

(Из Факультетской терапевтической клиники Одесского Мед. Института - Дир. проф. А. Б. Б у х ш т а б).

Об организации учебного опытно-показательного единого диспансера при медицинском институте ¹⁾.

З. Л. Элштейна.

(С чертежом-схемой на отд. листе)

На нынешней ступени развития Советской медицины актуальнейшей, неотложной задачей является создание сети единых диспансеров, призванных осуществить социалистические принципы в деле здравоохранения. Новые методы медицинского обслуживания трудящихся требуют коренной реконструкции и методов преподавания. Проводимая в связи с этим реорганизация всей системы медобразования должна, очевидно, коснуться как организационных форм, так и содержания работы буквально всех учебных единиц.

Широким кругам академических работников стало достаточно ясно, что практическая, учебная и научная деятельность кафедр и клиник медицинских институтов должна быть увязана с интересами Советского здравоохранения. Однако констатирование самого фактора совершенно недостаточно: необходимы, очевидно, соответствующие организационные мероприятия, без коих навряд ли можно будет пойти дальше благих пожеланий.

До последнего времени клиники и кафедры, выполняя определенные учебные, научно-исследовательские функции, продолжали оставаться в стороне от практической работы органов здравоохранения; нередко даже имевшие место межведомственные трения, возникая на почве взаимного непонимания, отрицательно отражались на постановке учебного дела.

При намечении путей реконструкции медобразования отправным пунктом должно быть стремление поставить кафедры медицинских институтов в сферу непосредственного влияния интересов социалистического строительства. Предстоящий в ближайшие годы колоссальный рост сети здравоохранения весьма остро ставит вопрос об изыскании новых путей и новых баз массовой подготовки медицинских кадров. И если расширение сети учреждений, вовлекаемых в орбиту учебной деятельности медицинских институтов, идет в основном по пути использования имеющихся уже практических баз, то наряду с этим клиники и кафедры должны со своей стороны включиться в общую сеть здравоохранения в качестве высококвалифицированных научно-консультативных центров; в том, что органы здравоохранения от этого выиграют—нет сомнений; зато и кафедры, ставши на этот путь, получают реальную возможность синтезировать положительные стороны академических и практических учреждений, что для них, как учебных единиц, имеет в настоящее время громадное значение. Находясь в сфере непосредственного влияния социалистического строительства, они смогут, да и, пожалуй, вынуждены будут подчинить свою практическую, научно-исследовательскую и учебную деятельность интересам этого строительства.

¹⁾ В порядке обсуждения.

Первое и при том основное требование, какое должны предъявить на сегодня органы здравоохранения к академическим центрам, это оказать им существенную помощь в проводимой реконструкции системы медобслуживания трудящихся. Реконструкция эта в основном заключается в организации взамен изолированно работающих, распыленных лечебно-профилактических учреждений единой системы диспансерного обслуживания, выражающей единство Советского здравоохранения в целом. Насколько нам известно, во всем Союзе нет еще достаточно показательного единого диспансера, который послужил бы образцом для других и вместе с тем был бы одновременно приспособлен и для учебных надобностей. И вот тут-то перед работниками высшей школы встает вопрос о создании на базе какого-либо мединститута единого диспансера, опытно-показательного как в практическом, так и в учебном отношении. Вопрос этот, высказанный впервые в одной из статей, вышедших из нашей клиники ¹⁾, требует, конечно, осоватальной проработки: касается он буквально всех составных частей Мединститута; да и вообще мы не мыслим себе реконструкции какой-либо части его (примерно той или иной кафедры, клиники) без реконструкции всех остальных составных элементов этого единого целого.

Обратившись к анализу всего педагогического процесса в целом, мы должны констатировать, что, к сожалению, академические работники наши, фиксируя внимание свое на приподнесении специальных знаний, мало еще заботятся о создании советски мыслящего врача. В отношении анатомо-физиологических и клинических дисциплин это объясняется все еще тяготеющими над ними традициями старой, дореволюционной академической замкнутости. Однако и вновь возникшие профилактические кафедры стали с момента своего появления строиться по типу той же обособленности от практических медицинских учреждений.

Вышеуказанное положение будет продолжаться до тех пор, пока кафедры и клиники не окажутся органически связанными со всей остальной сетью здравоохранения. Однако, прежде чем перейти к рассмотрению конкретных форм этой связи, считаем необходимым подчеркнуть, что речь идет не о снижении значения мединститутов как учебных и научных учреждений, не о ликвидации кафедр и клиник, как самостоятельных академических ячеек, а наоборот, о поднятии их на высшую ступень развития, представляющую синтез того положительного, что несомненно осталось в них от прошлого, с имеющимися на сегодня достижениями практики Советского здравоохранения.

Ниже (см. чертеж на отд. листе) нами приведена схема организации учебного опытно-показательного единого диспансера при Мединституте. Дабы быть конкретней, мы в дальнейшем при разборе этой схемы будем исходить из содержания работы его отделений, при ориентировке на них соответствующих академических единиц. Наиболее легко и просто устанавливается связь между диспансеризованной поликлиникой и мединститутом; мыслится она нам в направлении превращения

¹⁾ Проф. Л. Б. Бухштаб и З. Л. Эпштейн. «Пути реконструкции терапевтической клиники по производственному принципу». Принято к печати в журнале «Врачебное Дело».

специальных кабинетов диспансеризованной поликлиники в отделения соответствующих клиник и кафедр¹⁾.

Отделы социальной и профессиональной патологии и гигиены единого диспансера должны стать базами для практической, учебной и научной деятельности соответствующих профилактических кафедр. Это будет в значительной мере способствовать окончательному устранению привитой ими академической замкнутости. Несколько сложнее обстоит дело с установлением связи между подсобными учреждениями единого диспансера и мединститутом; зато для новых факультетов, не имеющих еще определенной базы для своей учебной работы, связь эта становится прямо таки жизненно необходимой. При осуществлении предлагаемой нами схемы налицо будут все предпосылки для создания основных учебных баз и для новых факультетов: сан-гигиенические, профилактические учреждения и медсанцехи²⁾—для сангифакультета; учреждения охматмлада, ОЗДП и медсанцехи (в части, касающейся обслуживания нужд матери-работницы, а также фабзавуча) для охматдетфакультета; для лечебно-профилактического факультета здесь же могут быть созданы условия для профилактизации даваемого ими клинического образования. Учитывая, что обслуживание предприятий ведущих отраслей промышленности является первоочередной задачей органов здравоохранения, мы особый акцент делаем на необходимости установления наиболее полной связи клиник и кафедр с медсанцехами-филиалами единого диспансера на предприятии. Более подробно вопрос этот был нами разработан в одной из предыдущих статей (см. № 13—14 Врач. дела за 1931 год). Касаясь района, обслуживаемого единым диспансером, организуемым при мединституте, мы считаем необходимым отметить, что район этот должен быть невелик, но зато, в отличие от других формирующихся диспансеров, охвачен всесторонне и полностью; только при этом условии можно говорить о превращении его в опытно-показательное учреждение.

Участковые врачи-диспансеризаторы, непосредственно обслуживающие район по заданиям единого диспансера, в научно-консультативном отношении должны быть в то же время связаны с соответствующими клиниками и кафедрами института.

Организация подобного рода диспансера особенно большое значение приобретает для производственного обучения: весь (или почти весь) средний персонал, работающий как в самом диспансере, так и на участках его и в медсанцехах, должен быть укомплектован студентами в порядке прохождения ими программ производственного обучения на соответствующих семестрах; ответственность и методологическое руководство их работой целиком и полностью возлагаются на соответствующие кафедры и клиники в зависимости от выполняемых ими функций; могущие возникнуть возражения о том, что комплектовать весь средний персонал из студентов невозможно из-за 6-личасового рабочего дня для этого персонала, отпадают, ибо можно для студентов устанавливать 3—4-часовой рабочий день; зато здесь обеспечена возможность установления для них определенного рабочего места в системе единого диспансера, под наблюдением и непосредственным руководством преподавателей ВУЗ-а; в дру-

¹⁾ Подобного рода опыт частично уже проделан в ОМИ.

²⁾ Медсанцехами на Украине называются здравпункты на предприятиях.

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КЛИНИКИ

ТЕРАПЕВТИЧ.
ХИРУРГИЧЕСК.
НЕРВНАЯ.
ПСИХИАТРИЧ.
ГЛАЗНАЯ.
УХО-ГОРЛО-НОСА
ГИНЕКОЛОГИЧ.
КОЖНО-ВЕНЕР.
ДЕТСКАЯ.

МЕТОДОМ

НАУЧНО-ПЛАНОВОЕ БЮРО

КАФЕДРЫ

РЕНТЕНОЛОГИЧ.
ФИЗИОЛОГИЧ.
БИОХИМИЧЕСК.
МИКРОБИОЛОГИЧ.
ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ
САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ
САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ
САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ
САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ

ДОПОЛНИТ. УЧЕБНАЯ БАЗА

ОХМАТ
ДЕТ
консультат

ОЗДП

МЕД
САН
ЦЕХ

участок, где расположено круп. пр-е

ДИСПАНСЕР
от
У медицина
входят:
профгигиенист
соцгигиенист
клиницист
общепатол.
ЕДИНЫМ ДИСПАНСЕРНО-МЕДИЦИНСКИМ ЦЕНТРОМ
ВРАЧИ-ДИСПАНСЕРИЗАТ. И СРЕДН. МЕДИЦИНСКИЕ ШКОЛЫ

ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ
УЧЕБНО-НАУЧНО-УЧЕБ. ЦЕНТР
ЛАЗОРНО-ОПТИЧ. РАБОТА

участок, где расположено круп. пр-е

МЕД
САН
ЦЕХ

профи
лактич.
учрежд
диет
столовар

РАЙОН
ДОМ
САНКУЛЬ
ТУРЫ

САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ

СЕКЦИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГОРСОВЕТА

МЕД
САН
ЦЕХ

МЕД
САН
ЦЕХ

гих местах и в других диспансерах подобного рода благоприятных условий создать покамест еще трудно. Наряду со всем этим мы получаем возможность реально стать на новый путь организации педагогического процесса, представляющего осуществление предусмотренного Лениным соединения обучения с производительным трудом молодого поколения; „ни обучение и образование без производительного труда, ни производительный труд без параллельного обучения и образования не могли бы быть поставлены на ту высоту, которая требуется современным уровнем техники и состоянием научного знания“.

Комиссия оздоровления труда и быта, концентрирующая в себе как в фокусе всю работу единого диспансера, также должна быть использована для учебных целей. Для повышения эффективности работы Котиба в состав его должны входить выделяемые мединститутом социгигиенист, профгигиенист, клиницист и общепатолог.

Организационное оформление связи мединститута с единым диспансером мы мыслим себе следующим образом: заключив договор с Здравоотделом о взятии на себя руководства работой одного из наиболее близко расположенных (либо вновь организуемых) единых диспансеров, мединститут начинает постепенно включать в систему его ряд своих кафедр и клиник. При составлении его бюджета учитываются штаты и сметные ассигнования, отпускаемые на находящийся в его ведении единый диспансер; во главе единого диспансера стоит заведывающий, работающий по заданиям секции здравоохранения горсовета; по линии учебной и научной заместителем его является руководитель учебно-научной частью единого диспансера, тесно связанный и непосредственно подчиненный администрации мединститута; на обязанности его лежит организовывать и регулировать учебную работу, проводимую всеми факультетами по линии единого диспансера, как в части теоретического, так и производственного обучения; руководствуется он в своей работе указаниями методологических органов института. Научно-исследовательская деятельность кафедр и клиник, проводимая в учреждениях единого диспансера, также подлежит его организационному ведению; тематика же и методика этой работы подлежит в общем порядке утверждению и руководству научно-планового бюро института.

Увязывая и соподчиняя практическую, учебную и научную деятельность кафедр и клиник конкретным задачам, стоящим перед диспансером, мы, с одной стороны, реально приближаем преподавание к тем базам, для которых в основном оно должно готовить свою продукцию, с другой стороны, мы сразу резко повышаем мощь и качество работы единого диспансера. Если учесть, что такого количества высоко квалифицированных работников разнообразнейших специальностей, как в мединституте, нет ни в одном учреждении органов Здравоохранения, то становится понятным, что именно в этих условиях при правильной расстановке сил можно скорей, чем где бы то ни было, создать достаточно показательный единый диспансер; вместе с тем учреждение это будет иметь все предпосылки, чтобы стать в дальнейшем опытным полем для научной разработки более совершенных форм организации здравоохранения, т. е. превратиться одновременно в подсобный орган для Института здравоохранения.

Основная мысль наша сводится к тому, чтобы каждая кафедра и клиника в своей практической работе заняла определенное „рабочее место“ в системе единого диспансера; и если до сих пор ряд теоретических и даже профилактических кафедр стояли в стороне от какой бы то ни было практической деятельности, то в этом-то и заключалась причина отрыва их учебной работы от задач современного здравоохранения.

Пора поставить вопрос о вовлечении возможно большего количества кафедр и клиник в сферу деятельности органов здравоохранения путем наделения их соответствующими функциями диспансерной работы; это, несомненно, должно повысить эффективность их учебной деятельности. Из всего сказанного вовсе не следует, что высоко-квалифицированный состав кафедр и клиник должен быть загружен текущей работой того или иного отделения единого диспансера. Достаточно на него возложить чисто консультативные обязанности и тем самым цель будет в значительной мере достигнута. С другой стороны, работники единого диспансера должны стать членами производственного коллектива той или иной кафедры; выполняя свою повседневную работу под высоко-квалифицированным руководством преподавательского персонала, они значительно повышают качество своей работы и становятся в то же время участниками учебного процесса, особенно в части его, касающейся производственного обучения.

Если присмотреться к построению наших программ, то приходится констатировать, что, к сожалению, на сегодняшний день они построены с таким расчетом, чтобы самый процесс обучения с первого до последнего семестра представлял механическую сумму познаний, преподносимых в определенном хронологическом порядке, вне зависимости друг от друга, изолированно от той конкретной обстановки, где их приходится применять. Если на первых семестрах с этим приходится считаться, то на последних дело должно быть поставлено совершенно иначе: изолированное изучение отдельных дисциплин должно быть заменено изучением процессов во всей их динамичности и взаимосвязанности, а для этого необходимо, чтобы на старших семестрах самый процесс обучения представлял взаимопроникновение дисциплин друг в друга; отсюда не следует, что дело преподавания должно перейти к каким-то универсалам педагогам, строящим педагогический процесс по комплексному методу; речь идет о создании форм действительно коллективной педагогической работы нескольких кафедр и клиник. Мы подчеркиваем, что при разработке таких коллективных форм преподавания ни в коем случае не должен быть нанесен ущерб специальным познаниям студентов по той или иной дисциплине. Суть в том, чтобы на старших семестрах (в крайнем случае, на последнем семестре) каждая дисциплина заняла именно то место, какое соответствует ее житейскому приложению. Само обучение по мере приближения в его окончанию должно все больше и больше включать в себя элементов того конкретного, что придется студенту впоследствии выполнять, т. е. включать в себя элементы производительного труда. Намечающийся переход на систему производственного обучения, при правильном планомерном (а не с плеча) проведении его, создает реальные возможности для выработки такого типа учебных занятий где, с одной стороны, ряд дисциплин будет в действительности взаимно связываться, а с другой, не на словах, а на деле — теоретическое

обучение сможет вооружить практическую учебу, а последняя проверять и поправлять первую.

В заключение считаем необходимым отметить, что в нашу задачу не входило дать новую схему построения единого диспансера. Мы за-
дались скромной целью на предложенных уже схемах (Либерман, Липкевич), не вдаваясь здесь в критику их, показать возможность увязки воедино двух розрозненно существующих систем—единых диспансеров и готовящих для них кадры медицинских институтов. Осуществление вышеприведенной схемы обеспечит: а) расширение учебной базы для студентов, б) создание опытно-показательной базы для широких кругов медработников и в) приближение научно-исследовательской работы мадинститутов к запросам социалистического строительства.

Кризис здравоохранения в Германии в связи с общим кризисом¹⁾.

(Личные впечатления и материалы).

Проф. М. М. Гран.

I.

За последние 10 лет (с 1922 г.) нам почти ежегодно пришлось бывать в Германии (за исключением 1928—1929 г.г.). В общем нам пришлось провести в Германии около 3-х лет, причем продолжительность пребывания в Германии каждый год колебалась от 2-х месяцев до года; правда, за годовой срок нам пришлось выехать на 4 м-ца в Америку.

В 1931 г. нам пришлось выехать в Германию на 2 месяца, захватив конец августа, сентябрь и первую половину октября. Мы выезжали под знаком жестокого германского кризиса: только что прошел ряд сокрушительских банковских крахов, финансовые затруднения охватили широкие обывательские массы, прекратились выдачи из сберкасс, биржи то закрывались, то открывались, шел натиск боевых империалистов—Франции, Англии, Америки; шли бесконечные международные конференции о том—как „спасти Германию“, как сохранить ее как плательщика—с одной стороны, вассала Версальских победителей—с другой; как превратить Германию в орудие контр-революционных замыслов международного капитала. Германия судорожно задыхалась в железных объятиях этого международного капитала. Колоссальная безработица, паралич промышленности и торговли, валютная вакханалия, депрессия всех областей народно-хозяйственной жизни, натиск на культуру и социальные завоевания трудящихся—определяли внутреннее содержание кризиса.

При выезде нас интересовал один вопрос: как выглядит Европейский „красавец-город“ Берлин в эти дни ужасного кризиса? И, в частности, как отражается этот кризис на культурной жизни Берлина и, прежде всего, на интересовавшей нас области—на здоровье и здравоохранении Берлина?

Мы подъезжали к Берлину 26-го августа в яркий солнечный день. Начались предместья и окраины Берлина. Начались садово-огородные

¹⁾ Доложено в секции научно-медицинской ассоциации ТР.