

Также плохо налажено дело и с питанием. Основными жалобами были—еда в сухоматку, отсутствие горячего приварка; плохо питались 5 чел., более удовлетворительно—10 чел.. плохо из двора в двор—1 чел.. плохо, но варили сами—2 чел., без мяса, жиров и молока—5 чел. Все заявили, что зимой питались значительно лучше, хотя работали не так интенсивно. Главными причинами всех недочетов считают неорганизованность, небрежность, халатность и на последнем месте недостаток продуктов.

Спецодежду полностью имело из 23 трактористов только 10. Она состояла из полотняной рубашки и штанов, дождевика, сапог, очков и рукавиц. Четверо работали в своей одежде. Остальные получали по рубашке и штанам. Теплой одежды для работы ранней весной и осенью никто не получал.

Мы пока ограничиваемся этим кратким сообщением. Выводы напрашиваются сами собой. Работу тракториста, особенно в колхозах и товариществах или с.-х. артелях, надо признать тяжелой, изнурительной и до сих пор ненормированной. Санитарно-гигиеническая обстановка работающего в поле тракториста должна быть признана опасной для здоровья и, несомненно, увеличивающей опасность увечья.

В качестве конкретных предложений: необходимо врачебный надзор и лечебно-профилактические мероприятия перестроить в сторону максимального внимания к социально-бытовым и профессиональным условиям работы тракториста, а с ним и всякого сельско-хозяйственного рабочего, стоящего у машины. Это должно выразиться в надзоре и врачебном руководстве за летним жильем, даже бивуачным, используя для этого опыт военно-санитарных организаций. Необходимо активировать внимание вокруг правильно и своевременно налаженного питания, для чего необходимо обобществить приготовление, хранение и доставку пищи на место, используя для этого передвижные термосы, сделанные на местах домашними средствами (всегда горячая пища), категорически запретить работу на тракторе при недостаточном освещении в ночное время. Спецодежду трактористу рассматривать как неотъемлемую часть работы на тракторе. Наравне с правилами работы на тракторе снабдить трактористов указаниями санитарно-лечебных правил.

Из Курганской окружной больницы Урал. обл.

К вопросу о подготовке квалифицированных кадров для участковой работы.

Ординатора И. Ф. Березина.

Широкий размах социалистического строительства и ускоренные темпы его требуют в учреждениях Наркомздрава решительной и коренной ломки. Неудивительно поэтому, что в настоящее время горячо обсуждается вопрос реформы медицинского образования вообще и подготовки кадров молодых специалистов в частности. В техническом проведении этого обсуждения мы видим большой пробел: обсуждением вопроса о кадрах специалистов заняты, главным образом, университетские

клиники и в то же время молчат крупные провинциальные центры, где шлифуются выпускаемые специалисты; молчат участковые больницы и просто рядовые участковые врачи, которым приходится работать рука об руку с этими специалистами; наконец, молчат сами специалисты, которых выпустил университет для работы в провинции. Это молчание можно принять за неоспоримое доказательство рациональной и хорошей подготовки этих специалистов. Но это, конечно, не так. Об этом начинают говорить руководители клиник (Рубашев), предлагающие добавочные курсы для ординаторов, как для какой-то отдельной корпорации, по специальностям, пограничным с изучаемой в клинике. Что это действительно не так, видим и мы, провинциалы, наблюдающие работу выпущенного специалиста-клинициста. Мы должны откровенно и прямо сознаться в том, что, за редким исключением, продукция наших клиник не вполне удовлетворяет требованиям участковой работы. Ординатор-хирург-клиницист после 3-летнего стажа получает навыки и технические познания лишь в небольшом кругу избранной им специальности. Ушедший из своей *alma mater*, он предоставлен самому себе. Если это способный человек, он справляется относительно хорошо с „неожиданностями“ хирургических отделений провинциальных больниц, где оперативный материал разнообразнее клинического, но его затруднения значительно вырастают при соприкосновении с пограничными областями, которые в клинике он не изучал, и дело нередко сводится к тому, что он или в первый же год работы замыкается в круге небольших и несложных операций (ведь в провинции и этого материала громадное количество), не роняя „престижа“ хирурга, или вновь через короткое время стремится попасть на усовершенствование, чтобы пополнить пробелы, уяснить себе непонятное и совершенно прав проф. Н. Соколов, „в кратчайший срок урвать, что можно“. Всю бесполезность таких „налетов“ картинно демонстрирует дальнейшая работа лиц, вернувшихся из институтов усовершенствования, постановка вопроса усовершенствования в которых еще ждет своего разрешения.

На страницах журнала „Новая Хирургия“ мы имеем практическое предложение проф. Рубашева о возможности широкой специализации кадра ординаторов. Его ориентировочная программа дополнительных занятий ординаторов вызывает, однако, не мало недоумения: прежде всего, вся программа укладывается в очень небольшое количество часов. Смее уверить уважаемого профессора в том, что несколько занятий не дает абсолютно никакой возможности молодому, неопытному и предоставленному самому себе специалисту вдуматься в мало известные пограничные области: несколько часов занятий уделены таким предметам, которые в хирургической клинике должны являться предметом длительного и обязательного изучения. Мне кажется, напр., что длительное и серьезное изучение анатомии и оперативной хирургии должно являться неотъемлемым правом и обязанностью каждого именующего себя хирургом; без этого немыслима никакая хирургическая работа. То же самое нужно сказать и о бактериологическом и лабораторном анализе, и о занятиях по внутренней клинике. Более всего вызывает недоумения время, уделяемое проф. Рубашевым на эти последние занятия (30 занятий на весь ординаторский стаж), ибо в моей памяти до сих пор сохранились слова проф. С. И. Спасокукоцкого, говорившего нам на обходах буквально

но следующее: „Если вы хотите быть хорошими хирургами, вы должны быть не менее хорошими терапевтами—это ваша обязанность. Терапевт, передавая больного с готовым диагнозом, морально несет меньшую ответственность, чем хирург, который, оперируя этого больного, на операционном столе может не найти повода к операции“.

Все указанные выше занятия должны быть не дополнительными, а обязательными и постоянными занятиями ординатора, и целиком должны находиться под ответственностью той клиники, которая выпускает ординатора. Дополнительные занятия должны вестись исключительно по пограничным областям: экспериментальной хирургии, рентгенологии, гинекологии и ото-рино-ларингологии, т. е. тем дисциплинам, которым в программе проф. Рубашева отведено уже совершенно минимальное количество часов. Практическое изучение этих дисциплин не может и не должно уложиться в рамки 20—15 занятий, ибо в действительности участковой работы хирург ежедневно работает в сфере этих предметов. Для изучения этих вопросов ординатор клиники должен найти время и он может его найти при известной реорганизации работы в клинике.

В настоящее время ординатор клиники обучается почти теоретически. Клинические конференции, стремление шефов направлять работу ординаторов, распределение научных тем для разработки вполне достаточны для теоретической подготовки, но далеко не способствуют систематическому, практическому обучению ординаторов. В задачи клиник входят не только разработка научных тем, не только подготовка кадров преподавателей, но что всего важнее—подготовка кадров специалистов для провинции. Сейчас наши клиники полны ординаторов и экстернов, стремящихся быть научными работниками, и в силу этого более заинтересованных возможно большим печатанием подчас мало кому нужных работ в ущерб практическому опыту, да качество этих работ и не может быть высокопробным: ибо 3 года врачебного стажа (пусть в обстановке клиники) не могут еще создать определенного, установившегося взгляда на изучаемые вопросы; самостоятельного критического мышления обычно еще не выработалось.

Итак, в клиниках больше пишутся теоретические работы, а практическое усовершенствование ординаторов заставляет желать много лучшего. В этом убеждают нас и посещение клиник, где на материале 40—50 коек работают чуть ли не 15 ординаторов, и случайные отчеты клиник. Факты, рисующие это, дает простая арифметика. По отчету Н. В. Алмазовой в Саратовской госпитальной хирургической клинике, например, за 10 лет ее существования ординаторами проделано 1892 операции, т. е. ежегодно ординаторы в среднем проделывают 190 операций. Беря минимальное количество ординатуры (5 человек), мы имеем в среднем 40 операций на одного ординатора в год и 120 операций в три года. Согласитесь сами, что цифра в 120 операций не представляет собою большого практического багажа и дает возможность иметь навык только в небольшом кругу операций.

Реформировав систему работ клиник, нужно дать ординаторам как можно больше практической работы, а для образования кадرا преподавателей выделить группу с большим опытом и стажем, чем начинающий ординатор, которая могла бы действительно научно работать. Клиники должны быть неразрывно связаны с работой участковых больниц, поэто-

му двери их необходимо открыть для участковых хирургов с большим стажем, в роли ассистента стремящихся повысить свои знания до уровня высоко-квалифицированного специалиста, и только из них избирать научных работников. Однако, различного рода реформы в работе клиник при современных темпах и широком размахе социалистического строительства ни в какой мере не могут, даже в ближайшие две пятилетки, снабдить врачами-специалистами провинциальные участковые больницы. Нужно предпринять еще что-то другое. Крупные работники и высоко квалифицированные специалисты имеются не только в стенах клиник, они имеются и у нас в провинции. Прикрепление только что окончивших университет врачей к большим больницам, где имеются опытные врачи, для прохождения трехгодичного стажа по любой специальности, дало бы в ближайшую пятилетку значительный кадр хорошо практически подготовленных специалистов, готовых к самостоятельной работе в условиях участка. Можно высказать еще одно пожелание: освободить ординаторов от совместительств, повысив им ставку. Это даст им возможность в часы совместительства изучать те пограничные области, которые необходимы для их самостоятельной работы. Практически это выразится в солидной цифре часов за 3 года ординатуры.

Эта коротенькая заметка дает возможность сделать следующие выводы:

1. Реформа в деле подготовки кадров специалистов своевременна, но требует коллективной проработки и детализации.
 2. Необходимо использовать опыт крупных областных и окружных больниц с учреждением в них 3-летнего ординаторского стажа.
 3. В число работников клиник привлечь участковых работников для приобретения высокой квалификации и углубленного изучения того или иного интересующего их вопроса.
-