

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 экономически 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. Расширяется возможность 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

встречается с большим в тяжелые для пациента дни, когда он весь погружен в мысли о своем недуге и особенно нуждается в психологической поддержке врача.

Врач должен быть хорошим психологом. Жизнь подтверждает, что психотерапия играет большую роль в лечении многих болезней. «Иногда приходится задумываться,— пишет проф. Н. Н. Блохин,— не растеряет ли современная медицина огромный положительный опыт и благородные традиции старого врача, обогащаясь все новыми техническими возможностями. Не вырастет ли между больным и врачом непреодолимая преграда из многочисленных анализов, приборов, рентгеновских снимков и сложных крихов, отодвигающая на второй план непосредственное общение двух людей?».

Для врача необходимо овладение новой техникой, углубленные знания физики, химии, математики, но, подчеркивает проф. Н. Н. Блохин, вместе с тем «каждый врач-клиницист с институтской скамьи должен воспитываться в духе медицинской деонтологии — учения «о должном», о правилах общения с больным, о врачебной этике. Этому трудно научиться по книгам. Каждый профессор медицинского института должен быть учителем деонтологии, показывая студентам личный пример, который дороже всяких учебников и запоминается на всю жизнь».

Проф. А. Ф. Билибин в статье «Врач и больной» (Вестн. АМН СССР, 1967, 9) выдвигает следующее весьма справедливое положение: «Клиническая медицина мне представляется вовсе не той областью, в отношении которой можно говорить, что «здесь всякий может, если поднажать». Он подразделяет врачей на 3 группы: а) «мастеров врачебной деятельности», б) «врачей лишь по образованию», в) врачей — «мастеров своего дела, так сказать глубокого клинического бурения, вскрывающих сложные породы патологических состояний и процессов». Он называет их также специалистами «хорошего заряда». Врач не имеет права забывать о внутреннем мире больного, иначе он станет ремесленником, «притом примитивным».

Проф. А. Ф. Билибин подчеркивает, что при всех технических нововведениях врач не должен терять сущности врачебной деятельности, заключающейся в стремлении к цельности, к пониманию индивидуальности своих пациентов. «Клиническая деятельность врача,— пишет он,— требует не только знаний патологических процессов и механизмов лечебных воздействий, но не в меньшей степени разносторонней культуры интеллекта, культуры контакта с пациентом, а это в первую очередь тонкая работа, где интеллект врача, его знания и психологические явления интегрируются для сохранения целостности понимания личности больного». Врачи «хорошего заряда» «...понимают больного... И не бог весть как они образованы и учены, но пациент от общения с ними начинает глядеть веселыми глазами и надолго остается им благодарен». Такой контакт между врачом и больным оказывает благотворное, иногда целебное действие. «Клиницисту прежде всего нужно понять больного. Известно, что здоровым людям понять друг друга трудно, а понять больного еще труднее».

Нельзя не согласиться со следующими положениями проф. А. Ф. Билибина: «Талант врача включает в себя также образованность, знания на современном научном уровне, широту мировоззрения. Кроме того, клиницисту должно быть присуще чувство целого. Тот, кто не имеет этого чувства, может быть врачом, но клиницистом он хорошим не будет». И далее: «Врач должен заниматься своим делом по призванию, т. е. любить свою профессию и любить больных. Что такое «любить больных»? Это значит понимать их. Хороший врач тот, с кем можно говорить в любом ключе: от легкого разговора до глубокого раздумчивого собеседования обо всем, что лежит на душе человеческой».

А. М. Окулов (Казань)

---

## БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

---

А. Ф. Самойлов. *Избранные труды*. Издательство «Наука», Москва, 1967

«Избранные труды» крупнейшего советского физиолога Александра Филипповича Самойлова изданы в связи со столетием со дня его рождения Институтом истории естествознания и техники совместно с объединенным научным советом «Физиология человека и животных» Академии наук СССР. Ответственный редактор издания В. В. Парин пишет в предисловии, что А. Ф. Самойлов оставил более ста оригинальных исследований по актуальным проблемам современной физиологии, опубликованных в русских и иностранных журналах. Большинство работ А. Ф. Самойлова, посвященных электрокардиографии, в развитие которой он внес такой фундаментальный вклад, печаталось в журналах, имевших международный характер, и на русский язык многое переведено впервые. В книге публикуются ценные архивные данные по истории отечественной физиологии и материалы, рисующие отношение ученых к строительству нового общества, поставившего науку и научный подход в изучении природы и общества на основное место. Перенестись в обстановку 1926 г. и прочесть выступление А. Ф. Самойлова на областной партийной конференции в Казани будет интересно не только физиологу или научному работнику любой специальности, но и всем, интересующимся историей нашего социалистического отечества.