

Из Терапевт. клиники ин-та для усоверш. врачей им. Ленина. (Зав.-доц. Р. И. Лепская).

Социалистическое строительство и подготовка медкадров

Д-ров С. С. Цукермана и М. Э. Винникова.

„Нынешний период бурного роста промышленности и соцперестройки сельского хозяйства выявили не только резкий разрыв между наличными медкадрами и потребностью в них, но и ряд качественных недостатков: недостаточную специальную подготовленность, социально-политическую неустойчивость некоторой части наличных кадров, а также чрезвычайно слабое участие Научных ин-тов в деле подготовки кадров и неполное использование существующей сети Мед. вузов» (из резолюции VII Всерос. съезда здравотделов)..

«Учитывая большое значение Ин-та по усовершенствованию врачей в деле повышения квалификации врача, Съезд считает необходимым, в связи с реорганизацией медобразования, перестроить сеть и структуру Ин-тов» (Там же)....

Задачи, выдвинутые VII Всерос. съездом здравотделов обязывают Ин-ты по усовершенствованию врачей пересмотреть свою работу в связи с изменившимися условиями работы периферического врача. Коллективизация деревни, насыщение ее машинами, широкое развертывание промышленного строительства на основе полной технической реконструкции, втягивание новых сотен тысяч и миллионов людей в производственный процесс меняет радикально условия труда и быта трудящихся. В деревне созданы условия для коллективной профилактики, по новому ставятся вопросы профилактики и в городе. Выдвигается на первый план изучение новых профвредностей в изменившихся бытовых условиях. Борьба за рабочую силу, за ее оздоровление и сохранение приобретает особую остроту и злободневность. Развертываемая в городах сеть единых диспансеров, с основным их преимуществом—возможностью иметь всестороннее наблюдение за больным не только во время приема, но и на работе и в быту; предстоящие приближения медсети в деревне, в частности, в его соцсекторе к такому же типу, изменяют в основном характер работы лечащего врача и предъявляемые к нему требования. Прежний врач-универсалист не в состоянии удовлетворить запросы города, равно как и коллективизированные деревни. Необычайно выросла потребность во врачах-специалистах определенных отраслей, способных „дать научную, основанную на профилактике, высококвалифицированную медпомощь трудящимся“ (Владимирский, речь на VII Съезде здравотделов, „На фронте здравоохранения“, № 5—6, 30 г.).

Перестройка работы Ин-тов должна идти по линии выполнения новых задач: 1) специализация универсалистов, 2) дальнейшее усовершенствование специалистов, 3) подготовка преподавательских кадров. Мы попытаемся очертить необходимые на наш взгляд изменения в содержании и методике работы терапевтических клиник. Начнем с материала клиник. Основной клинический материал состоит из хроников. Острые заболевания в клиниках встречаются значительно реже и недостаточно используются для педагогических целей. А между тем острые заболевания занимают часто видное место в практике врача и также резко отражаются на состоянии здоровья *рабочей силы*. Так, по данным Татстрахкасы по 10 крупным предприятиям наблюдалось за сентябрь 2397

заболеваний, что составляет 10,83% к общему числу рабочих, занятых на этих предприятиях. Из них на долю только одних эпидемических болезней падает 20%. А сколько еще процентов падает на неинфекционные острые заболевания? Предупреждения, правильные распознавания и лечение могли бы в значительной степени уменьшить потери в живой рабочей силе. Как часто неразумная экономия на отдыхе после перенесенного острого заболевания приводит к ряду осложнений, затягиванию болезней и последующей значительной потере трудоспособности. Курсе наиболее встречающихся заболеваний так, как он преподавался у нас, со включением в него таких „частых“ заболеваний, как бронхиальная астма, диабет и т. д., не удовлетворяет предъявляемым требованиям и должен быть видоизменен с охватом действительно чаще встречающихся болезней, (полиартриты, грипп и т. п.). В этом курсе должно быть обращено особое внимание на профилактику и рациональное лечение. Но и преподавание преобладающего у нас материала — хроников — также далеко недостаточно увязывается с теми вопросами, которые встают перед врачом и часто ставят его в затруднительное положение. Если взять наиболее часто встречающиеся заболевания, как-то: желудочно-кишечного тракта, то и здесь господство „чистой“ науки в преподавании настолько сильно, что врач, приобретая целый ряд полезных сведений по семиотике, клиническим формам, „тонким“ методам лечения, в то же время не получает достаточного практического ответа на вопросы профилактики, отношения потери трудоспособности, показаний в перемене вида работы, возможной терапии в условиях его практической работы и т. д. Возьмем хотя бы язву желудка. В изложении этого заболевания принято останавливаться на перечислении разных симптомов, на диете Яроцкого, Sippy, Lenhartz'a и др. не так часто возможных к практическому осуществлению в условиях производства. Однако большей частью обходятся молчанием те вопросы, знание которых необходимо в практической работе: когда больного можно считать практически выздоровевшим и допустить его к работе, на какую работу, какой процент трудоспособности им утерян и т. д. В этих вопросах врач предоставляется исключительно самому себе. Мы несколько не отрицаем важности и необходимости научного обоснования и изучения всякого заболевания, но на основании научных предпосылок должен быть дан клиникой в своем преподавании и практический ответ. Игнорирование условий труда и быта сводит на нет все значение академического преподавания. Вспоминается случай с трамкондукторшей С., лежавшей в нашей клинике по поводу холецистита, неоднократно выписывавшейся, всегда с улучшением, но неизменно возвращавшейся в клинику, после того как она некоторое время ездит на трамвае. Наш материал характеризуется еще тем, что он подбирается несколько искусственно; госпитализация редких, классических случаев и т. п. Материал из редких случаев, несомненно, является шикарным блюдом для массы врачей, попадающих в клиническую обстановку, дает возможность преподавателям проявить свое диагностическое искусство, часто „поразить“. Но что общего между этими методами и задачей дня — борьбой за оздоровление и сохранение рабочей силы. Изучение такого материала выявляет „тонкие“ чувства преподавателей и слушателей, но не приближает к тем задачам, которые ставит перед ними их повседневная работа.

Клиники должны дать установку на функциональную диагностику функциональный прогноз. Без такой установки клиническое преподавание будет оставаться оторванным от жизни. При этих условиях перед отделением профзаболеваний при клиниках внутренних болезней, бывших до сего времени лишь „украшением“ клиник, должна быть поставлена задача изучения для преподавания основных видов профвредности и изменившихся условий труда. Клиника внутренних заболеваний должна связать свою преподавательскую работу с данными, получаемыми кабинетами профзаболеваний, оттеняя и заостряя связь различных хронических и острых болезней с изменениями в условиях труда и быта трудящихся, (холециститы и птозы у бывших домашних хозяек на производстве и т. д.). Необходимо введение дополнительных дисциплин в клинику внутренних болезней, вытекающих из задач дня—диететика, массовое питание и т. п. Сдвиг в этом направлении уже наметился в нашей клинике, где в текущем учебном году введены курсы диететики, общественного питания. Однако, это только первые шаги в осуществлении намеченных задач и необходим дальнейший более решительный сдвиг.

В преподавательской работе в клинике внутренних заболеваний особое значение приобретают сейчас вопросы лечебной профилактики. Не взирая на все разговоры, влияние внешней среды не находит в практике достаточного отражения в клиническом преподавании. Из соображений „вежливости“ влияние социально-биологической среды часто упоминается, но действительный учет этого влияния и до настоящего времени не вошел в плоть и кровь работы клиник. Старые клиницисты умели учитывать влияние внешней среды и учитывали ее далеко не плохо, но разрабатывали свою лечебную профилактику применительно к буржуазным слоям населения, составлявшим главный контингент их больных, а также соответственно уровню жизни самого автора (2-хлетние морские путешествия, длительное пребывание в Египте и т. д.). В своей лечебной профилактике они доходили до большой детализации, предусматривая все мелочи жизненных отправления своих больных. Мы нуждаемся в не менее подробном изучении влияния среды, но это изучение должно исходить из тех условий жизни, в каких находятся широкие круги трудящегося населения.

А между тем, говоря о влиянии социально-биологической среды (там где о ней говорят), мы фактически повторяем или продолжаем разработку старого для совершенно иных категорий населения в иных же условиях их бытия. Так, наша диететика должна быть детально разработана, исходя из тех пищевых ресурсов и возможности, которыми располагает основная масса трудящихся. Это, конечно, труднее, но и зато более благородная задача. Что это возможно, свидетельствует опыт Германии периода империалистической войны. Поставленная в затруднительные условия питания, она смогла изыскать дополнительные пищевые ресурсы внутри страны и разрешила эту проблему, в том числе и вопрос лечебного питания, далеко не плохо, пользуясь такими пищевыми продуктами, обычно не употреблявшимися, как чечевица, овес и т. д. для изготовления ряда блюд, пригодных и для лечебного питания. В условиях гораздо больших возможностей, имеющихся у нас, мы, однако, не даем себе труда работать в этом направлении... Довольно давно ведется (научная и практическая) разработка вопроса применения сои. И только

за последнее время мы имеем попытки применения ее и в клинике (Кл. проф. Е. М. Лепского в Казани). В курсе внутренних заболеваний учет факторов внешней среды, их влияния на возникновение течения заболевания должны занять сейчас заслуженное место. Обходить их—это выхолащивать сейчас сущность советской медицины, основной задачей которой является борьба за оздоровление масс, борьба за сохранение рабочей силы. И если Мекензи мог так тщательно и подробно) в качестве домашнего врача буржуазии, следя за своими больными в течение десятков лет, построить для них лечебную профилактику, то советский врач в едином диспансере, где он имеет возможность следить за больным не только на приеме, но и на производстве и в его домашней обстановке—получает действенный способ для изучения влияния новой социальной биологической среды и выработки лечебно-профилактики для трудящихся. Врачебная специализация должна проводиться под этим углом зрения.

Под углом зрения практических задач дня должен быть по иному поставлен вопрос и о показаниях к оперативному вмешательству. Принятое в медицине деление на медицинские и социальные показания к оперативному вмешательству является классово-буржуазным делением, основанном на буржуазном понимании развития индивидуальности и «свободы» личности. Так напр., Кошнер, трактую об оперативном вмешательстве при холелитиазе, пишет: «Мы не идем так далеко, чтобы сказать, что камни принадлежат хирургу; они принадлежат прежде всего пациенту, и если он предпочитает оставить их и пить к тому же Карлсбадскую воду,—то это его право... Если пациент предпочитает получать камни при муках и болях—это его частное удовольствие; но хирург имеет право сказать пациенту с камнями, что вы скоро и верно могли бы избавиться от своего страдания при операции и скорее и вернее предохраниться от позднейшей опасности, чем при всяком другом лечении» (цит. по Федорову).

Мы расходимся с Кошнер'ом. Мы полагаем, что в вопросе о трудоспособности заинтересованы не только сам больной, но и все общество. Если буржуа „предпочитает иметь камни при муках и болях», предоставим ему это удовольствие; для него возможны медицинские социальные показания при условии отказа от труда и проведение всей жизни на курорте. В наших условиях не должно быть противопоставления социальных показаний медицинским; основанные на общем направлении советской медицины—борьбы за оздоровление масс, за восстановление трудоспособности,—они сливаются вместе. Поэтому мы считаем показанным к оперативному вмешательству всякое заболевание, длительно нарушающее трудоспособность пациента. В нашем преподавании надо расширить показание к оперативному вмешательству во всех тех случаях, где длительно нарушена трудоспособность.

В борьбе за рабочую силу необходимо учесть еще одну практическую сторону—борьбу с симуляцией, которая встречается у наиболее отсталых слоев трудящихся и которая очевидно получит на первых порах распространение и в деревне. Дифференциальную диагностику болезни необходимо также пополнить разделом о симуляции.

И в научной работе клиник мы имеем уже указанные нами в других областях дефекты, следствием которых является значительная отор-

ванность ведущейся научной работы от запросов жизни; углубление в вопросы патологии без увязки их с конкретной действительностью. Не без некоторого сопротивления клиники приняли установку на плановость в своей научной работе, но до сих пор в большинстве случаев эта установка оставалась на бумаге. И поныне не изжита полностью боязнь плановости, которая (плановость) как будто бы связывает «творческую инициативу и индивидуальные устремления работников»; не оценено в должной мере ее организующее и углубляющее воздействие. В сущности, за скрытым сопротивлением проведению плановости в научной работе часто скрывается неумение оплодотворить научную работу клиник единой руководящей идеей, объединить вокруг нее весь коллектив работников, учитывая в то же время и их индивидуальные склонности. А отсюда—линия наименьшего сопротивления: уклон в казуистику, занимающий непропорционально большое место в научной работе, погоня за количеством, игнорирование качества, измельчание и раздробленность научных работ. Но даже в тех случаях, где делаются попытки ввести плановое начало в работу, имеется целый ряд недочетов, главным из которых является оторванность ведущейся научной работы от запросов, выдвигаемых жизнью перед здравоохранением. Мы полагаем, что причины отсутствия такой практической увязки в научной работе клиник кроются в тех традициях чистой „надклассовой“ науки, под влияние которых попадает и научная молодежь.

Последнее время принесло некоторый сдвиг в этом отношении. Чаще стали появляться работы, пытающиеся дать ответ на некоторые из этих вопросов. Мы с удовлетворением прочли статью д-ра Фойгельсона из Медико-биологического ин-та „Вопросы трудоспособности и аритмии“ (Терапевтич. архив № за 1930 г.). Не входя в оценку некоторых спорных вопросов, выставленных автором в своей статье, мы должны отметить ту правильную установку, которую взял автор в разработке своей темы—координация чисто клинических вопросов с запросами дня. Нашей клиникой разрабатываются вопросы трудоспособности при желудочно-кишечных заболеваниях; почти закончена работа по вопросам рациональной диеты при перегревании (д-р А. И. Миркин) и т. д.

Именно в таком духе нами мыслится увязка научной работы с запросами жизни. Нужен решительный перелом для того, чтобы, не упрощая, не вульгаризируя, сохраняя и углубляя научную работу, увязать ее с практическим применением в жизни.

Переживаемая эпоха требует решительных сдвигов в медицинской работе, и если врачебные кадры до сих пор были оторваны от социалистического строительства и замыкались в узком кругу своих интересов, то сейчас здравоохранение должно стать неотделимой частью социалистического строительства. Переустройство сети здравоохранения наряду с коренной перестройкой содержания работы лечебных учреждений являются необходимыми условиями для выполнения поставленных перед нами задач. Терапия должна дать установку на функциональную диагностику и функциональный прогноз, выдвигая на первое место вопросы лечебной профилактики. При этих условиях мы сумеем возглавить борьбу за работоспособность и оздоровление масс. Терапия может и должна участвовать в социалистическом строительстве. Институты по усовершенствованию врачей должны помочь реорганизации дела здравоохранения.