

Австрийская реформа университетского медицинского образования во второй половине XVIII века.

Сообщение 1. Реформирование Г. Ван-Свитеном преподавания на медицинском факультете Венского университета

А. М. Сточик, С. Н. Затравкин

ММА им. И. М. Сеченова, НПО "Медицинская энциклопедия" РАМН

К середине XVIII столетия история становления клинического преподавания насчитывала уже более 200 лет. За это время идея вовлечения больного в учебный процесс на медицинских факультетах университетов получила существенное развитие: возникли и сформировались организационные подходы к проведению занятий у постели больного, был разработан и апробирован целый ряд различных методических приемов практического обучения студентов в клинике. И все же в течение XVI, XVII и даже первой половины XVIII веков преподавание у постели больного в европейских университетах удавалось вводить лишь временно. Рано или поздно, но неизменно происходил возврат к прежним сугубо теоретическим формам обучения практической медицине. Даже в Лейденском университете, где преподавание у постели больного велось на протяжении более века и, казалось бы, стало неотъемлемой составной частью учебной программы, вскоре после смерти Г. Бургаве полностью прекратилось. Более чем очевидные сегодня достоинства преподавания практических медицинских дисциплин непосредственно у постели больного представлялись для большинства тогдашней университетской профессуры, мягко говоря, сомнительными.

Эти сомнения становятся понятными, если вспомнить, что медицинские факультеты университетов не были ориентированы на подготовку специалистов. Их задача состояла в том, чтобы обеспечить базовую теоретическую подготовку, на основе которой выпускники могли в дальнейшем овладеть, говоря современным языком, какой-либо естественнонаучной специальностью. Большинство, правда, становились врачами, нередко совмещая врачебную деятельность с рабо-

той в других областях естествознания. Но, как уже неоднократно отмечалось, для получения права на врачебную практику требовалось послеуниверситетское усовершенствование. В условиях действия такой двухэтапной модели подготовки врача вопрос о внедрении практических форм обучения студентов у постели больного оправданно рассматривался лишь как вопрос методики преподавания практических медицинских дисциплин, меры его наглядности. И в связи с этим многие профессора считали неразумным затрачивать столь значительные средства и усилия на создание клиник или аренду палат в городских больницах и полагали нецелесообразным терять драгоценное время на обучение студентов тому, что им все равно придется изучать и осваивать в ходе обязательной для желавших посвятить себя практической врачебной деятельности послеуниверситетской стажировки в больнице. Высказывались и более серьезные аргументы: профессора полагали недопустимым обучение студентов врачебному искусству у постели больного, пока они полностью не освоят курсы естественных и "врачебных" наук.

Во второй половине XVIII века положение постепенно меняется. В ряде стран Европы в рамках проводимой политики просвещенного абсолютизма государство начинает непосредственно заниматься вопросами организации медицинской помощи, причем не только регулярной армии, но и гражданскому населению. Осознание в связи с этим потребности в квалифицированных врачебных кадрах и их систематическом пополнении заставляет органы государственного управления и коронованных особ по-новому строить отношения между государством и университетами, активно вмешиваться в их деятель-

ность, склоняя или принуждая университетскую профессуру к переориентации университетского медицинского образования на выпуск специалистов, пригодных к самостоятельной врачебной деятельности, или по крайней мере к резкому усилению практической подготовки студентов медицинских факультетов. Решить такую задачу без введения преподавания у постели больного, без организации специального курса клинических занятий было невозможно. Последнее в свою очередь привело к возникновению феномена, который мы сегодня называем "клиническим преподаванием", в связанной с ним коренной реорганизации всего учебного процесса на медицинских факультетах университетов.

Первым европейским государством, радикально вмешавшимся в деятельность медицинских факультетов своих университетов, стала Австрия, где в 1749 г. началась беспрецедентная реформа высшего медицинского образования. На протяжении 50 с небольшим лет в Австрии формируется и к началу XIX века полностью внедряется новая современная модель подготовки врача, основное отличие которой состояло во введении клинического преподавания в полном объеме вначале для обучения внутренней медицине, а затем — хирургии и акушерству; введении преподавания естественнонаучных основ патологии в форме патологической анатомии; реорганизации учебного процесса, заключавшейся в установлении жесткой последовательности преподавания, при которой клиническая подготовка стала основным и завершающим этапом обучения.

Инициатором реформы стала австрийская императрица Мария-Терезия, главным идеологом — ее советник и первый лейб-медик, назначенный на пост руководителя всем медицинским делом Австрии и "директора медицинского обучения в Вене", — Герард Ван-Свитен. Практическая деятельность Ван-Свитена составила первый этап этой реформы и заключалась во внесении целого ряда принципиальных изменений в организацию и содержание учебного процесса на медицинском факультете Венского университета, цель которых была им впервые сформулирована в специальной записке, направленной в январе 1749 г. Марии-Терезии в ответ на ее официальный запрос о мерах, способных повысить уровень и качество подготовки медиков в Венском университете [6].

Предложения Ван-Свитена были приняты. Медицинский факультет Венского университета давно нуждался в реформировании. Еще в 1718 г. австрийское правительство обратило внимание на то, что по уровню преподавания факультет отстает от передовых университетов Европы. Тогда же "пришедший в упадок факультет, — писала Э. Лески, — откликнулся встречными срочными и громогласными требованиями: представьте нам анатомический театр, ботанические сады, химические лаборатории. Наймите опытных врачей и ассистентов для больниц ..., платите адекватное жалованье профессорам и не думайте, что они могут существовать на нищенские 110 гульденов в год, тогда как богатые фонды университета копятя в имперской казне вместо того, чтобы служить своему назначению. Если вы ответите на наши требования, то получите публичное клиническое пре-

подавание, где *status morbi* сначала будет представлен студентам в лекции, ... и в конце концов врачи и хирурги в присутствии всех заинтересованных публично будут лечить пациента... Факультет также полагал, что "необходимы вскрытия", чтобы показать студентам, "что происходит внутри" [6].

Ван-Свитен знал об этих предложениях, полностью их разделял, но задуманный им комплекс преобразований был шире и глубже. Он предусматривал не только и не столько внесение изменений в порядок и содержание преподавания отдельных дисциплин, сколько реорганизацию всего учебного процесса на медицинском факультете Венского университета и переориентацию его деятельности на выпуск специалистов, уровень практической подготовки которых позволял бы предоставить им право самостоятельной лечебной деятельности. В записке 1749 г. он прямо указал, что считает необходимым, повысив уровень преподавания всех естественнонаучных и теоретических медицинских дисциплин, подчинить его интересам практической медицины, изучение которой должно проводиться обязательно у постели больного и составлять главный и завершающий этап университетской подготовки будущего врача — "кульминацию всего университетского медицинского образования" [6]. Это положение в корне противоречило канонам средневековой университетской традиции и до Ван-Свитена никем, включая и профессоров, проводивших на протяжении XVI — первой половины XVIII веков клинические занятия со студентами у постели больного, не высказывалось. Правда, все новации Ван-Свитена относились лишь к проблеме подготовки врачей-интернистов. Ему так и не удалось выйти за пределы традиционных для того времени представлений, согласно которым хирурги, фармацевты и повивальные бабки рассматривались как специалисты "при врачах", и их подготовка осуществлялась главным образом в порядке цехового ремесленного обучения.

Важнейшим шагом на пути к достижению намеченной Ван-Свитеном цели стало введение на медицинском факультете Венского университета обязательного преподавания курса практической медицины у постели больного. Для этого Ван-Свитен добился выделения государственных средств на создание и плановое финансирование клиники, которая была открыта в 1753 г. на базе одного из городских госпиталей [4]. На должность директора клиники, являвшегося одновременно профессором "патологии и клинической практики", Ван-Свитен пригласил хорошо известного ему Антуана де Гаена, выпускника Лейденского университета, 20 лет практиковавшего в Гааге [3]. В венском университете к славе блестящего врача де Гаен прибавил еще и славу прекрасного клинического преподавателя, в полной мере реализовав пожелания Ван-Свитена добиться такого положения дел на медицинском факультете, чтобы профессор покидал аудиторию под аплодисменты своих слушателей и учеников [4].

В историко-медицинской литературе сложилась устойчивая традиция считать венскую клинику в период заведования де Гаена точной копией клиники Лейденского университета [1, 4—6]. Однако такая точка зрения не во всем согласуется с

информацией, сообщаемой теми же авторами. Используя отдельные методические приемы Сильвиуса и Г. Бургаве, де Гаен, несомненно, пошел дальше своих предшественников.

Во-первых, сообщается, что де Гаен проводил практические занятия со студентами с привлечением больных дважды в день: утром 2 ч в клинике и днем на амбулаторном приеме. Сочетание стационара и амбулаторного приема при преподавании практической медицины в большей степени напоминает порядок, установленный в клинике Галльского¹, а не Лейденского университета, где для обучения использовались лишь стационарные больные.

Во-вторых, в отличие от Лейдена, где занятия в клинике ограничивались лишь проводившимися профессорами клиническими разборами, де Гаен ввел в качестве обязательного элемента клинической подготовки самостоятельную работу студентов с больными. В клинике, вспоминает современник, "он сразу ведет к постели больного, со всеми подробностями объясняет данный случай, исследует причины с присущей ему проницательностью, заботливо развивает симптомы. Потом слушатель сам обследует больного. То, что он заметил, сообщает учителю на ухо. Учитель собирает все замеченное учениками и указывает потом открыто, что было правильно замечено, а что ложно" [5].

В-третьих, де Гаен кардинально изменил цель проведения клинических разборов и внес существенные изменения в порядок и содержание преподавания всего курса практической медицины. Проводившиеся им клинические разборы были направлены на демонстрацию студентам прежде всего "наиболее типичных примеров болезней", а не на обсуждение и разбор наиболее сложных или интересных клинических случаев [6]. При этом в имеющихся источниках не содержится сведений о чтении де Гаеном теоретического лекционного курса по практической медицине. Скорее всего такой курс, традиционно читавшийся во всех университетах Европы без демонстрации больных, де Гаен заменил ежедневными 2-часовыми занятиями в клинике, которые содержательно в совокупности соответствовали по объему систематическому курсу практической медицины. И именно поэтому клинические разборы стали посвящаться демонстрации и обсуждению "наиболее типичных примеров болезней". Таким образом, если наши рассуждения верны, то де Гаен, возможно, первым начал преподавать полный курс практической медицины в клинике у постели больного, ликвидировав тем самым имевшийся, например в Лейдене, содержательный разрыв между лекционной и клинической частями курса практической медицины, а также положил начало практике тематического подбора больных для университетской клиники. Последнее обеспечивалось тем, что де Гаену было предоставлено право переводить требовавшихся ему для учебного процесса больных из всех венских госпиталей [4, 6].

¹ Правда, нет оснований считать, что в Галле для одних и тех же студентов ежедневно и систематически проводились занятия и в стационаре, и на амбулаторном приеме.

Кроме того, де Гаен привлекал наиболее способных студентов к проводившимся у него в клинике научно-практическим работам по проблемам использования в клинике термометрии, установления и разработки клинко-анатомических корреляций и применения новых лекарственных средств [5].

Справедливости ради отметим, что как ученый де Гаен не совершил ничего выдающегося, хотя его научные программы были не только продолжением, но и развитием идей его учителя — Г. Бургаве. Более того, любые открытия, не укладывавшиеся в систему взглядов Г. Бургаве, встречали в лице де Гаена яростного противника. Так случилось с изысканиями его ученика и помощника по работе в клинике А. Штерка, посвященными использованию болиголова для лечения "рака груди" [4]. Так случилось и с предложенным Л. Ауэнбруггером методом диагностики заболеваний органов грудной полости с помощью выстукивания. Правда, после выхода в свет ставшей впоследствии знаменитой работы Ауэнбруггера "Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detergendi" (1761 г.) перкуссию не принял не один только де Гаен, но и подавляющее большинство венских врачей, включая Ван-Свитена. До Ж. Корвизара оценить это открытие смог только А. Галлер [5]. Тем не менее именно де Гаен сыграл основную роль в том, что перкуссия не получила в то время права на существование [3].

Однако ни консерватизм де Гаена в вопросах научных исследований, ни сложности его вспыльчивого и крайне нетерпимого характера не смогли затмить его славу врача и клинического преподавателя, а клиника Венского университета помещать статью во второй половине XVIII века ведущим в Европе центром практической подготовки врачей.

Следующим шагом, который, с одной стороны, окончательно утвердил практический характер преподавания внутренней медицины в клинике у постели больного, с другой, — позволил укрепить декларированную в январе 1749 г. переориентацию целевых установок учебного процесса на медицинском факультете Венского университета, стало придание выпускным университетским экзаменам статуса государственной аттестации на право присвоения врачебной практики и включение в программу их проведения обязательного "практического испытания" в больнице [2, 6, 7]. Это, во-первых, привело к тому, что обучение у постели больного стало обязательным и по существу главным условием для сдачи выпускных экзаменов, во-вторых, дало возможность в случае их успешного прохождения присваивать право на врачебную практику.

В результате медицинский факультет Венского университета начал готовить и выпускать врачей, а курс клинических занятий стал важнейшей и неотъемлемой составной частью учебного процесса на факультете, что в свою очередь позволило венской клинике избежать судьбы ее предшественниц.

Но этими преобразованиями первый этап австрийской реформы не исчерпывался. Ван-Свитен отчетливо сознавал, что в результате осуществленного им фактического переноса послеуниверси-

тетской практической стажировки в рамки университетского курса возникла опасность того, что студенты будут приступать к изучению болезней и работе с больными, еще не освоив всего объема теоретической подготовки. Это было полностью исключено при прежней двухэтапной модели подготовки врача, поскольку к обучению у постели больного они приступали уже после окончания полного курса наук медицинского факультета. Поэтому Ван-Свитен параллельно с внедрением практических форм обучения осуществил кардинальную реорганизацию учебного процесса на медицинском факультете в целом. Пользуясь своими неограниченными полномочиями, он ликвидировал предметную систему обучения, запретив студентам медицинского факультета слушать лекции по каким бы то ни было наукам в других университетах Европы, и установил для них строгий порядок изучения всех без исключения предметов, составлявших в тот период программу подготовки врача в Венском университете. Согласно этому порядку студенты вначале должны были изучить все естественные науки, затем пройти подготовку по базовым теоретическим медицинским дисциплинам и только после этого могли приступить к освоению практической медицины у постели больного [4, 6]. И если в вопросах организации университетских клиник у Ван-Свитена были предшественники, то это нововведение носило беспрецедентный характер. И дело здесь не столько в самой идее установления строгой последовательности преподавания учебных предметов, которая для начала второй половины XVIII века была уже ненова, сколько в том, что Ван-Свитен впервые воплотил ее в жизнь по отношению к курсу клинической подготовки. До него преподавание у постели больного в тех университетах, где оно было внедрено, велось параллельно с преподаванием других учебных дисциплин. Введенный Ван-Свитеном на медицинском факультете Венского университета порядок преподавания позволил ему не только полностью исключить риск того, что высшее медицинское образование может вырождаться в простое обучение ремеслу по образцу и подобию практических медицинских школ, но и существенно повысить эффективность клинических занятий, так как студенты приступали к работе с больным, уже имея весь необходимый запас теоретических знаний.

Но разработка Ван-Свитеном структуры учебного процесса, включавшего в себя курс клиниче-

ских занятий в качестве отдельного завершающего этапа, имела и более далеко идущие последствия. Это была фактически первая единая учебная программа подготовки врача. Программа, по мере внедрения которой в учебный процесс все отчетливее и отчетливее выявлялся важнейший недостаток прежней двухэтапной модели формирования специалиста-практика, увидеть и преодолеть который в условиях той модели было в сущности невозможно. Теоретический и практический этапы подготовки осуществлялись не просто последовательно, но и в значительной степени изолированно друг от друга. Университетский курс преследовал цель обеспечить широкую теоретическую подготовку, послеуниверситетская стажировка — практическую, но они не предусматривали того, чтобы у будущего врача сложилось представление о медицине как о целостной системе знаний и умений.

Объединение в рамках учебного процесса на медицинском факультете Венского университета, ориентированного на подготовку врачей, теоретического и практического этапов этой подготовки позволило выявить этот недостаток, а главное, создало реальные условия для его преодоления. По-видимому, уже Ван-Свитен и де Гаен столкнулись с необходимостью поиска путей и механизмов устранения содержательного разрыва между теоретической и практической частями нового университетского курса, с необходимостью дальнейших преобразований в области организации и содержания учебного процесса на факультете, разработка и реализация которых составили содержание следующих этапов австрийской реформы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мейер-Штейнер Т., Зудгоф К. История медицины. — М., 1925.
2. Сухомлинов М. И. История Российской академии. Вып. 6 // Записки Император. Акад. наук. — 1882. — Т. 41, № 2. — Прилож. — С. 106—107.
3. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. — Berlin; Wien, 1928—1933.
4. Hecker J. Fr. K. Geschichte der neuen Heilkunde. — Berlin, 1839.
5. Lesky E. The development of bedside teaching at the Vienna medical school from scholastic times to special clinics // History of Medical Education. — New York, 1970. — P. 217—233.
6. Lesky E. Meilpesteine der Wiener Medicin. Grosse Ärzte Osterreichs in drei Jahrhunderten. — Wien, 1981.
7. Wolf G. Zur Geschichte der Wiener Universität. — Wien, 1883.

