

Л.В. Климова*

ПИСЬМО ПРОФЕССОРА И.А. КАССИРСКОГО
НАРКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР Г.Н. КАМИНСКОМУ
НАКАНУНЕ РЕФОРМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
1934 ГОДАdoi:10.31518/2618-9100-2026-3-21
УДК 93/94*Выходные данные для цитирования:**Климова Л.В. Письмо профессора И.А. Кассирского наркому здравоохранения РСФСР Г.Н. Каминскому накануне реформы медицинского образования 1934 года // Исторический курьер. 2026. № 3 (47). С. 285–297.
URL: <http://istkurier.ru/data/2026/ISTKURIER-2026-3-21.pdf>*

L.V. Klimova*

LETTER FROM PROFESSOR I.A. KASSIRSKY
TO THE PEOPLE'S COMMISSAR OF HEALTH
OF THE RSFSR, G.N. KAMINSKY, ON THE EVE
OF THE 1934 MEDICAL EDUCATION REFORM

doi:10.31518/2618-9100-2026-3-21

*How to cite:**Klimova L.V. Letter from Professor I.A. Kassirsky to the People's Commissar of Health of the RSFSR, G.N. Kaminsky, on the Eve of the 1934 Medical Education Reform // Historical Courier, 2026, No. 3 (47), pp. 285–297.
[Available online: <http://istkurier.ru/data/2026/ISTKURIER-2026-3-21.pdf>]*

Abstract. The article presents a previously unpublished archival document – a letter from Professor I.A. Kassirsky, the scientific head of the therapeutic department at the N.A. Semashko Hospital, to G.N. Kaminsky, the People's Commissar of Health of the RSFSR. In this letter, Kassirsky, who had extensive teaching experience, sharply criticized the medical education system that had developed in the early 1930s and expressed his concerns about taking measures to improve the situation. In 1930, a healthcare reform was launched to turn healthcare “towards production”, i.e., to integrate it into the country's economic processes related to forced industrialization and collectivization. This reform included changes in the training of doctors, aiming to significantly increase the number of medical students (it was not supported by adequate infrastructure or teaching staff) and improve their social composition. These measures had a negative impact on the quality of medical education, leading to another reform of the medical education system in the mid-1930s. Kassirsky used examples from his teaching experience to demonstrate the impact of the existing education system on the degradation of the student body. His note made a significant impression on the People's Commissar for Health, who used quotes from the document in his presentation at an upcoming medical conference. Kassirsky's letter is an important source for the history of medical education, as it shows the consequences of the early 1930s reform through the eyes of the most immersed part of society – university professors.

Keywords: medical education, healthcare reform, People's Commissariat of Health of the RSFSR, I.A. Kassirsky, G.N. Kaminsky.

*The article has been received by the editor on 10.03.2026.
Full text of the article in Russian and references in English
are available below.*

Аннотация. В статье представлен не публиковавшийся ранее архивный документ – письмо научного руководителя терапевтического отделения больницы им. Н.А. Семашко профессора И.А. Кассирского наркому здравоохранения РСФСР

* **Любовь Владимировна Климова**, Российский государственный архив новейшей истории, Москва, Россия, e-mail: klimovalubov@mail.ru

Lyubov Vladimirovna Klimova, Russian State Archive of Modern History, Moscow, Russia, e-mail: klimovalubov@mail.ru

Г.Н. Каминскому. В этом письме Кассирский, имевший большой преподавательский опыт, резко критиковал сложившуюся в начале 1930-х годов систему медицинского образования и высказывал свои соображения по поводу принятия мер, необходимых для исправления ситуации. В 1930 г. началась реформа здравоохранения, призванная повернуть его «лицом к производству», т.е. включить в происходившие в стране экономические процессы, связанные с форсированной индустриализацией и коллективизацией. Частью этой реформы стали изменения в подготовке врачей, направленные на резкое увеличение количества студентов-медиков (которое не было обеспечено соответствующей материальной базой и преподавательскими кадрами), а также «улучшение» их социального состава. Эти меры в целом оказали негативное влияние на качество обучения медиков, что привело к середине 1930-х годов к очередному реформированию системы медобразования. Кассирский на примерах из своей преподавательской практики показал, какое влияние существующая система набора студентов и их подготовки оказала на деградацию контингента учащихся. Его записка произвела большое впечатление на наркома здравоохранения, который использовал цитаты из этого документа при подготовке доклада для своего выступления на предстоящей медицинской конференции. Письмо Кассирского является важным источником истории медицинского образования, показывая последствия реформы начала 1930-х годов глазами наиболее погруженной в эти процессы части общества – вузовских преподавателей.

Ключевые слова: медицинское образование, реформа здравоохранения, Наркомздрав РСФСР, И.А. Кассирский, Г.Н. Каминский.

Статья поступила в редакцию 10.03.2026 г.

Медицинская реформа 1934 г. занимает особое место в истории здравоохранения СССР. Она стала поворотным событием в деле подготовки медицинских кадров, сглаживая острые углы реформы 1930 г. и закладывая основу для дальнейшего функционирования советского медобразования. В историографии реформирование системы подготовки медицинских кадров в 1930-х годов обычно рассматривается или в контексте развития системы здравоохранения в целом, или как часть истории высшей медицинской школы¹. Основной акцент в исследованиях этой темы, как правило, делается на официальной документации: законодательных источниках и делопроизводственных материалах. Однако значимую роль в изучении социальных процессов играют источники личного происхождения, позволяющие подсветить «изнутри» многие аспекты жизни людей, часто остающиеся вне поля зрения официальных документов. Важное место в изучении развития советской медицины занимают мемуары, письма и дневники врачей той эпохи², фиксирующие их непосредственные впечатления и уникальный личный опыт. Каждый такой документ является важным свидетельством времени, позволяющим увидеть происходившие исторические процессы глазами их непосредственных участников. Письмо И.А. Кассирского является ценным источником изучения системы медицинского образования начала 1930-х годов, показывая изнутри последствия реформы и отношение к ней наиболее заинтересованных лиц – преподавателей высшей медицинской школы.

¹ Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России, 1917–1953. Ярославль, 2010; Беседин А.Л., Петрушина М.В. Управленческие реформы и трансформации системы российского здравоохранения от Петровской эпохи до наших дней: кардинальные преобразования и действующие лица // Клиническая медицина и фармакология. 2017. Т. 3, № 3. С. 23–42; Затравкин С., Вишленкова Е., Шерстнева Е. «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения // Quaestio Rossica. 2020. Т. 8, № 2. С. 652–666; История медицины в России. Этика и политика. М., 2025.

² См., напр.: Маценко П.А. Записки хирурга. Иркутск, 1984; Крестникова С.В. Воспоминания врача. Йошкар-Ола, 2013; Углов Ф.Г. Воспоминания русского хирурга. Революция и две войны. М., 2015.

На рубеже 1920–1930-х годов в связи с принятием первого пятилетнего плана и курсом на ускоренное социалистическое строительство в СССР стала расти потребность в специалистах всех отраслей народного хозяйства, в том числе и в медиках³. Постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18 декабря 1929 г. констатировало, что «темп развития дела здравоохранения значительно отстает от роста всего народного хозяйства страны»⁴.

С этого постановления началась «коренная перестройка» советского здравоохранения, направленная, в том числе, на усиление «классовой пролетарской линии» и привлечение в медицинские кадры «рабочего и крестьянского актива».

В январе 1930 г. место наркома здравоохранения РСФСР занял старый партиец и председатель Центральной ревизионной комиссии ВКП(б) М.Ф. Владимирский⁵. Вступив в должность, новый нарком начал осуществлять реформу здравоохранения, основные направления которой были озвучены в марте 1930 г. на VII Всероссийском съезде здравотделов⁶, где Владимирский призвал медиков «вклиниться в хозяйственную работу страны»⁷. Теперь главными ориентирами в работе врачей должны были стать трудоспособность пациентов и производительность труда, влияющие на себестоимость производимой продукции⁸.

Активное привлечение лечебно-профилактических учреждений к участию в росте производства привело к перестройке системы медицинского образования. Реформа предполагала подготовку «новых пролетарских медицинских кадров <...> с широким общественно-политическим кругозором, организаторов активности широких масс трудящихся»⁹. Потребности системы здравоохранения диктовали необходимость резкого увеличения количества выпускников медицинских факультетов. Для этого сроки обучения были сокращены до 3,5–4 лет, учебный процесс проходил в две смены, а набор студентов проводился два раза в году. Через рабочие факультеты (рабфаки) в медицину направились промышленные рабочие с целью «улучшения социального состава выпускаемых врачей»¹⁰. Значительно сокращался объем общетеоретической и клинической подготовки студентов.

В 1931 г. руководство страны констатировало некоторые успехи в области медицинского образования, в частности увеличение количества вузов и рабфаков, «улучшение» социального и партийного состава учащихся. Одновременно с этим отмечалось, что «положение с подготовкой медицинских кадров остается совершенно неудовлетворительным»¹¹. Количество учащихся медиков по-прежнему не соответствовало потребности в них. Решение этой проблемы Наркомздрав видел в наращивании приема в вузы, в том числе на медицинские рабфаки, а также в увеличении количества вечерних рабочих факультетов и подготовительных курсов для «националов»¹² в национальных республиках, краях и областях. Доля рабочих среди обучающихся должна была достигать 75 %. Для расширения заочной подготовки медицинского персонала создавались институты по заочному обучению. Сроки на производственное обучение увеличивались до 50 % в ущерб теоретической подготовке.

³ Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России... С. 107.

⁴ Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа. М., 1958. С. 167.

⁵ Владимирский Михаил Федорович (1874–1951) – государственный и партийный деятель, народный комиссар здравоохранения РСФСР (1930–1934).

⁶ Здравотдел – отдел исполнительного комитета Совета народных депутатов, руководящий работой по здравоохранению.

⁷ Затравкин С., Вишленкова Е., Шерстнева Е. «Коренной перелом»... С. 656.

⁸ Владимирский М.Ф. Борьба с заболеваемостью даст промышленности новые ресурсы // Правда. 1930. № 228. С. 2.

⁹ Резолюции VII Всероссийского съезда здравотделов // Уральский медицинский журнал. 1930. № 2/3. С. 117.

¹⁰ О реорганизации системы подготовки врачебных кадров (Постановление СНК РСФСР от 19 июня 1930 г.) // Постановления КПСС и Советского правительства... С. 177.

¹¹ О медицинских кадрах (Постановление ЦК ВКП(б) от 1 июня 1931 г.) // Постановления КПСС и Советского правительства... С. 193–194.

¹² Начиная с 1920-х гг. в Советском Союзе проводилась политика «коренезации», заключавшаяся в «национализации» аппарата управления в союзных республиках и других национальных регионах, ускоренном образовании «националов» (национальных меньшинств), формировании местной национальной интеллигенции. С этой целью в вузах вводились квоты на набор студентов-«националов».

Эти меры, направленные прежде всего на количество выпускаемых медиков и их социальный состав, закономерно отразились на качестве обучения, что привело к значительному росту ошибок в диагностике и лечении, зачастую заканчивающихся смертью пациентов. «Современники боялись врачей с плохими знаниями и широким политическим кругозором»¹³, – отмечают исследователи реформы.

Катастрофическое положение с подготовкой медицинских кадров привлекло внимание высшего руководства страны. В своем отчетном докладе на XVII съезде ВКП(б), проходившем с 26 января по 10 февраля 1934 г., И.В. Сталин заявил: «...Медицинские факультеты все еще находятся у нас в загоне. Это большой недостаток, граничащий с нарушением интересов государства. С этим недостатком надо обязательно покончить. И чем скорее будет сделано это, тем лучше»¹⁴. Это замечание было воспринято правительством как руководство к действию. К тому времени уже стало ясно, что одним только «кавалерийским наскоком», директивно повышая требования к количественным показателям без обеспечения соответствующей материальной базы, решить проблему кадров не получится.

В феврале 1934 г. в Наркомздраве РСФСР сменилось начальство. Новым наркомом стал Г.Н. Каминский¹⁵, который провел ряд мероприятий, направленных на устранение недостатков реформы. Обследование медучреждений, инициированное Каминским при вступлении в должность, показало, что врачей часто принимали на работу без проверки их дипломов. Это, очевидно, было связано с критическим дефицитом кадров и серьезно отражалось на качестве предоставляемых населению медицинских услуг. Бывали случаи, когда должность хирурга занимал человек вообще без какого-либо образования, что выяснялось только после нескольких послеоперационных смертей¹⁶. Такая ситуация в системе здравоохранения была связана с крайне низкими зарплатами в этой сфере и непопулярностью «интеллигентских» профессий по сравнению с рабочими специальностями. По инициативе наркома здравоохранения руководство страны приняло меры по улучшению материального положения медиков¹⁷. Кроме того, стала очевидна неэффективность существующей системы образования в сфере здравоохранения. Началась подготовка новой реформы.

В Государственном архиве Российской Федерации в фонде Наркомата здравоохранения РСФСР хранится письмо профессора И.А. Кассирского. В нем молодой, но уже авторитетный врач, преподаватель и ученый высказал ряд соображений по поводу неудовлетворительного положения медицинского образования в стране. Это письмо произвело такое впечатление на Каминского, что он включил цитаты из него в свой доклад, который готовил в это время к предстоящей научной конференции¹⁸. Данный источник является ценным свидетельством, иллюстрирующим реальное положение высшего медицинского образования в стране, которое не всегда в достаточной степени было отражено в официальных документах.

Автор письма не проставил дату его написания, поэтому определить датировку можно только приблизительно. На деле, в котором содержится документ, указано, что оно начато 23 июля, а окончено 17 сентября 1934 г., однако большинство документов в архивном деле не имеет датировки и расположено не в хронологическом порядке. Учитывая, что Кассирский упоминает «намечающийся поворот в деле перестройки медобразования», можно предположить, что письмо написано в период между обсуждением данного вопроса на Всероссийском совещании руководителей краевыми и областными отделами здравоохранения, проходившем 20–26 августа 1934 г., и обнародованием 4 сентября 1934 г. Постановления ЦИК СССР «О подготовке врачей», когда этот поворот стал уже свершившимся фактом.

¹³ Затравкин С.Н., Вишленкова Е.А. «Клубы» и «гетто» советского здравоохранения. М., 2022. С. 152.

¹⁴ XVII съезд Всесоюзной коммунистической партии (б). Стенографический отчет. М., 1934. С. 25.

¹⁵ Каминский Григорий Наумович (1895–1938) – государственный и партийный деятель, народный комиссар здравоохранения РСФСР (1934–1937), первый нарком здравоохранения СССР (1936–1937).

¹⁶ Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. А 482. Оп. 1. Д. 696. Л. 169.

¹⁷ Протокол заседания комиссии Политбюро по вопросу о правовом и материально-бытовом положении медицинского персонала // Сталинское Политбюро в 30-е годы: сб. док-тов. М., 1995. С. 48.

¹⁸ ГА РФ. Ф. А 482. Оп. 24. Д. 290. Л. 12.

Подводя итоги совещания руководителей здраводелов, нарком Каминский среди недостатков советского здравоохранения назвал «запущенность медобразования, слабую подготовку поступающих в медвузы, недостаточные сроки обучения, недостаточное внимание к основным врачебным дисциплинам, узкую специализацию без достаточной общеврачебной подготовки, скверную материально-техническую оснащенность медвузов, отрыв педагогической работы от научной»¹⁹. Эти выводы во многом перекликались с тем, о чем писал Кассирский, свидетельствуя о единодушии нового руководства здравоохранения и вузовских преподавателей в их оценках медицинского образования. Уже 3 сентября 1937 г. было принято постановление ЦИК СССР²⁰, в котором положение дел с медицинским образованием в стране характеризовалось как «нетерпимое». Постановление возвратило пятилетний срок обучения на медицинских и санитарно-гигиенических факультетах, запретило заочное обучение в медицинских учебных заведениях, восстановило обязательные выпускные экзамены, обязало союзные наркоматы обеспечить своевременный выпуск учеников и ввело ряд других мер, направленных на повышение качества образования.

Неординарная и яркая личность автора письма заслуживает того, чтобы осветить основные вехи его биографии. Иосиф Абрамович Кассирский родился в 1898 г. в городе Новый Маргелан Туркестанского генерал-губернаторства (с 1924 г. Фергана). В 1919 г. студента медицинского факультета Томского университета Кассирского, как и многих других медиков, насильно мобилизовали в армию Колчака²¹, откуда он сбежал в Красную армию. В 1921 г. демобилизованный красноармеец окончил обучение и поступил в качестве ординатора в терапевтическую клинику недавно созданного Туркестанского университета в г. Ташкенте, где к тому времени проживали его родители. За годы работы в Средней Азии молодой врач проявил себя как талантливый диагност, гематолог, инфекционист и терапевт. Он изобрел специальную иглу для пункции костного мозга (игла Кассирского) и написал ряд научных работ. В 1930 г. И.А. Кассирский был избран доцентом клиники тропических болезней Ташкентского медицинского института, а в 1931 г. – профессором и заведующим кафедрой. В 1934 г. его пригласили в Москву в качестве научного руководителя терапевтического отделения больницы им. Н.А. Семашко, где Кассирский вскоре организовал курсы усовершенствования врачей-терапевтов. Именно в этот период он написал публикуемое здесь письмо. В годы Великой Отечественной войны Кассирский занимал посты главного терапевта Главного врачебно-санитарного управления Наркомата путей сообщения СССР и постоянного консультанта Военной академии им. М.В. Фрунзе, выезжал для оказания помощи раненым в действующую армию, организовывал противоэпидемические мероприятия в освобожденном Сталинграде. В 1958 г. его избрали членом-корреспондентом, а в 1963 г. – академиком Академии медицинских наук СССР. И.А. Кассирский умер в 1971 г. от онкологического заболевания²².

При публикации документа сохранены стилистические особенности текста. Пропущенные слова и сокращения переданы в квадратных скобках. Текст машинописный с рукописными вставками синими чернилами. Все рукописные вставки выделены в тексте *курсивом*. Вопросительные и восклицательные знаки проставлены от руки синими чернилами. Все подчеркивания также сделаны синими чернилами и при публикации переданы графически. Рукописные исправления опечаток в письме переданы без оговорок.

¹⁹ Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России... С. 130.

²⁰ О подготовке врачей (Постановление ЦИК СССР от 3 сентября 1934 г.) // Постановления КПСС и Советского правительства... С. 234–238.

²¹ Колчак Александр Васильевич (1874–1920) – государственный, политический и военный деятель, во время Гражданской войны один из лидеров Белого движения.

²² Воробьев А.И. Роль советской профессуры в развитии гематологии // Онкогематология. 2007. Т. 2, № 4. С. 5–11; Кассирский Г.И. Академик И.А. Кассирский: жизнь, научное творчество, врачевание. М., 2011; Левин В.И. И.А. Кассирский – выдающийся советский ученый-медик // Педагогика и просвещение. 2013. № 2. С. 159–167.

* * *

**Письмо профессора И.А. Кассирского наркому здравоохранения РСФСР
Г.Н. Каминскому**

[июль – сентябрь] 1934 г.

(л. 15) Народному комиссару здравоохранения РСФСР, д-ру Каминскому
Копия тов[арищу] Бухарину¹, ред[актору] «Известий»

В практической деятельности НКЗ² намечается, видимо, поворот в деле перестройки медобразования. Считаю своим долгом откровенно сказать, что это давно пора, ибо медобразование в том виде, в каком оно пребывает в настоящее время, грозит полной катастрофой в деле подготовки мед[ицинских] кадров.

Как профессор одного из провинциальных вузов, в котором я работаю почти 15 лет, со дня его основания, пройдя здесь все стадии развития, я бы хотел обратить Ваше внимание на те болезни, которыми очевидно, болеют не только провинциальные вузы, но и центральные. Думаю, что знание этих болезней позволит Вам, тов[арищу] нарком, выбрать правильный путь для лечения медвузов, их директоров, студентов и т.д.

Первая болезнь – это потрясающая безграмотность известной части студентов и нередко оставляемых при кафедрах^а научных сотрудников.

Безграмотность, отсутствие общего развития, неумение толком связать два слова производят иногда потрясающее впечатление. Очевидно, с приемом дело стояло у нас и всюду возмутительно плохо, если принимали нередко ротных фельдшеров³, зубных техников, просто неучей и т.п., и эти люди дошли до последнего курса, а сейчас их надо выпускать врачами, но поверьте, рука не подымается писать им зачет, так как это абсолютные неучи в смысле общеобразовательном, безграмотные биологически, медицински и т.п.

Благодаря такому контингенту студентов история нашего института за последние годы – это комическая история разных невероятных по глупости и пошлости ответов на зачетах.

Приведу несколько из тех, которые я запомнил и которые указывают на деградацию тех кадров, кои подбираются в медвузы.

// (л. 16) В истории болезни студент пишет: глотка больного проходима для воздуха.

Вопрос экзаменатора: что такое систола⁴ и диастола⁵?

Ответ: систола – сокращение *левого*^б желудочка, диастола – сокращение правого желудочка.

В истории болезни студент пишет: бросим теперь ректоспективный (*sic*⁶ – т.е. через ректум!⁷) *взгляд*...

Вместо привратник врач пишет плевратник...

Аспирант, заканчивая письмо пишет: за раннее благодарный асперант^в...

На государственном экзамене по тропическим болезням студент лекпом⁸ начинает *излагать*^г спорогонию (цикл полового развития плазмодия⁹ в желудке комара) и дойдя до стадии зиготы¹⁰, продуцирует из нее комара (имаго)¹¹. Студенты, вызываемые к карте, не могут показать сопредельных со Ср[едней] Азией стран – Персии, Афганистана и назвать их столицы. О Японии, Китае, Греции, Югославии, Средиземном море и т. п. никакого представления. Ни один студент не смог сказать, какое историческое событие произошло в г. Сараеве¹².

Страдают у многих не только подготовка, но и способности. Так, некоторые без всякого стеснения заявляют, что пока они выучивают одну страницу, забывают предыдущую. Студенты некоторые не представляют себе реально, что такое метр, сантиметр, и т.п.,

^а Здесь и далее подчеркнуто И.А. Кассирским синими чернилами.

^б Вписано от руки над зачеркнутым «правого».

^в Так в тексте.

^г Вписано от руки над зачеркнутым «показывать».

не умеют делить и умножать десятичных дробей, составлять пропорций, а врачу надо уметь обращаться с математикой в пределах этих требований.

Мое мнение такое, что на медфаки идет наиболее слабая молодежь, а это чревато большими последствиями, так как ни один факультет как раз не требует столь широкого кругозора и ярких способностей, как медицинский, где изучаются различные отрасли естественных и медицинских наук.

Вторая болезнь наших вузов – это многофакультетность. Так, у нас на <...>^д маленького вуза и небольшого количества квалифицированных преподавателей имеются следующие факультеты и отделения:

Лечпроф¹³ – терапевтическое отделение, хирургическое отделение, акушерско-гинекологическое.

ОММ¹⁴ – педиатры.

Отделение врачей пром[ышленных] предприятий.

Отделение общесанитарных врачей.

Разница в часах по некоторым предметам ничтожна. Неужели прибавление или убавление нескольких десятков часов может решить вопрос в смысле // (л. 17) окончательной специализации студента. А между тем такое обилие факультетов и отделений, в сущности, является абсолютным препятствием для ведения правильного планового преподавания и лекционной системы всему курсу с тщательным подбором материала в духе знаменитых постановлений ЦИКа о высшей школе. *De facto*¹⁵ курса в целом мы не видим никогда, а имеем дело с маленькими группочками студентов, представляющими тот или иной факультет. Отсюда огромный ущерб для клинического преподавания. Напр[имер], в моей клинике получается так: осенью я могу показать студентам весь букет тропических болезней (которым учатся только на больных, а не в книгах), но я, к сожалению, имею в это время в клинике одну-две группы, а зимой и весной, когда нет больных для демонстрации, начинают *сытаться*^е как из рога изобилия группы. И ничего нельзя сделать, так как технически нельзя при многофакультетности составить расписание, чтоб удовлетворить все клиники. Будь лекции всему курсу, это не представляет никаких трудностей. Чехарда с группами продолжается, всюду роль профессора по-прежнему нередко сводится к граммофону – он повторяет скучно одно и то же нескольким группам изо дня в день, из года в год.

Все это не значит, что я возражаю против групп – нет, конечно, но с группами должны работать по преимуществу ассистенты. Точно также я бы не хотел быть неправильно понятым в моих указаниях насчет многофакультетности. Я не против специализации советских врачей, но несколько факультетов можно позволить крупному вузу, выделив их в отдельные ячейки со своими клиниками, лабораториями и т.п., иначе получается неразбериха, а во-вторых, необходимо иначе поставить специализацию наших врачей, необходимо дать врачу сначала общую солидную подготовку, независимо от того, кем он будет, а по прошествии 4 лет специализировать его. Специализировать же с 1-го курса врача на хирурга, гинеколога или ОММ – это бессмыслица и сизифов труд в смысле бесконечной дифференциации часов, отпускаемых на тот или иной предмет.

Что касается таких специальностей, как врач-коммунальник, физкультурник¹⁶ и т.п. То для подготовки врачей этих важнейших отраслей советской медицины необходимо создать несколько центральных вузов, а с халтурными учреждениями, где нет ни одного квалифицированного преподавателя по таким важным предметам, как коммунальная гигиена, технология питательных продуктов, пищевая гигиена, медстроительство, физкультура и т.п. – надо покончить.

// (л. 18) Третья наша болезнь – это отсутствие письменных работ. Пора этому положить предел, иначе получают такие конфузы, когда врач в препроводительной записке пишет: направляется больной с диагнозом, похожим на рожу¹⁷.

^д Слово неразборчиво.

^е Вписано от руки над зачеркнутым «идти».

Упразднение истории болезни, которые подавались в письменном виде и обнаруживали способность студента ориентироваться в дисциплине, разбираться в литературе и т.п., было непредусмотрительным шагом. Это окончательно снизило небольшие требования, которые еще предъявлялись к врачу в смысле его общего развития. Если в наших технических вузах к студенту предъявляются требования в виде чертежей с объяснительными записками к ним, то это является стимулом для отбора людей, для воспитания квалифицированных кадров. У нас же в мединститутах нет никаких критериев, чтоб оценить человека наиболее полно. Выучить медицину в 5 лет невозможно, и нередко зачеты не могут вполне охарактеризовать подготовку и развитие будущего врача, зато истории болезни и рефераты вполне продемонстрируют, как студент справляется с дисциплиной, насколько он в состоянии обнять предмет, пользоваться источниками, дифференциально мыслить и вообще, насколько он грамотен. Заславский¹⁸ пишет в фельетоне, что он не мыслит, чтобы окончивший [вуз] инженер спроектировал трактор без колес, но какие проекты гнездятся в головах у наших абитуриентов, если они не в состоянии толком составить маленькой бумажки, не говоря об историях болезни, толковом судебно-медицинском мнении, протоколе и т.п.

Четвертая болезнь. Отсутствие серьезного отношения к делу среди студентов врачей. Это, по-моему, порождается отсутствием серьезного отношения к ним самим, ибо им по их развитию уместно быть лекгомами, сестрами, а они обучаются на врачей. Снижение требований к ним создает снижение взгляда на отрасль знания, которую они выбрали (м[ожет] б[ыть], потому и выбрали, что низки требования!). Я, конечно, говорю не о всех. Есть и у нас, и всюду блестящие студенты даже из лекгомов, но это тем более налагает на нас ответственность в деле подбора людей. Не блестяще обстоит у нас среди молодежи с этикой. По-моему, необходимо воспитать для нашего нового общества врачей с новой этикой. Старые факультетские обещания совершенно справедливо уничтожены, как уничтожена присяга в войсках, но в Красной Армии создана новая присяга, а что создано для врача взамен старых факультетских обещаний? // (л. 19) Между тем что-то сделать надо. Мне могут возразить, сказав, что тогда встанет вопрос о каких-то обязательствах советского юриста, инженера и т. п., но это не так. Ибо нет второй такой области, как медицина, которая бы не подвергалась никакому, в сущности, общественному контролю. Здесь для врача широкое поле для халатности, бездействия, преступной небрежности и т.п., т.е. всего того, что может быть прикрыто различными формулами вроде – диагностическая ошибка, техническая погрешность, боязнь повредить больному (*nil nocere!*)¹⁹. Подобная ситуация полной свободы и безответственности врача, особенно работающего без наблюдения со стороны более квалифицированных коллег, парализует нередко его тенденции к повышению квалификации и создает из него тип чеховского уездного лекаря²⁰.

Я полагаю необходимым вместо факультетских обещаний старого типа создать особые курсы врачебной этики при кафедрах истории медицины – курсы, построенные на базе марксистско-ленинской идеологии.

Без воспитания подобной этики у нас получают весьма «корявые» молодые врачи, которые не могут должным образом подойти к больному как к психофизическому целому, не нанести ему психической травмы, быть чутким к нему, ориентироваться правильно в мероприятиях по отношению к нему и т.п. Этическая размагниченность врачей в наше время не подлежит никакому сомнению и ничем иным как ею я объясняю тот факт, что даже у вас в Кремлевской больнице оперируют больного, не предупредив родных, а больной случайно погибает. Этическая размагниченность приводит к тому, что врачи с легкостью разбалтывают некоторые интимные стороны жизни пациентов, что не диктуется постулатами общественной профилактики²¹.

Пятая наша болезнь – подбор научных и практических работников в вузах и больницах. Борьба за классовые позиции в вузах окончена, в вузы идет свой человек. Поэтому можно смотреть несколько либеральнее на подбор кадров. Совершенно прав т[оварищ] Заславский, который считает, что научные работники особенно по теоретическим предметам должны подбираться преподавателями со студенческой скамьи: преподаватель привлекает к себе

интересующегося студента, длительно изучает его и по окончании оставляет его. У нас же получается наоборот: механистически проведена аналогия между научно-медицинскими работниками и инженерно-техническими работниками, и потому подбирают для оставления при кафедрах врачей с периферическим стажем.

// (л. 20) Если проводят научного работника из инженера, проделавшего свой стаж на периферии, где-нибудь на стройке или крупном заводе, где у него были сотни опытейших учителей и где под их руководством он обучался большому делу, это понятно, но не понятно, почему оканчивающий [обучение в вузе] способный врач должен поехать куда-то в глушь, там работать как кустарь одиночка, деквалифицироваться без руководства в течение трех лет, а потом его приглашают в клинику или на теоретическую кафедру в качестве научного сотрудника. Опыт показал, что такой путь продукции научных кадров наименее эффективен.

Шестая наша болезнь. Это система отправки врачей на периферию. Ее надо изжить. Недаром врачи так боятся этой периферии. Пора покончить с этой боязнью. Не периферия для врача, а врач для периферии – поэтому прежде, чем отправлять врача на периферию, его нужно обязательно квалифицировать в какой-нибудь солидной больнице, и окрыленный знаниями врач поедет на периферию с радостью – не фантазировать! не портить, а творить, лечить, помогать...

Создалось мнение, что советские врачи бегут от периферии из-за неудобств жизни, оторванности и т.п. Это неверно. Они избегают периферии – деревни, кишлака, аула прежде всего потому, что они в большинстве теряют там обличье врача и даже повивальной бабки, так как не вооружены никакими практическими знаниями, делающими их труд радостным, ощутимым по своим результатам. Они превращаются в ротных фельдшеров, да еще с той разницей, что у последних всегда существует благодаря ограниченности теоретических сведений своеобразная самоуверенность, а врач лишен и ее. Шутка ли столкнуться лицом к лицу с многоликой патологией человеческого организма и поплыть в ней без руля и ветрил... Вот почему врачи так боятся периферии... Надо во что бы то ни стало превратить труд врача на периферии в радостный социалистический труд, а это будет тогда, когда он будет знать свое дело и работать во всеоружии этого знания.

Седьмая болезнь. Очковитительство и безответственность директоров вузов. Скажите, почему отвечают строго директора заводов за плохую продукцию тракторов, автомобилей, частей к ним, а директора вузов молчат (я уверен – ни один честно вам не написал!) о браке, да каком еще браке!? Надо как следует проверить многие и многие вузы насчет этого брака. *ж-Надо послать также комиссии для проверки квалификаций преподавателей в пров[инциальных] и республик[анских] вузах, ибо бывшие республиканские и провинциальные комиссии квалифицировали профессоров и доцентов нередко по-семейному*^ж.

// (л. 21) Восьмая болезнь – это наша местная болезнь. Это вопрос о подготовке национальных кадров. К националам всячески снижаются требования. Ну, предположим, это в известных пределах нужно, принимая во внимание затруднения с языком. Но до каких же пределов? Почему национал – узбек, казак²², киргиз должен быть обязательно плохим врачом, незнайкой, а европеец лучшим (вот где великодержавный шовинизм!)? А было так: во имя процентов и громких реляций нагоняли людей из кишлаков, свозили их на арбах (даже под музыку!), вербовали кого угодно и повышали проценты нацкадров. Самообман! Эти «свезенные» люди не знали толком ни родного языка, ни русского, безусловно не в состоянии одолеть высшую школу, а их тянут... Для чего? Для того, чтобы они потом подрывали в кишлаке авторитет научной медицины и проигрывали в глазах населения по сравнению с табибами²³...

Девятая болезнь – отношение к лечебной медицине. Мы чересчур, левацки гипертрофировали наши профилактические учреждения, работа коих нередко сводится к бумажной переписке. За этот счет наш рабочий и колхозник мог бы на случай болезни получить большие удобства, культурное обслуживание, лучшее питание и поскорее выйти на работу.

^{ж-ж} Вписано от руки синими чернилами на нижнем поле листа.

Десятая болезнь – бытовые условия врачей. О них не буду писать, они общеизвестны. Мы вступили в такую фазу жизни нашей великой страны, когда надо окончательно изжить существующий еще среди многих провинциальных помпадуров²⁴ взгляд на врачей, некогда выраженный Петром I²⁵: «Обозники, врачи и прочая сволочь – на левом фланге...». И еще более гнусное мнение о медицине, высказанное великим князем Николаем Николаевичем²⁶, когда был поднят вопрос о приравнивании во время войны врачей к офицерам.

Вот общеизвестная резолюция великого князя: «Ночной горшок вещь хоша²⁷ и удобная и нужная, но отсюда не следует, что его можно ставить на стол...».

Врач в социалистическом обществе – не удобная вещь и т.п., а активный строитель новой жизни, так как от него зависит во многом психофизическое состояние многих миллионов трудящихся людей, а социализм строят как раз эти люди, не машины, а прежде всего люди...

³В заключение я бы хотел поднять вопрос о своевременности создания НКЗ СССР²⁸, т.к. это, конечно, внесет систему в медобразование и вообще в дело здравоохранения в республиках СССР.

Проф[ессор] Кассирский.

Мой наст[оящий] адрес: Москва. Варварка. Кривой пер[еулок]. № 4, кв[артира] 11⁻³.

[Ответы студентов-медиков на вопросы преподавателя]

// (л. 22) Как лечить тяжелую инфекционную желтуху?

Ответ: Удалением печени.

Что необходимо вдыхать человеку для поддержания жизненных процессов?

Ответ: Углекислоту.

Каким условиям должна отвечать кормилица?

Ответ: Она должна быть в климактерическом периоде²⁹.

Что такое endocarditis lenta³⁰?

Ответ: Это лентообразные изменения на сердечных клапанах.

Что такое эозинофилы³¹?

Ответ: Это клетки крови, из которых добывается краска эозин.

Откуда идет сперма у человека?

Ответ: Из спинного мозга.

Что такое актиномикоз³²?

Ответ: Активная кость – это такая кость...

Кто является переносчиком малярии?

Ответ: Малярию переносят такие маленькие зверьки... флэботомусы³³! (ответ национала).

Что такое злокачественная гипертония³⁴?

Ответ: Это злокачественная опухоль.

Что такое эметин³⁵?

Ответ: Вытяжка из семенных желез.

Какова вместимость мочевого пузыря?

Ответ: 15–30 литров.

ГА РФ. Ф. 482. Оп. 24. Д. 290. Л. 15–22.

Машинопись. Подлинник. Подпись – автограф И.А. Кассирского.

³⁻³ Вписано от руки синими чернилами на нижнем поле листа.

Комментарии

- ¹ Бухарин Николай Иванович (1888–1938) – политический и государственный деятель, публицист, экономист, академик АН СССР (1929).
- ² Народный комиссариат здравоохранения.
- ³ Ротные фельдшеры в начале XX в. и в годы Первой мировой войны из-за нехватки среднего медицинского персонала в армии проходили обучение не в военно-фельдшерских школах, а непосредственно в войсках у войскового врача, что негативно отражалось на качестве их подготовки.
- ⁴ Систола – сокращение левого и правого желудочков сердца при сердечбиении.
- ⁵ Диастола – расслабление сердечной мышцы в интервале между сокращениями.
- ⁶ Sic (лат.) – именно так. Полностью: «sic erat scriptum» – «так было написано».
- ⁷ Ректум – прямая кишка.
- ⁸ Лекпом (устар.) – лекарский помощник, фельдшер.
- ⁹ Плазмодии (лат. Plasmodium) – род паразитических одноклеточных организмов, некоторые виды которого вызывают малярию. Являются паразитами позвоночных и насекомых (чаще всего комаров).
- ¹⁰ Зигота – оплодотворенная яйцеклетка, которая образуется в результате слияния гамет (репродуктивных клеток) противоположного пола.
- ¹¹ Имаго – взрослая стадия индивидуального развития насекомых.
- ¹² Речь идет об убийстве 28 июня 1914 г. эрцгерцога Франца Фердинанда, наследника австро-венгерского престола, и его жены в столице Боснии и Герцеговины г. Сараево боснийским сербом Гаврилой Принципом. Это убийство стало одним из ключевых событий, приведших к Первой мировой войне.
- ¹³ Лечебно-профилактический факультет.
- ¹⁴ Факультет охраны материнства и младенчества.
- ¹⁵ De facto (лат.) – фактически.
- ¹⁶ Специалисты по жилищно-коммунальной и физкультурной гигиене.
- ¹⁷ Рожа (рожистое воспаление) – острая бактериальная инфекция кожных покровов, вызываемая бета-гемолитическим стрептококком группы А.
- ¹⁸ Заславский Давид Иосифович (1880–1965) – журналист, публицист, литературовед, литературный критик и фельетонист.
- ¹⁹ Nil посере (лат.) – не навреди.
- ²⁰ А.П. Чехов в ряде своих произведений создал образы провинциальных врачей, которых объединяет постепенная нравственная и профессиональная деградация.
- ²¹ Общественная профилактика – разносторонняя деятельность общественных и государственных организаций, направленная на изучение и оздоровление условий труда и быта граждан.
- ²² Казак (устар.) – казах.
- ²³ Табиб – лекарь, целитель в арабском и некоторых тюркских языках.
- ²⁴ Помпадур (иносказ.) – администратор-самодур. В этом значении использовалось М.Е. Салтыковым-Щедриным в цикле сатирических рассказов «Помпадуры и помпадурши». Происходит от имени маркизы де Помпадур, фаворитки французского короля Людовика XV.
- ²⁵ Петр I (1672–1725) – русский царь с 1682 г., первый император Всероссийский с 1721 г.
- ²⁶ Великий князь Николай Николаевич (1856–1929) – внук императора Николая I, Верховный Главнокомандующий сухопутными и морскими силами Российской империи в начале Первой мировой войны (1914–1915).
- ²⁷ Хоша (устар., разг.) – хоть, хотя.
- ²⁸ Наркомздрав СССР – образован постановлением ЦИК и СНК СССР от 20 июля 1936 г. В ведение Наркомздрава СССР были переданы организации и учреждения из наркомздравов союзных республик, в том числе из Наркомздрава РСФСР.
- ²⁹ Климактерический период (климакс) – физиологический период в жизни женщины, характеризующийся угасанием репродуктивной функции вследствие гормональных изменений в организме.
- ³⁰ Endocarditis lenta (лат.) – тяжелый эндокардит (воспаление внутренней оболочки сердца).
- ³¹ Эозинофилы – разновидность лейкоцитов (белых кровяных клеток).
- ³² Актиномикоз – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое лучистыми грибами (актиномицетами).
- ³³ Флеботомусы (лат. Phlebotomus) – род двукрылых насекомых из подсемейства москитов. Переносчики лейшманиозов, лихорадки паппатачи.
- ³⁴ Гипертония – синдром повышения артериального давления.
- ³⁵ Эметин – алкалоид, который содержится в корне ипекакуаны (рвотного корня) семейства мареновых.

Литература

Беседин А.Л., Петрушина М.В. Управленческие реформы и трансформации системы российского здравоохранения от Петровской эпохи до наших дней: кардинальные преобразования и действующие лица // Клиническая медицина и фармакология. 2017. Т. 3, № 3. С. 23–42.

Воробьев А.И. Роль советской профессуры в развитии гематологии // Онкогематология. 2007. Т. 2, № 4. С. 5–11.

Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России, 1917–1953. Ярославль: Индиго, 2010. 640 с.

Затравкин С., Вишленкова Е., Шерстнева Е. «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения // Quaestio Rossica. 2020. Т. 8, № 2. С. 652–666.

Затравкин С.Н., Вишленкова Е.А. «Клубы» и «гетто» советского здравоохранения. М.: ШИКО, 2022. 352 с.

История медицины в России. Этика и политика / О.С. Нагорных, Н.Ю. Пивоваров, В.В. Тихонов и др. М.: Практическая медицина, 2025. 418 с.

Кассирский Г.И. Академик И.А. Кассирский: жизнь, научное творчество, врачевание. М.: Русский путь, 2011. 228 с.

Крестникова С.В. Воспоминания врача. Йошкар-Ола: Татъянин день, 2013. 243 с.

Левин В.И. И.А. Кассирский – выдающийся советский ученый-медик // Педагогика и просвещение. 2013. № 2. С. 159–167.

Маценко П.А. Записки хирурга. Иркутск: Вост.-Сиб. кн. изд-во, 1984. 157 с.

Углов Ф.Г. Воспоминания русского хирурга. Революция и две войны. М.: АСТ, 2015. 320 с.

Сталинское Политбюро в 30-е годы: сб. док-тов / сост. О.В. Хлевнюк и др. М.: АИРО-XX, 1995. 339 с.

References

Besedin, A.L., Petrushina, M.V. (2017). Upravlencheskie reformy i transformatsii sistemy rossiyskogo zdravookhraneniya ot Petrovskoy epokhi do nashikh dney: kardinal'nye preobrazovaniya i deystvuyushchie litsa [Management Reforms and Transformations of the Russian Healthcare System from the Petrine Era to the Present Day: Radical Changes and Key Players]. In *Klinicheskaya meditsina i farmakologiya*. Vol. 3, No. 3, pp. 23–42.

Eregina, N.T. (2010). *Vysshaya meditsinskaya shkola Rossii, 1917–1953* [Russian Higher Medical School, 1917–1953]. Yaroslavl', Indigo. 640 p.

Kassirskiy, G.I. (2011). *Akademik I.A. Kassirskiy: zhizn', nauchnoe tvorchestvo, vrachevanie* [Academician I.A. Kassirsky: Life, Scientific Work, and Medicine]. Moscow, Russkiy put'. 228 p.

Khlevnyuk, O.V. et al. (Comp.). (1995). *Stalinskoe Politbyuro v 30-e gody: sbornik dokumentov* [Stalin's Politburo in the 1930s: A Collection of Documents]. Moscow, AIRO-XX. 339 p.

Krestnikova, S.V. (2013). *Vospominaniya vracha* [Memories of a Doctor]. Yoshkar-Ola, Tat'yanin den'. 243 p.

Levin, V.I. (2013). I.A. Kassirskiy – vydayushchiysya sovetskiy uchenyy-medik [I.A. Kassirsky was a Prominent Soviet Medical Scientist]. In *Pedagogika i prosveshchenie*. No. 2, pp. 159–167.

Matsenko, P.A. (1984). *Zapiski khirurga* [Surgeon's Notes]. Irkutsk, Vostochno-Sibirskoe knizhnoe izdatel'stvo. 157 p.

Nagornyyh, O.S., Pivovarov, N.Yu., Tihonov, V.V. (2025). *Istoriya meditsiny v Rossii. Etika i politika* [History of Medicine in Russia. Ethics and Politics]. Moscow, Prakticheskaya meditsina. 418 p.

Uglov, F.G. (2015). *Vospominaniya russkogo khirurga. Revolyutsiya i dve voyny* [Memoirs of a Russian Surgeon. Revolution and Two Wars.]. Moscow, AST. 320 p.

Vorob'ev, A.I. (2007). Rol' sovetskoy professury v razvitii gematologii [The Role of Soviet Professors in the Development of Hematology]. In *Onkogematologiya*. Vol. 2, No. 4, pp. 5–11.

Zatravkin, S., Vishlenkova, E., Sherstneva, E. (2020). “Korennoy perelom”: dovoennaya reforma sovetskogo zdravookhraneniya [“A Turning Point”: The Pre-War Reform of Soviet Healthcare]. In *Quaestio Rossica*. Vol. 8, No. 2, pp. 652–666.

Zatravkin, S.N., Vishlenkova, E.A. (2022). “Kluby” i “getto” sovetskogo zdravookhraneniya [“Clubs” and “Ghettos” of Soviet Healthcare]. Moscow, SHIKO. 352 p.