

при саркоидозе. Эта технология позволяет детально оценить локализацию и распространенность поражения легочной ткани на уровне вторичной легочной дольки, разграничить зоны инфильтрации с множественными мелкоочаговыми поражениями, оценить состояние бронхиального дерева.

Практика дифференциальной диагностики, сложившаяся в отечественной медицине основана на том, что саркоидоз часто имеет доброкачественный характер течения, и это делает его "диагнозом исключения". При первичной внутригрудной локализации прежде всего ставится задача исключить туберкулез, как инфекционное, эпидемиологически опасное заболевание. Это положение, а также выявление микобактерий в материалах, полученных от пациентов, и стали в России причинами наблюдения больных саркоидозом в противотуберкулезных учреждениях. В обязательный комплекс обследований входят рентгенограмма, общий клинический анализ крови (возможна лимфопения, а при остром течении – лейкоцитоз и ускоренная СОЭ), туберкулиновая внутрикожная проба Манту (при саркоидозе чаще пробы отрицательные), исследование мокроты (или индуцированной мокроты) на кислотоустойчивые микроорганизмы (не менее 3 раз). Проводится сопоставление лучевой и клинической картины.

В последние годы отчетливо обозначилась тенденция к объединению рентгенологических методов эндоскопии и пункционной биопсии, а также лабораторных методов в единый диагностический комплекс. Рациональное комбинирование нескольких диагностических приемов позволяет получить обширную информацию, в 80% случаев подтвердить предполагаемый диагноз саркоидоза или туберкулеза легких и сократить сроки обследования больных. Ввиду обнаружения в конце XX века закономерных нарушений обмена витамина D в макрофагах саркоидозных гранулём и наличия типичных аутоиммунных проявлений при этом недуге, ведутся поиски метаболических и иммунопатологических способов дифференциальной диагностики этой загадочной болезни.

## **КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ 20-х годов XX века**

Остапенко В.М., Нагорная С.В.

*Смоленская государственная медицинская академия (Россия)*

В процессе образовательной реформы 20-х годов XX века особое значение приобрела разработка системы контроля над учебной деятельностью студентов. Партийно-правительственное большинство и «широкая общественность» в первые годы Советской власти считали, что экзамены использовались правительством Российской Империи для ограждения университетов от проникновения в них представителей неимущих слоев населения и поддержки монополии эксплуататорских классов на образование. Поэтому в 1918 г., наряду с отменой вступительных экзаменов в учебные заведения страны, Народный комиссариат просвещения (Наркомпрос) упразднил также контроль качества знаний студентов, в том числе – государственные выпускные экзамены, курсовые и полукурсовые испытания.

К началу 20-х годов во многих вузах страны были введены проверочные испытания по отдельным курсам, зачеты по предметам, хотя название «экзамен» по-прежнему не употреблялось. В апреле 1920 г. Главный комитет по профессиональному образованию при Наркомпросе (Главпрофобр) утвердил первое положение об Испытательных комиссиях по окончании курса обучения. Но не существовало единого подхода к оценке знаний студентов. Чаще всего результаты их учебы оценивались словами «проработал» и «не проработал», либо «удовлетворительно» и «не удовлетворительно», «зачтено» и «не зачтено». Учебный год в 1922-1923 гг. делился не на два, а на три семестра.

Весной 1923 г. вступает в силу инструкция Главпрофобра «О порядке проверки выполнения академического минимума студентами вузов», возвратившая текущий кон-

троль знаний (зачеты, экзамены) и курсовую двухсеместровую систему в преподавании. Предусматривалось создание в начале учебного года особых испытательных комиссий из представителей администрации факультета и студенческих профсоюзных организаций. Появилось понятие «выполнение установленного учебного минимума». В литературе советского периода этот шаг расценивался как «коллективный учет успешности академических занятий студентов в противодействие реакционной части старой профессуры, выступавшей против продвижения трудящейся молодежи в университетские аудитории». Но переход на курсовую систему с такой формой контроля оказался неэффективным. Сроки пребывания студентов в стенах вузов значительно затягивались, сократились выпуски специалистов. Это привело к особым мерам, предпринятым Наркомпросом. Начиная с 1922 г. проводилась перерегистрация студентов с целью выявления тех, кто не занимается и не успевает, а в 1924 г. послужило поводом принятия постановления СНК РСФСР «Об академической проверке студентов вузов», которая вылилась в форму академической «чистки». Итоги проверки послужили началу разработки эффективной системы контроля знаний в высшей школе. Но, несмотря на призывы усилить требования к учащейся молодежи, звучавшие на XIV съезде ВКП(б), лидеры Наркомпроса продолжали выступать против системы экзаменов и вели поиски новых методов контроля (отказ от лекционной системы и полный переход на метод групповых занятий и бесед с коллективной оценкой работы каждого студента в ходе ее и т. д.). При этом в марте 1925 г. для медицинских вузов страны был установлен «Минимум выполнения учебного плана, обязательного для студентов-медиков РСФСР» (переходные курсовые экзамены и зачеты). В 1925 г. Наркомпрос возвратился к итоговой аттестации специально созданными Государственными Квалификационными комиссиями, а 30 октября в Главпрофобре было утверждено согласованное с Наркомздравом «Положение о Государственной Квалификационной комиссии при медицинских институтах и медфаках». Экзаменационные сессии в вузах проводились 2 раза в год: в мае-июне и сентябре-октябре. Испытания проводились по следующим предметам: патологической анатомии, патологической физиологии, экспериментальной гигиене, социальной гигиене, терапевтической клинике, хирургической клинике, акушерско-гинекологической клинике, клинике нервных и психических болезней, детской, глазной клиникам и клинике кожных и венерических болезней. Не выдержавшие его могут подвергаться испытанию еще раз в следующую сессию, причем сданные ранее предметы засчитываются. Успешно выдержавшие получали квалификационное свидетельство врача по утвержденной форме.

Однако к январю 1926 г., после первых проведенных испытаний выяснилось, что перечень предметов для всех вузов страны не мог быть единообразным, поскольку все вузы работали по собственным программам, не везде были организованы необходимые кафедры. Поэтому появилось распоряжение Главпрофобра об изменении формы свидетельства об окончании вуза: был предложен документ, где учебные дисциплины вписывались от руки, а не печатались типографским способом. То есть, для ряда вузов Наркомпрос разрешал менять перечень итоговых дисциплин.

Результат проведенного Наркомпросом анализа деятельности высших учебных заведений РСФСР в 1925/1926 учебном году был опубликован в 1927 г. В отдельном издании проводился сравнительный анализ учебной деятельности целого ряда медицинских вузов страны, в частности – методов контроля знаний. «Нет еще определенных общих директивных указаний, какую форму проверки установить», - отмечено в документе.

Дифференцированная система оценки знаний была внедрена Наркомпросом в конце 20-х годов: в 1928 г. вводилась трехбалльная, а в начале 30-х – четырехбалльная оценка. При этом на основании постановления ЦК ВКП(б) и СНК СССР от 28.12.1929 г. по приказу Главпрофобра «Об отмене дипломных проектов и работ, и ускорении выпуска студентов» от 31.12.1929 г. снова была отменена государственная итоговая аттестация, расформированы государственные квалификационные комиссии. Квалификация специалиста присваивалась постановлениями деканата, утвержденного ректором, всем, успешно выполнившим учебный план. На основании этого документа для медицинских вузов издается особый приказ – «Об отмене госэкзаменов для оканчивающих медфак». Последний год обучения сокращается на 1 семестр, и выпуск сту-

дентов-пятикурсников планируется не летом 1931 г., а не позднее 1 декабря 1930 г. Рекомендуются не предъявлять больших требований к неуспевающим студентам: освободить их от ряда зачетов, заменять зачеты и экзамены по предметам на итоги успешной производственной практики. Выпуск даже неуспевающих должен быть осуществлен не позднее 1 марта 1930 г. Эти перемены, а также изменение социального состава студенчества, сказались на качестве обучения. Так, в 1930/1931 учебном году на медицинском факультете СГУ значительно возросло число неуспевающих студентов.

Только в 1934 г. партийно-правительственные постановления позволили высшей медицинской школе возвратиться к традиционным формам контроля знаний, обязательным государственным испытаниям по окончании вуза, пересмотру учебных программ с целью «усиления» преподавания специальных медицинских дисциплин и латинского языка за счет сокращения часов для изучения общественных дисциплин.

## **КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН И СУБЪЕКТАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

Павлов В.Н., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.

*Башкирский государственный медицинский университет (Россия)*

Приволжский федеральный округ (ПФО) был образован Указом Президента РФ 13 мая 2000 года и включает в себя 14 субъектов федерации (Башкортостан, Кировская область, Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Нижегородская область, Оренбургская область, Пензенская область, Пермский край, Самарская область, Саратовская область, Татарстан, Удмуртская Республика, Ульяновская область, Чувашия). Развитие высшего медицинского образования в ПФО условно можно разделить на три периода: первый (1804—1916 гг.), второй (1917—1944 гг.), третий (1945—2008 гг.).

В Российской империи до Великой Октябрьской революции было 3 самостоятельных высших медицинских учебных заведения (Императорская военномедицинская академия, Петроградский медицинский институт (до 1917 г. Женский медицинский институт), Психоневрологический институт, а также 10 медицинских факультетов при университетах, в т.ч. Казанском, Пермском, Саратовском и др. 18 ноября 1804 года Император Александр I учреждает Казанский университет, в составе которого было отделение врачебных наук. 15 мая 1814 года состоялось открытие факультета врачебных наук Казанского университета, в 1899 году был построен новый клинический городок и открылся Бактериологический институт (1899). В 1930 г. медицинский факультет получает статус самостоятельного института, с 1965 г. ему присвоено имя общественного деятеля, члена-корреспондента АМН СССР (1965 г.), министра здравоохранения СССР (1959—1965 гг.) Сергея Владимировича Курашова — единственного врача в Советском Союзе, который после смерти 27 августа 1965 г. был кремирован, а его прах помещён в урне в Кремлёвской стене на Красной площади в Москве. С 24 апреля 1994 г. Казанский государственный медицинский институт получил статус университета.

10 июня 1909 г. был подписан „Закон об учреждении университета в Саратове“ — 10-го университета в России в составе одного медицинского факультета. В 1976 году институт был награжден орденом Трудового Красного Знамени. В 1994 году Саратовский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт был преобразован в медицинский университет.

Высшее медицинское образование на Западном Урале связано с открытием в 1916 году Пермского Императорского университета. Первоначально это было медицинское отделение в составе физико-математического факультета, с 1917 года отделение стало самостоятельным медицинским факультетом, а 23 февраля 1931 года в соответствии с постановлением Совнаркома РСФСР — Пермским медицинским институтом. В 1994 году приказом Государственного Комитета РФ по высшему образова-