

М. Х. Файзуллин интенсивно ведет научную работу, изучая вопросы рентгенодиагностики и рентгенотерапии заболеваний головного мозга и черепа. Он автор более 40 научных трудов и 5 монографий. Под его руководством защищены 12 диссертаций, закончены 6, из них 2 — докторские.

В ближайшее время выйдет из печати сборник научных трудов кафедры по актуальным вопросам рентгенокраниологии.

Проф. М. Х. Файзуллин считается ведущим специалистом в области рентгенодиагностики заболеваний придаточных полостей носа. Монография «Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа» является настольной книгой не только рентгенологов, но и врачей других специальностей. В настоящее время эта монография принята в печать ко второму изданию. На основе многолетнего опыта и выполненных исследований написаны монографии «Рентгенодиагностика повреждений мозгового черепа и некоторые вопросы пневмоэнцефалографии», «Рентгенодиагностика опухолей головного мозга», «Рентгенологическое определение локализации инородных тел в мозговом и лицевом черепе», «Рентгенодиагностика повреждений костей черепа».

М. Х. Файзуллин и его ученики стремятся к разработке новых рентгенодиагностических симптомов и углубляют возможности обычных методов рентгенологического исследования черепа. Многие исследования на кафедре посвящены вопросам рентгеноанатомии лицевого скелета, мозга, черепа у взрослых и детей, вопросам рентгенотерапии при заболеваниях нервной системы, применению флюорографии для исследования верхних дыхательных путей, разработке новых методов пневмоэнцефалографии.

Научную и педагогическую деятельность М. Х. Файзуллин сочетает с общественной работой. С 1953 г. он является председателем научного общества рентгенологов и радиологов ТАССР, членом правлений Всероссийского и Всесоюзного научных обществ рентгенологов и радиологов, с 1957 г. — членом редколлегии Казанского медицинского журнала, редакционного совета «Вестника рентгенологии и радиологии», медицинского совета Минздрава ТАССР. Он член партбюро ГИДУВа.

Мидхат Харисович Файзуллин пользуется авторитетом и уважением сотрудников и больных.

В день 60-летия горячо поздравляем юбиляра, желаем ему крепкого здоровья, прекрасного настроения и новых творческих успехов.

Сотрудники и ученики

Указом Президиума Верховного Совета Татарской АССР от 6 марта 1968 г. проф. Мидхату Харисовичу Файзуллину за заслуги в научной, педагогической и общественной деятельности и в связи с шестидесятилетием со дня рождения присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки Татарской АССР».

ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КАДРОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

При обсуждении вопроса о состоянии воспитательной работы в вузе речь чаще всего идет о политико-воспитательной работе. Ведущая роль совершенно справедливо отводится кафедрам общественных дисциплин, а преподаватели специальных кафедр призываются также принимать участие в этой работе.

Но воспитание в широком смысле этого слова не ограничивается рамками только политического воспитания. Оно должно представлять комплекс, систему мероприятий, направленных на гармоническое развитие личности, единство умственного, политического, нравственного, эстетического, физического развития. Все кафедры, все преподаватели вуза несут ответственность за подготовку советских специалистов, все преподаватели принимают участие в воспитании строителей коммунистического общества.

Как же готовятся педагогические кадры вузов? Часто подготовка педагогов проводится эмпирически, на примере старших товарищей.

При зачислении на преподавательскую работу в вузе требуется знание соответствующей специальной дисциплины. Вопрос будущему преподавателю, педагогу, изу-

чал ли он психологию, педагогику, логику, показался бы странным и, может быть, неуместным. Даже такой раздел педагогики, как дидактика — теория обучения, известен преподавателям вузов только в общих чертах.

Педагогическое мастерство — прекрасный талант преподавателя; но талант — не исключительно врожденное свойство, его нужно развивать. Содержание, методы и средства воспитания в средней и высшей школе не могут быть одинаковыми. Но поскольку педагогики для высшей школы нет, полезно знакомство с основами педагогики для средней школы. В каждом вузе имеются прекрасные преподаватели, интересующиеся педагогической работой, по собственной инициативе знакомящиеся с основами психологии и педагогики. Но это скорее исключение, чем правило. Во многих же случаях воспитание превращается, по выражению А. С. Макаренко, «в домашнее рассуждение, средний навар из житейской мудрости и благих пожеланий».

Каковы же эти эмпирические пути подготовки педагогов?

Лекции — хорошая школа воспитания педагогических кадров. В них сочетаются две стороны педагогического процесса: образовательная, обучающая, и воспитательная в самом широком понимании этого слова. Воспитательный характер особенно ярко проявляется в клинических лекциях, призванных научить студентов клинически мыслить.

Критерии хорошей лекции: высокий теоретический и идейный уровень, страстность и увлеченность наукой, которой лектор посвятил свою жизнь, образная речь (не набор трескучих фраз!), последовательность изложения, убедительность доказательств, демонстративность. Лекция, как правило, процесс творческий, от лектора требуется не только эрудиция, но и умение публично думать, часто — импровизировать. В большей степени это относится к клиническим лекциям, которые, по выражению В. И. Глинчикова, являются мыслями вслух думающего врача.

В. Г. Вогралик сравнивает педагога (в первую очередь лектора) с айсбергом: его видимая, доступная восприятию «надводная» часть тем значительнее, чем больше и весомее «подводная» часть — знания, опыт, научные достижения.

К сожалению, во многих периферийных медицинских вузах ассистенты не имеют возможности посещать лекции. При наличии двух-трех факультетов или потоков, поскольку обычно нет параллельных кафедр, в часы лекций одному потоку ассистенты заняты на практических занятиях со студентами другого потока.

Как правило, будущие ассистенты слушают лекции в период обучения в ординатуре или аспирантуре. Однако некоторые преподаватели приходят из других вузов, кафедр, и они не знакомы с установками данной кафедры. Самое же главное — хороший лектор не повторяет лекции слово в слово, каждый раз лекция на ту же тему содержит что-то новое или в ней по-иному трактуется то или иное положение. А клинические лекции вообще не могут быть шаблонными, ибо каждый новый больной, даже с такой же болезнью, представляет особенность, требующие специального обсуждения.

Какое значение в подготовке преподавателей клинических дисциплин имеют клинические лекции выдающихся представителей медицины, опубликованные в разное время?

Лекция произнесенная и написанная — не одно и то же. При чтении опубликованных лекций выпадает важный фактор — эмоциональное воздействие личности лектора, особенностей его речи, поведения. А. П. Чехов писал Суворину 27 ноября 1889 г.: «...Вышли лекции Захарьина, я купил и прочел. Увы! Есть либретто, но нет оперы, нет той музыки, которую я слышал, когда был студентом».

При всем этом опубликованные клинические лекции имеют большое, не столько образовательное (многие теории и представления устарели), сколько воспитательное значение: анализ симптомов, обсуждение, гипотезы, поиски их доказательств, логические умозаключения остаются, характеризуют клиническое мышление автора, а потому и поучительны.

Клинические обходы профессора — также хорошая школа подготовки врача и преподавателя. То, что излагается в лекции, воспринимается пассивно; на обходах профессора студенты и врачи привлекаются к активному участию в обсуждении: высказываются собственные суждения, возникают споры. А это имеет большое воспитательное значение. К сожалению, в укрупненных клиниках периферийных вузов, при наличии большого числа коек (нередко 150—200 и более), подобные обходы-обсуждения занимают скромное место, возможны со студенческими группами не чаще 1 раза в одну-две недели: растягивать обход больных всей клиники на 2—3 месяца недопустимо.

Но и на редуцированные обходы ассистенты попадают лишь в короткие перерывы в практических занятиях.

Практические занятия со студентами — важный фактор повышения квалификации и совершенствования педагогического мастерства. Но можно ли серьезно говорить о значении этого фактора при существующей педагогической нагрузке? Преподаватели медицинских вузов заняты на конвейере практических занятий ежедневно, «без окон», в течение всего учебного года, кроме периодов экзаменационных сессий, по 4 (редко), чаще по 6, иногда по 8 часов. Кроме предусмотренных расписанием занятий ассистенты обязаны проводить дополнительные занятия с отстающими, помогать студентам из научных кружков, посещать комсомольские собрания, организовывать коллективные посещения зрелищных предприятий, музеев и т. д.; клинические ассистенты выполняют многообразную лечебную работу не только в клинике, но и за ее пределами и периодически выезжают в область. Для кафедральных методиче-

ских совещаний и научных конференций нередко трудно подобрать такое время, чтобы могли присутствовать все сотрудники кафедры.

Научная работа — еще один путь повышения квалификации преподавателей. Но время для научной работы не регламентируется, она проводится урывками, в перерывах между занятиями со студентами, вечерами, в выходные дни, в периоды экзаменационных сессий, в часы, свободные от консультаций. Нельзя не учитывать и такой немаловажный факт: большинство преподавателей медицинских вузов — женщины, а на них, как правило, лежат еще обязанности в семье, по дому, которые приходится выполнять вечерами и в выходные дни. В таких условиях, когда время для научной работы приходится «выкраивать» за счет отдыха и подготовки к занятиям, страдает качество или научной, или педагогической деятельности преподавателей.

Опыт десятилетий учит: педагогическая (не только преподавательская), научная, общественная, лечебная работа может быть успешной и плодотворной при условии, когда студенческие потоки немногочисленны (не более 100—120 человек), в клинических группах не более 10—12 студентов, в клинике не более 70—80 коек, педагогический штат не более 5—7 человек.

В настоящее время существует тенденция к укрупнению: 2—3 и более потоков, потоки по 200—250 человек, вследствие этого в студенческих группах часто по 15—17 студентов, к тому же иногда они сдваиваются из-за недостатка штатных единиц; клиники на 150—200 и более кроватей; педагогический штат 12—15 человек с одним профессором во главе. Гигантомания экономических выгодна, но при этом снижается качество преподавания и воспитательной работы.

Итак, в подготовке педагогических кадров медицинских вузов имеются существенные недостатки. Ликвидировать их в короткий срок невозможно: это связано с необходимостью увеличения штатов, оборудования лабораторий, разукрупнения больших клиник. Но обсуждать поднятые вопросы с перспективой на реорганизацию системы подготовки врачебных и педагогических кадров необходимо уже теперь.

Обсуждению подлежат пути и возможности:

1) педагогической подготовки кадров. Срок аспирантуры (3 года) настолько мал, что даже своя специальность изучается односторонне; широко распространяющаяся практика подготовки через клиническую аспирантуру по окончании клинической ординатуры (всего 5 лет) представляет возможности изучения основ психологии и педагогики;

2) организации регулярных (2—3 раза в год) методических конференций или «педагогических чтений» по психологии и педагогике;

3) представления к ученому званию доцента не по должности, а после прочтения кандидатом наук 1—2 лекций на совете института или факультета; целесообразности введения ученого звания приват-доцента для кандидатов наук; назначения на должность доцента, особенно зав. кафедрой, кандидатов наук, имеющих ученое звание приват-доцента;

4) пересмотра учебных планов и программ, приведения программ в соответствие с достижениями науки и отведенными учебным планом часами;

5) составления такого учебного расписания, чтобы лекционные потоки не превышали 120—150 студентов, учебные группы не сдваивались;

6) организации самостоятельных кафедр для каждого факультета, что приведет к разукрупнению клиник, к возможности посещать лекции ассистентами.

Проф. П. И. Шамарин (Саратов)

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

В настоящее время в руках клинициста имеется целый ряд сложных аппаратов и инструментов для исследования больного. Широко применяются различного рода рентгенологические исследования, а в последние годы — и радиологические. Трудно перечислить то множество приборов, которые позволяют длительно (часами, сутками) следить за функцией отдельных систем и органов. Инструментальные исследования дополняются рядом сложных биохимических анализов, углубляющих наши представления о состоянии обменных процессов в организме и позволяющих целенаправленно влиять на них. Техническое оснащение медицинских учреждений обогащается с каждым днем, растет также число биохимических реакций, применяемых у постели больного. Расширяются возможности прижизненного морфологического исследования органов.

Несмотря на то, что прогресс медицинской техники неразрывно связан с прогрессом медицины как науки, нередко возникает опасение, что обильная техническая информация о больном заслонит от врача личность больного, и поэтому вновь дебатировается проблема взаимоотношений врача и больного.

Приводим некоторые высказывания наших ведущих ученых по этому вопросу.

Президент АМН СССР проф. Н. Н. Блохин (Лит. газета, 1968, 1) указывает на большое значение контакта между врачом и больным, «который является и объектом научного исследования, и человеком, ждущим от врача внимания и помощи». Врач