до тех пор, пока не найдутся действительно наилучшие методы лечения этого серьезного и тяжелого осложнения беременности и родов. До самого последнего времени в вопросе о предлежании последа центр внимания сосредотачивался на принципиальном признании абдоминального кесарского сечения в числе методов лечения данного заболевания.

Новейшие обширные статистические данные уже с очевидностью подтверждают все преимущества кесарского сечения перед остальными консервативными методами лечения предл. последа. Теперь вопрос о предлежании последа переходит во вторую стадию, стадию уточнений и детализации показаний к применению кесарского сечения.

У нас число сторонников оперативного метода все более и более возрастает. Однако, окончательное упрочнение нового метода лечения будет зависеть от дальнейшего накопления статистического материала наших лечебных заведений, который пока еще не достаточен. Так, д-р Пономарев мог собрать из русской литературы за период до 25 года всего лишь 45 случаев операций к. с. по поводу предлежания последа.

Учитывая вышеуказанный дефект в нашей литературе, мы сочли не лишним представить здесь свой материал, охватывающий 82 случ. pl. praev. на 13.083 родов, протекших за 15½ лет (с 1914 года по первую половину 1929 года). Операция к. с. при предлежании последа была введена у нас с 1926 года, первые же 12 лет применялась исключительно консервативная терапия. Это обстоятельство дало нам возможность провести сравнение двух методов на одном и том же, приблизительно, материале и при одних и тех же условиях работы, что некоторым образом увеличивает ценность нашего материала.