

УДК 159.953.5

**Квалификационные характеристики
и профессиональные компетенции основных
медицинских специальностей применительно к ФГОС-3:
психолого-педагогические аспекты и проблемы**

Богданов Андрей Евгеньевич

Доктор медицинских наук,
профессор, начальник управления перспективных проектов в образовании,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
117997, Российская Федерация, Москва, ул. Островитянова, 1;
e-mail: rsmu.gsurg@mail.ru

Васильев Виктор Евгеньевич

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры факультетской хирургии лечебного факультета,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
117997, Российская Федерация, Москва, ул. Островитянова, 1;
e-mail: rsmu.fsurg@mail.ru

Карабиненко Александр Александрович

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры госпитальной терапии,
академик Российской академии медико-технических наук,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
117997, Российская Федерация, Москва, ул. Островитянова, 1;
e-mail: karabinenkoa@mail.ru

Костюков Николай Николаевич

Кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник учебно-методического отдела,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
117997, Российская Федерация, Москва, ул. Островитянова, 1;
e-mail: nkosntyukov@yandex.ru

Аннотация

В статье представлены материалы, показывающие необходимость при подготовке врача первичной специальности (терапевт, педиатр, хирург и т.д.) создание соответствующей квалификационной характеристики к ней. Показано значение и структура квалификационной характеристики по медицинским специальностям в системе федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС). Указаны недостатки этих квалификационных характеристик и их учет при создании соответствующих характеристик в системе ФГОС-3. Указаны принципы приобретения соответствующих компетенций при создании квалификационных характеристик в ФГОС-3.

Ключевые слова

Государственный образовательный стандарт, квалификационные характеристики, профессиональные компетенции, клинические проблемы, профессиональное обучение, высшее медицинское образование, врачебная деятельность, психолого-педагогические аспекты.

Введение

Подготовка врачей в современных условиях, как, впрочем, и формирование любых других специальностей, требует чёткого ответа на три вопроса:

«Для чего учить»? «Чему учить»? «Как учить»? Последовательный и однозначный ответ на каждые из этих трёх вопросов позволит положительно решить проблему подготовки врачей, как, впрочем, и любых других специалистов.

Данное исследование посвящено ответу на первый вопрос: «Для чего учить?»

Решение поставленной задачи приводит нас к выделению соответствующих медицинских специальностей и созданию профессиональных квалификационных характеристик (КХ) к ним. Только положительное решение вопроса о классе рабочих задач, которые должен выполнять врач определённой специальности, позволяет продуктивно перейти к выделению содержания обучения (построению учебного плана и необходимого перечня учебных программ). Только когда выделено содержание обучения, можно приступить к методическому обеспечению оптимальных способов организации его усвоения.

Таким образом, создание КХ по основным медицинским специальностям является первоочередной задачей, как в логическом, так и временном аспекте.

В действующем Федеральном Законе «Об образовании» № 273, в главе 1, статье 2, пункте 13 сказано, что «профессиональное обучение – вид образования, который направлен на приобретение обучающимися знаний, умений, навыков и формирование компетенций, необходимых для

выполнения определенных трудовых, служебных функций (определенных видов трудовой, служебной деятельности, профессий)»¹.

Актуальность этой проблемы осознается Российским педагогическим обществом, благодаря усилиям которого создана стратегия формирования Национальной системы квалификаций в Российской Федерации. Данный документ содержит обоснование роли и значения национальной системы квалификаций в РФ для обеспечения соответствия подготовки работников требованиям развивающихся рынков труда в условиях развития общества, основанного на знаниях. В данном документе указано, что: «*Национальная система квалификаций* является средством согласования спроса на квалификацию работников со стороны работодателей (рынка труда) на основе настоящих и перспективных требований рынка труда, сформулированных в терминах таких критериев, как характер знаний, умений и компетенций, и предложения

1 Федеральный Закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. «Об образовании в РФ» (ФЗ № 273 от 29.12.2012). Гл. 1. П.п. 13,14. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_163992/

квалификаций со стороны системы образования и обучения. Это согласование осуществляется на основе эффективных механизмов правового институционального регулирования взаимодействия профессионального образования и рынка труда.

Создание национальной системы квалификаций (НСК) обусловлено объективной необходимостью, а именно, серьезным качественным разрывом между спросом и предложением рабочей силы. В настоящее время компетенции работников во многом не удовлетворяют работодателей, а система профессионального образования только начинает переходить на программы образования, основанные на компетенциях (требованиях рынка)»².

Целью настоящей работы явилось проведение анализа содержания квалификационных характеристик при подготовке врачей различных специальностей при сопоставлении ГОС, изложенных в приложении к приказу МЗ СССР №579 от 21 июля 1988 года и изменениями, внесенными в квалификационные характеристики прика-

зом Минздрава России № 380 от 25 декабря 1997 года и квалификационных характеристик по ФГОС-3.

Все КХ врачей различных специальностей методологически построены по единой схеме. Они включают общие знания, которые дают возможность молодым врачам сознательно ориентироваться в различных сферах врачебной деятельности. Следующий большой раздел КХ составляет «общие умения». Сюда входят общие элементы различных видов профессиональной деятельности врача (диагностической, лечебной, профилактической), применимые к самым различным заболеваниям. К специальному разделу умений и навыков данного типа КХ относятся диагностические и лечебные манипуляции.

Следует признать, что основным объектом врачебной деятельности в данном типе КХ являются заболевания, которые изложены в разделе «специальные знания и умения». Здесь будущий врач-терапевт или врач другой специальности должен уметь установить диагноз и провести необходимое лечение при патологии различных органов и систем организма: нервной, сердечно-сосудистой, респираторной, пищеварительной, мочеви-

2 Стратегия формирования Национальной системы квалификаций в РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.cvets.ru/Strategy_RUSf-ETF.pdf

делительной, кроветворной системы и опорно-двигательного аппарата.

Исходя из целостного понимания организма, квалификационные характеристики патологического процесса следует рассматривать как совокупную компенсаторную реакцию со стороны нескольких органов и систем, что требует от врача более расширенных знаний и умений при постановке диагноза и проведении лечения.

Квалификационные характеристики неотложных (ургентных) состояний выделяются в особый раздел, поскольку они должны быть унифицированы для врачей всех специальностей.

Построенные по такому принципу КХ по различным специальностям, успешно зарекомендовали себя, как с точки зрения описания объектов профессиональной деятельности (т.е., спроса на квалификацию работников со стороны работодателей, составляющих «рынок труда»), так и вследствие конструктивных воздействий КХ на содержание и обучение при целевой подготовке специалистов. Действительно, наличие в квалификационной характеристике перечня заболеваний и неотложных состояний даёт возможность протестировать начинающего врача на наличие у него

умения диагностировать данное заболевание, проводить его профилактику и реабилитацию. То же относится к эффективности усвоения различных знаний, умений и навыков, которые содержатся в программных КХ.

И все же, практическое здравоохранение не удовлетворено качеством подготовки врачей различных специальностей. На наш взгляд в этом видится комплекс проблем, среди которых следует указать следующие:

1. Низкая эффективность и выживаемость базисных медицинских знаний (биология, анатомия, физиология, биохимия, медицинская терминология, история медицины, сестринское дело, общая фармакология, микробиология и др.) вследствие сокращения учебных часов, укрупнения групп, низкого качества трупного и экспериментального материала, реактивов, фантомов, компьютеризированных программ обучения и контроля и др.;

2. Сокращение времени контакта с больным человеком при освоении пропедевтического курса внутренних болезней, традиционно трудного восприятия будущими врачами основ патоморфологии и патофизиологии;

3. Вследствие отсутствия университетских специализированных

клиник, оснащенных современной высокотехнологичной базой и дефицита высококлассных кадров, практически отсутствуют такие виды обучения, как мастер-классы, телемедицинские конференции, фантомные курсы при одновременном сокращении времени курации пациентов (что регламентировано ФЗ №323 «Об охране здоровья граждан в РФ»³). Одна из основных причин такого положения дел, на наш взгляд, кроется в том, что изложение учебного материала, прежде всего на клиническом этапе обучения, и его использование в профессиональной деятельности врача – не совпадают.

Формирование клинической проблемы – основа диагностического поиска в практической деятельности врача

Остановимся более подробно на анализе этого положения. Как известно, профессиональная деятельность врача состоит из различных видов: профилактической, диагности-

ческой, лечебной, реабилитационной и др.

Конечной целью основной профессиональной деятельности врача является установление диагноза заболевания у больного, проведение его лечения, профилактики и реабилитации. Как показывает практика и теоретический анализ, наиболее сложным является диагностический вид профессиональной деятельности. Постановка диагноза заболевания является конечной целью деятельности врача и предполагает определённый вид действий по лечению, профилактики и реабилитации. Между указанными последовательными этапами ведения больного устанавливаются более или менее однозначные соответствия. Последнее означает, что в зависимости от диагноза заболевания, алгоритмы лечебной, профилактической и реабилитационной деятельности могут быть переданы информационным и коммуникационным технологиям (ИКТ) и оперативно воспроизводиться по мере практической необходимости. Поэтому с точки зрения наших задач мы проанализируем, прежде всего, диагностический вид профессиональной деятельности. Как показывает анализ имеющейся научной литературы и фактические дан-

3 Федеральный Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об охране здоровья граждан РФ» (ФЗ № 323 от 21.11.2011). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156793/

ные, установление и формулировка диагноза больному встречает у врача значительные трудности, которые имеют объективный и субъективный характер. Прежде всего, это касается имеющейся нозологической классификации заболеваний. Существующая стандартизированная нозологическая классификация заболеваний «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра 1994 г.» (МКБ-10, ВОЗ, 1994⁴) основана на выделении в диагнозе этиологической, патогенетической, системно-органной и функциональной характеристики патологического процесса. Эти признаки обладают значительной различительной способностью с точки зрения упорядочивания нозологических форм: деления на классы, подклассы, виды и разновидности заболеваний. В основу классификации нозологических форм положен «онтологический» принцип выбора признака, принадлежащего классифицируемому ряду и обладающего для данного класса различительной способностью, которая, как правило, не лежит на поверхно-

сти явления. Для практического врача данная классификация служит конечным результатом его диагностической деятельности путем, определяемым опросом, обследованием больного, назначением ему дополнительных методов исследования и лечения.

В практической медицине, к сожалению, кроме общепринятой МКБ-10, ВОЗ, 1994, применяются региональные классификации, которые разработаны на основе Международных классификаций, но в адаптированной форме, для удобства понимания сути патологических процессов в той или иной области медицины (например, современные классификации по диагностике гипертонической болезни [МКБ-10, раздел IX, коды I 10 – I 15], бронхиальной астмы [МКБ-10, раздел X, код J 45], интерстициальных заболеваниях легких [МКБ-10, раздел X, код J 84] и др.).

В основе проведения врачом дифференциального диагноза лежит формирование первичной диагностической поисковой концепции по ведущему синдрому (или синдромам), составляющего симптомокомплекс, который характерен для того или иного заболевания. При этом, как правило, врач мысленно формирует диагностический ряд заболеваний, при

4 Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятого пересмотра). – Женева: ВОЗ, 1994. – Т. 1. – Ч. 1. – 384 с.

которых выявленный симптомокомплекс может иметь место. В дальнейшем, методом исключения или подтверждения своей диагностической концепции с учетом индивидуальных особенностей и основных доказательных критериев того или иного заболевания врач убеждается в правомочно-

сти предполагаемого диагноза. Этот сложный алгоритмический процесс в нашей интерпретации представлен на рис. 1.

Таким образом, дифференциальная диагностика заболеваний – это по сути своей «пазл» сопоставляемых фактов. И это является «искусством»

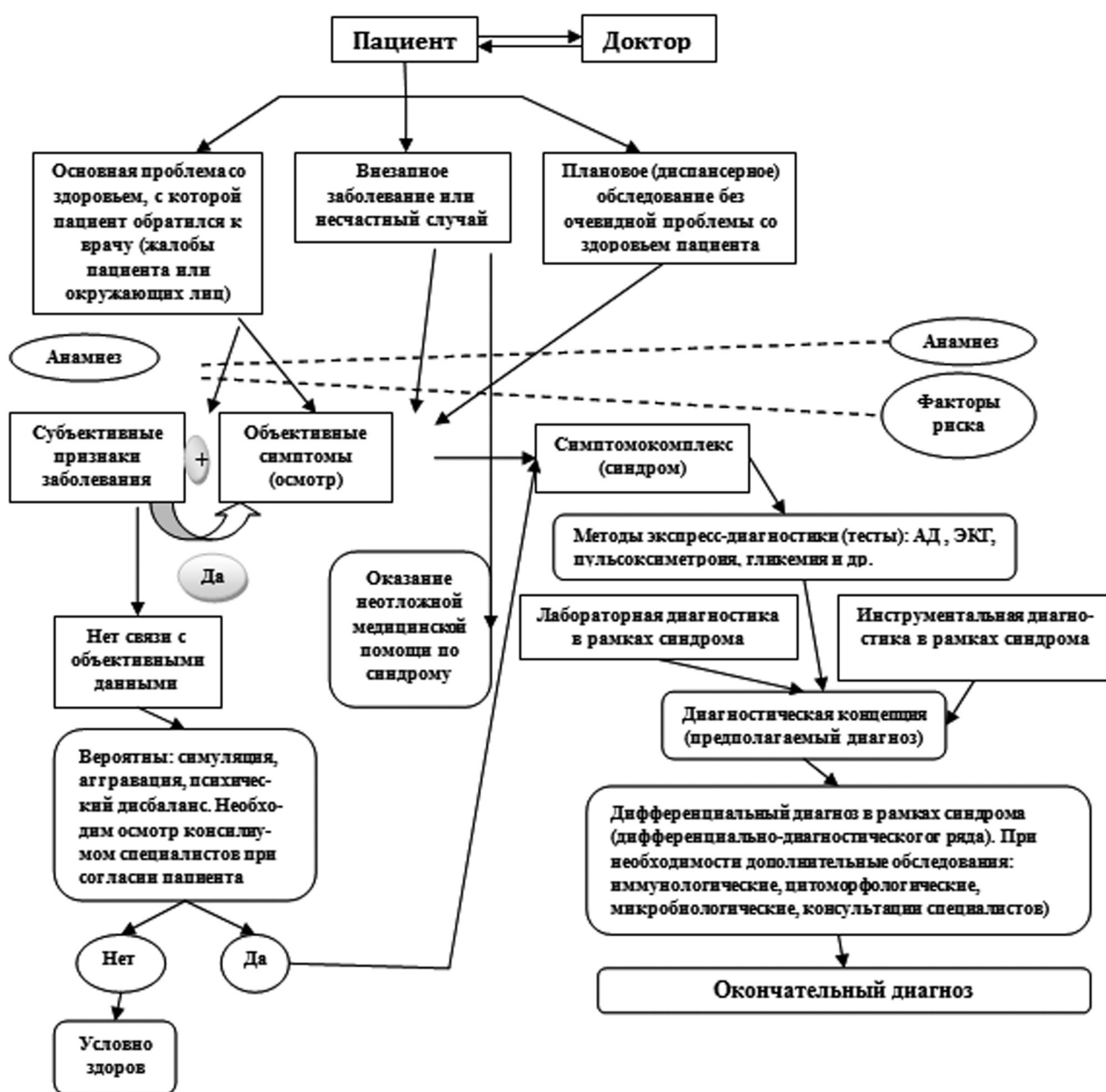


Рисунок 1. Общий алгоритм диагностического процесса

творческого мышления» врача. Естественно, что это «искусство» диагностического мышления должно базироваться на солидном багаже знаний и опыта работы. Таким образом, диагностическая концепция и предположение данного заболевания у больного является определенным заключительным продуктом диагностической деятельности врача, а не его началом.

Важно отметить, что этот довольно значительный этап диагностической деятельности врача часто выпадает из поля зрения учебного процесса в медицинском вузе. Недостатки диагностической деятельности врача, основанные на нозологическом принципе диагностики, были подвергнуты критике Л.Б. Наумовым: «...дефекты этого (нозологического – Н.К.) принципа мышления – основная причина недостаточно высокого качества врачебной деятельности. Назовем здесь лишь главные из них. Прежде всего, это принципиальное противоречие между общепринятой нозологической системой информации о болезнях и практикой их распознавания. И в литературе, и при обучении в медицинском институте вначале называется нозологическая единица (диагноз болезни), а затем излагаются сведения о ней, в том числе симптомы болезни.

Следовательно, при обучении студент и врач воспринимают симптомы уже заведомо известной болезни. В реальной же клинической практике мышления врач совершает принципиально противоположные операции. Врач выявляет какие-то симптомы, еще не зная, какую болезнь они характеризуют. От восприятия и осмысления обнаруженных симптомов через дифференциальную диагностику с другими сходными заболеваниями, врач приходит к диагнозу. Данное противоречие вынуждает врача опираться, главным образом, на свою память с генеральной установкой на максимально полное запоминание максимума болезней, максимума симптомов, максимума методов исследований, посредством которых эти симптомы можно выявить. При этом различные болезни неизбежно проявляются сходными симптомами, а сходные болезни, или одна и та же болезнь в разных ее формах и стадиях различными симптомами»⁵. На эту же проблему в подготовке врачей указывал, уделяя ей специальное внимание, известный отечественный клиницист А.В. Виноградов. Он отмечает, что: «В монографиях, посвящен-

5 Наумов Л.Б. Оптимизация высшего медицинского образования. – Новосибирск: НГМУ, 1976. – С. 132.

ных отдельным болезням, подробно описываются способы их диагностики, после чего кратко сообщается, чем отличается одна из этих уже известных болезней от других, тоже известных болезней; например, чем отличается язвенный колит от болезни Крона. Конечный пункт диагностической работы врача в подобных случаях берется в качестве начального пункта анализа. Это парадоксальное положение объясняется недостаточным вниманием авторов монографий к искусству отличать одни болезни от других, принимая за начальный пункт анализа жалобы больного и результаты его непосредственного исследования»⁶. Как показывает анализ литературы, исходным условием для диагностической деятельности врача должна выступить не нозологическая форма заболевания, а *клиническая проблема*, адекватная реальным жалобам больного. Для развёртывания правильного диагностического процесса нужна адекватная клиническая проблема или более узко – профессиональная ситуация. Последнее уже затрагивает проблемы квалификационной характеристики. Тем более что реализация

ФГОС 3 в своей практической реализации встретил значительные трудности, например, для врачей по специальности «Лечебное дело».

Касаясь принципов создания новых квалификационных характеристик, мы должны, прежде всего, ответить на вопрос: «Для чего учить»? Ответ на него предполагает решение, по крайней мере, двух задач:

1. определение квалификации будущего специалиста (терапевт, хирург, невропатолог),
2. определение класса задач, который должен решать специалист той или иной квалификации.

В новом законе «Об образовании» сказано, что федеральные государственные образовательные стандарты и федеральные государственные требования обеспечивают следующее.

Федеральные государственные образовательные стандарты включают в себя требования к: «Перечню профессий, специальностей и направлений подготовки с указанием **квалификации** (выделено авторами статьи), присваиваемой по соответствующим профессиям, специальностям и направлениям подготовки, порядок формирования этих перечней утверждаются федеральным органом

6 Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. – М.: Медицина, 2001. – С. 3.

исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

При утверждении новых перечней профессий, специальностей и направлений подготовки специалистов федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, может устанавливаться соответствие указанных в этих перечнях отдельных профессий, специальностей и направлений подготовки профессиям, указанным в предыдущих перечнях профессий, специальностей и направлений подготовки»⁷.

В новом законе «Об образовании» (ФЗ №273, глава 1, статья 2, пункт б) дано чёткое и однозначное понятие квалификации: «**квалификация** это – уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризую-

щий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности».

К сожалению, в ФГОС 3 по различным медицинским специальностям ни на один из поставленных вопросов не дано вразумительного ответа. В качестве примера проанализируем ФГОС 3 по специальности «Лечебное дело»⁸.

В специальности «Лечебное дело» не указана формируемая специальность. Кто такой «врач-лечебник»? Это может быть врач-терапевт, хирург, врач общей практики и т.д., а может быть под этим термином предполагают некий полуфабрикат будущего врача по какой-либо специальности, предусматривающей последипломную многолетнюю подготовку специалиста (с обучением в течение от 2-х до 6-7 лет)? Мы хорошо помним, что в прежние 60-е-80-е годы прошлого века студенты-старшекурсники проходили реальную врачебную практику, работали врачами в участковых больницах и амбулаториях. На 5-ом и 6-ом курсах медвузов были организованы профильные субординатуры по терапии, хирургии, педиатрии и т.п. В субординатуре будущий врач-выпускник получал первичную ори-

⁷ Федеральный Государственный Образовательный Стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 «Лечебное дело», утвержден Приказом Минобрнауки РФ, п. 1086 от 08 ноября 2010 г., №1118. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116708/

⁸ Там же.

ентацию и специализацию по выше указанным дисциплинам. И это оправдывало себя! Выпускники медвузов по госраспределению сразу же становились практическими врачами 1-го уровня в поликлиниках и стационарах там, «в глубинке». Большинство из таких врачей, прошедших большую практическую школу, совершенствуясь и обучаясь, достигли больших успехов в науке и практике здравоохранения, а люди (т.е. пациенты) были благодарны такой самоотдаче молодых специалистов. В настоящее время, благодаря действию ФЗ №323 «Об охране здоровья граждан» ст.77, п.п. 2-6, студенты медвузов и преподаватели клинических кафедр имеют право принимать участие в курации пациентов только при их информированном согласии, поскольку ни студенты, ни преподаватели медвуза не являются юридически работниками того лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), в котором проходит лечение оный пациент. Весь учебно-клинический процесс в ЛПУ строится только на договорных основах между медвузом и ЛПУ и не всегда интересы медвуза и конкретного ЛПУ совпадают (чаще всего интересы не совпадают и это является нередко неразрешимой проблемой). Не-

редко препоны распространяются и на несертифицированных врачей (или «полуврачей») обучающихся в интернатуре, ординатуре и аспирантуре при их работе в различных структурах ЛПУ. Вот почему необходимо создавать университетские клиники, чтобы процесс практического клинического навыка студентов и несертифицированных врачей проходил бы без чиновного участия руководителей местного здравоохранения. Статус университетских клиник (или ЛПУ, но со статусом университетской клиники) должен не противоречить основным положениям ФЗ №323, но и гарантировать качественную подготовку молодых специалистов, чтобы был открыт свободный доступ и преподавателям, и студентам и несертифицированным врачам в операционные, манипуляционные, к новым современным медицинским технологиям, применяемых в диагностике и лечении пациентов. Нам видится, что эта позиция требует безотлагательного пересмотра, поскольку нельзя без практического опыта научить студента-старшекурсника или несертифицированного врача теоретически правильно определять тактику ведения нередко весьма сложных больных, также как нельзя научить теоретическому вождению автомоби-

ля без практики вождения. Учитывая психолого-педагогическую составляющую обсуждаемой проблемы следует подчеркнуть, что от её нерешенности много теряет как преподаватель, так и студент или несертифицированный врач.

Роль профессиональных компетенций в формировании государственного стандарта по специальности «Лечебное дело»

Профессиональные компетенции (ПК), содержащиеся в государственном образовательном стандарте по специальности «Лечебное дело» (ФГОС 3), являются общими, родовыми по отношению к конкретным врачебным специальностям: «терапия», «хирургия», «педиатрия», «стоматология» и т.д. Данные в Госстандарте «профессиональные компетенции» по специальности «Лечебное дело» ФГОС 3 являются лишь методическими средствами для построения конкретных профессиональных квалификационных характеристик по конкретным врачебным специальностям: «терапии», «хирургии» и т.д., например, в диагностической деятельности **ПК-16, ПК-17, ПК-18**. Эти

диагностические компетенции применимы ко многим врачебным специальностям. Аналогичные высказывания можно сделать и по большинству других профессиональных компетенций. Более того, при создании рабочих программ по самым различным клиническим дисциплинам большинство этих профессиональных компетенций дублируются. И это понятно, потому что существующие профессиональные компетенции ФГОС 3 отражают методические требования к построению конкретных квалификационных характеристик по различным медицинским квалификациям: «терапии», «педиатрии», «неврологии», «общей врачебной практики» и др. Согласно определению, государственный образовательный стандарт содержит требования к квалификации работников (квалификационные характеристики). Отсутствие конкретных квалификационных характеристик по определённой медицинской специальности (специальностям) во ФГОС 3 не позволяет продуктивно строить ООП, так как не даёт возможности создавать рабочие программы, прежде всего, по клиническим дисциплинам. Теоретический анализ и опыт показывают, что создание рабочих программ по клиническим дисциплинам возможно

лишь на основании выделения профессиональных задач (заболевания, синдромы, клинические проблемы и др.) по определённой квалификации, что позволяет оптимально подойти к построению рабочей программы. Для студента решение профессиональной задачи является целью учебно-профессиональной деятельности, но это решение является и целью конечной врачебной деятельности. Поэтому необходимо подчеркнуть, что клиническая проблема для студентов старших курсов является целью их будущей профессиональной деятельности, поскольку через соответствующий перечень клинических проблем может быть задана цель подготовки врача определённой специальности. Умения же решать выделенный перечень профессиональных ситуаций в значительной мере определяет уровень его профессиональной подготовленности и требует ориентировки на определённое содержание, которое и должно быть отражено в рабочей программе (рабочих программах).

В связи со сказанным вытекает, что ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ – ФГОС 3 должен быть дополнен конкретной

врачебной специальностью с приложенной к ней соответствующей квалификационной характеристикой. Исходными данными для решения поставленной задачи могут послужить: содержание квалификационных характеристик по подготовке врачей различных специальностей, изложенных в Приложении к приказу МЗ СССР от 21 июля 1988 года № 579, а также изменения, внесенные в данные квалификационные характеристики приказом Минздрава России № 380 от 25 декабря 1997 года.

Профессиональные компетенции, содержащиеся в государственном образовательном стандарте по специальности «Лечебное дело» ФГОС 3, являются общими, родовыми по отношению к конкретным врачебным специальностям: «терапия», «хирургия», «педиатрия», и т.д. Указанные в Госстандарте по специальности «Лечебное дело» ФГОС 3 профессиональные компетенции, являются лишь методическими средствами для построения конкретных первичных профессиональных ориентированных квалификационных характеристик по конкретным врачебным специальностям: «терапии», «хирургии» и т.д. Например, в диагностической деятельности **ПК-16, ПК-17, ПК-18.**

Основной ошибкой при создании различных ООП и рабочих программ является тот факт, что при создании рабочих программ приведенные выше профессиональные компетенции, составляющие суть Госстандарта, непосредственно используются в качестве квалификационных характеристик, тогда как в действительности этими профессиональными компетенциями надо пользоваться как методическими средствами при построении конкретных профессиональных врачебных квалификационных характеристик для врача-терапевта, врача-хирурга, врача-педиатра и т.д.

Роль профессиональной компетенции и клинической проблемы в диагностическом процессе

Названные выше ПК-16, ПК-17, ПК-18 служат нам руководящими идеями при построении диагностической деятельности, например, врача-терапевта (ее строения, объекты деятельности). Названные выше компетенции предполагают, чтобы процесс диагностической деятельности опирался на объективные закономерности функционирования

человеческого организма в норме и в условиях патологии, и соответствовал бы закономерностям познавательного процесса. В этих условиях нозологическая форма заболевания является результатом сложной поисковой деятельности, а не лежит на «лбу» больного. Эту форму надо отыскать в ходе диагностической деятельности, в то время как клиническая проблема в своем обобщенном виде и есть реальное условие для начала диагностической работы. Ведь клиническая проблема (ситуация), проявляющихся в определенных его состояниях, фазах и стадиях выражает клиническую картину, которая в совокупности существенных признаков (симптомов) и симптомокомплексов (например, «боли в сердце», «острый живот», «удушье», «кома» и т.д.) воспринимается, как клиническая проблема и совпадает с профессиональной задачей врачебной деятельности. Последнее означает, что основу содержания квалификационной характеристики врача-терапевта, врача общей практики или врача более узкой специальности должен составлять перечень клинических проблем, встречающихся в их практике, которые должны последовательно и всесторонне изучаться на этапе клинической подготовки врача.

Как показывает анализ литературы и практического опыта, наибольшее количество клинических проблем должен решать врач общей практики. Однако, в реальной работе врача общей практики число этих проблем весьма ограничено, что подтверждается отечественными и зарубежными исследованиями.

Эти данные еще раз убеждают нас в том, что на клиническом этапе обучения, как додипломном, так и последипломном, в качестве единицы усвоения должна быть определенная (конкретная) клиническая проблема. Для студента решение клинической проблемы является целью учебно-профессиональной деятельности, но это решение является целью конечной врачебной диагностической деятельности, после которой вырабатывается тактика лечебно-профилактических мероприятий у конкретного больного. Поэтому, необходимо подчеркнуть, что клиническая проблема для студентов старших курсов является целью их будущей профессиональной деятельности, поскольку через соответствующий перечень клинических проблем может быть задана цель подготовки врача определённой специальности. То есть умение решать выделенный перечень профессиональных ситуа-

ций в значительной мере определяет уровень его профессиональной подготовленности.

В таком понимании клиническая проблема совпадает с профессиональной задачей врачебной деятельности. Последнее означает, что основу содержания квалификационной характеристики врача общей практики или врача более узкой специальности должен составлять перечень встречающихся в их практике клинических проблем, которые должны последовательно и всесторонне изучаться на этапе клинической подготовки врача. В этой связи интересно замечание А. Камерона в статье «Составление учебной программы по семейной медицине». Он считает, что «...в ряде исследований, проводимых в Северной Америке, было описано содержание семейной медицины и выявлено, что 70% всех жалоб пациентов приходится на 30 наиболее распространенных симптомов и диагнозов. Более того, с течением времени эти цифры оставались постоянными. Это предполагает, что полученные таким образом характеристики не нуждаются в регулярном обновлении до тех пор, пока не произойдут какие-либо значительные изменения. Основу учебной программы по семейной медицине должны составлять 150–200 наиболее

часто встречающихся клинических проблем»⁹.

Несмотря на то, что врач общей практики должен решать наибольшее число клинических проблем, в реальной клинической работе, как показывает жизнь, число этих проблем значительно ограничено. Так, В.П. Померанцев и соавт. (1982) приводит следующие данные: «Положение общего врача облегчается тем, что, в основном, он сталкивается с относительно небольшим числом заболеваний. Установлено, что половина заболеваний всех обращений к общему врачу вызвана всего 20-25 группами заболеваний, среди которых преобладают острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, глотки, придаточных пазух носа, хронические болезни опорно-двигательного аппарата, органов дыхания и кровообращения, кожи, невроты и психосоматические нарушения, болезни периферических сосудов»¹⁰.

9 Камерон А. Составление учебной программы по семейной медицине // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейных врачей. Материалы Международного советско-канадского семинара. – Владикавказ, 1991. – С. 172.

10 Померанцев В.П. Пути развития высшей медицинской школы // Клиническая медицина. – 1982. – № 7. – С. 59.

В подготовке отечественных врачей по терапии, начиная с 5-го курса медвуза, целью клинической подготовки в большинстве своём является преимущественно синдромный принцип или клиническая проблема (КП). Так, в типовом учебном плане для субординаторов по терапии¹¹ указано, что после окончания субординатуры по терапии врач должен уметь осуществлять дифференциальную диагностику основных клинических синдромов и ставить полный диагноз заболеваний внутренних органов. В связи с внедрением в практику обучения новых ФГОСов, синдромный метод диагностики должен внедряться в процесс обучения гораздо раньше (на 4-5 курсах).

В свое время мы провели исследование, совместно с рядом кафедр Российского государственного медицинского университета, с целью описания конечных целей подготовки врача на клинических кафедрах в виде клинических проблем или синдромов по специальности «Лечебное дело». Предварительные исследования проводились на кафедре госпитальной терапии, иммунологии, инфекцион-

11 Программа по внутренним болезням для студентов медицинских вузов. – М.: ВУНМЦ, 1999.

ных и кожных болезней, неврологии, офтальмологии, урологии и эндокринологии. Всего по перечисленным выше разделам медицины было дано 107 клинических проблем. Конечно, они нуждаются в уточнении, но основной вывод, к которому мы пришли в ходе их анализа, состоит в том, что все разделы клинической медицины, с точки зрения врачебной деятельности, можно описать в виде системы наиболее часто встречаемых в практике КП.

Например:

– в курсе изучения дерматовенерических заболеваний используется 7 клинических проблем:

- 1) кожный зуд;
- 2) макулезная сыпь;
- 3) экссудативная сыпь;
- 4) узелковые высыпания;
- 5) глубокие инфильтративные

высыпания;

- 6) выделения из уретры;
- 7) поражения придатков кожи.

– в курсе урологии – используется 10 клинических проблем:

- 1) гематурия;
- 2) пиурия;
- 3) дизурия;
- 4) боль в поясничной области;
- 5) бесплодие (мужское);
- 6) гемоспермия;
- 7) нарушение потенции;

8) артериальная гипертензия;

9) качественное изменение мочи;

10) боли в наружных половых органах.

Приведённые данные еще раз убеждают нас в том, что на клиническом этапе обучения по ФГОС 3 в качестве единицы усвоения должна быть определенная (конкретная) КП.

Для студента решение клинической проблемы является целью учебно-профессиональной деятельности, но это решение является и целью конечной врачебной деятельности. Поэтому необходимо подчеркнуть, что КП для студентов старших курсов медвузов является целью их будущей профессиональной деятельности. Через соответствующий перечень клинических проблем может быть задана цель основам подготовки врача определённой специальности. А умение решать выделенный перечень профессиональных ситуаций в значительной мере определяет уровень его профессиональной компетентности.

Клиническая проблема является системообразующим фактором при отборе содержания обучения. Её смысл состоит в том, что то или иное понятие является необходимым, если обучаемый при решении клиниче-

ской проблемы обязательно должен ориентироваться на его содержание. Этот принцип является необходимым, но не достаточным для выделения содержания обучения и должен быть дополнен еще одним условием – принципом деятельного подхода. Его функциональное содержание состоит в том, что необходимый для решения КП материал излагался бы не сам по себе, а обслуживал бы формируемый вид деятельности «по вертикали», придавая ей сознательность и осмысленность. Ранее усвоенный материал по анатомии, биохимии, патофизиологии, патоанатомии, фармакологии и другим дисциплинам и вновь осваиваемый материал по определенным аспектам клинической медицины должен преподноситься с учетом строения профессиональной врачебной деятельности, выполняя в ней функцию ориентировки и контроля. Другими словами, изложение материала с учетом структуры профессиональной деятельности требует не просто знаний, а знаний, преподаваемых и формируемых в том порядке и последовательности, в котором они должны использоваться в разрешении данной клинической проблемы (ситуации).

Такой подход к выделению содержания обучения позволил нам

перейти к созданию программ, ориентированных на профессиональную компетентность. Преимущества данного типа программ по отношению к предметным и даже модульным вполне очевидны. В качестве примера такой программы можно привести созданную нами Программу по изучению клинической проблемы «Кардиомегалия»¹².

Преимущество учебных программ, ориентированных на профессиональную компетентность перед модульными, состоит в том, что их построение требует изложения содержания материала не только лишь с точки зрения внутренней логики изучаемого объекта, но и с учетом логики его анализа, конструирования, поиска неисправностей и их устранения.

В предлагаемой нами системно-деятельностной концепции построения учебного плана для медобразования данный тип учебных программ завершает подготовку врачей на додипломном уровне.

Применительно к диагностической деятельности это означает, что постановка диагноза – в рамках

12 Сторожаков Г.И. Программа по изучению клинической проблемы «Кардиомегалия». – М.: РГМУ, 1995. – 16 с.

той или иной клинической проблемы – основывается на создании схемы диагностической деятельности, освоение которой и дает возможность студенту-старшекурснику сознательно и правильно выполнять данный этап врачебной деятельности. В свою очередь, её сознательность предполагает, чтобы в данной схеме диагностической деятельности отражалась информация по различным учебным предметам как ранее изученным, так и вновь изучаемым. Таким образом, клиническая проблема для студентов старших курсов является целью будущей профессиональной деятельности. Одновременно через соответствующий перечень клинических проблем может быть задана цель подготовки врача определённой специальности, то есть, умения решать выделенный перечень профессиональных ситуаций в значительной мере определяющих уровень его профессиональной компетентности. Следует заметить, что создание алгоритмических схем диагностической деятельности для каждого синдрома и, соответственно для остальных видов врачебной деятельности, заканчивается определённым вполне конкретным перечнем дифференциально-диагностического ряда заболеваний.

С точки зрения проведённого анализа становится ясным, что основу квалификационной характеристики врача определённой специальности должен составлять перечень клинических проблем или синдромов и обучение студентов способам их решения. Сюда же можно отнести и клинические проблемы неотложных состояний, и распределение их по клиническим дисциплинам: кардиологии, пульмонологии, эндокринологии и др. Сюда же относится и создание перечня клинических проблем и соответствующих неотложных состояний, решение которых охватывает знание нескольких систем в рамках нескольких клинических дисциплин.

С целью обеспечения полноты создания соответствующих квалификационных характеристик содержание профессиональных компетенций врача необходимо дополнить перечнем практических умений врача соответствующей медицинской специальности (лабораторные и инструментальные методы исследования, лечебные и диагностические процедуры и др.).

Следует отметить, что такая работа позволяет в основном решить и проблему компетенций врача, т. к. клинические синдромы и неотложные

состояния являются профессиональными задачами практического врача, которые при своем решении требуют определенных компетенций, т.е. общих приемов способов решения клинических проблем неотложных состояний.

Каждая клиническая проблема требует своего решения в плане диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, т.е. в зависимости от первичных условий и умения ставить диагноз всех заболеваний, входящих в данную клиническую проблему, проводить их лечение, профилактику и реабилитацию.

Решение выделенных клинических проблем, прежде всего, с точки зрения диагностики, требует от обучаемого определенной компетентности. С этих позиций основная задача на данном этапе клинической подготовки состоит в создании соответствующих схем профессиональной деятельности (диагностических, лечебных, профилактических и т.д.) для каждого клинического синдрома и неотложного состояния. В нашем исследовании основное внимание уделяется диагностическому виду профессиональной деятельности, как наиболее сложному. Другие виды профессиональной деятельности можно считать

производными от диагностической. Нами разработано строение этой деятельности, логико-методологические основы её создания и совершенствования. Основная задача в плане диагностической деятельности состоит в создании схем межсиндромной и внутрисиндромной диагностики по каждому из клинических синдромов и неотложных состояний. Соответственно для каждого синдрома должен быть создан набор профессиональных ситуаций, полностью охватывающий всё его содержание. В ходе решения клинических проблем – при создании диагностических схем и, соответственно, схем для других видов деятельности (лечебной профилактической, реабилитационной) – с точки зрения идей развивающего обучения важно у обучаемых развить и укрепить усвоение логико-методологических и психологических аспектов профессиональной врачебной деятельности. Ибо по мере применения этих средств в освоении клинических проблем и неотложных состояний, они постепенно становятся внутренними средствами и способностями самих обучаемых, открывая перед ними неограниченные возможности в самостоятельном компетентном решении других клинических проблем.

Психолого-логические параллели «от синдрома к диагнозу»

Как показывает анализ, первая и самая трудная задача, которую надо решить состоит в выделении из общественного опыта, накопленного клинической медициной, общего метода систематизации ранее усвоенных в обучении и приобретаемых в новых знаниях и их применения в решении профессиональных задач. Следует заметить, что в основе применяемого нами метода лежат не просто знания, а знания, расположенные в той последовательности, в которой они применяются для решения практических профессиональных задач врача. Если предполагаемый метод действительно является общим, то, будучи освоен как предмет специального усвоения на небольшом клиническом материале, он составит ядро, фундаментальную основу профессиональной деятельности врача по совершенствованию своего клинического опыта, причём независимо от конкретной узкой медицинской специальности и разнообразных нозологических форм.

Для выделения общих принципов описания диагностической деятельности, нам необходимо оста-

новиться на одном установленном в клинической медицине положении, а именно: любое заболевание (как реакция организма на его повреждение) проявляется как в виде местных локальных нарушений, так и общими проявлениями, охватывающими весь организм, вследствие его целостности и тесной взаимосвязи всех его систем друг с другом. Проводя исследование в этом направлении, В.П. Петленко приходит к следующему выводу: «Клиническая практика показывает, что в организме нет как «абсолютно локальных», так и «абсолютно общих» процессов: при ведущей роли общего в организме, в нем находят выражение и относительно локальные процессы; в локальном всегда проявляется общее, общее локализуется. *Болезнь всегда включает единство общего и локального, несмотря на то, что в каждом конкретном клиническом случае их соотношение различно*»¹³. Этот вывод позволяет выделять и строить определенные диагностические схемы для групп заболеваний, входящих в соответствующий синдром.

13 Петленко В.П. Диалектика части и целого, Проблемы целостности в современной медицине // Основные философские вопросы современной биологии и медицины. – М., 1967. – С. 137.

Подобная схема должна соответствовать логике выполняемой профессиональной диагностической деятельности и устанавливать необходимые причинные связи между определенными патологическими процессами и присущими только им специфическими симптомами и симптомокомплексами. Эта схема раскрывает целостную внутреннюю картину нахождения каждого патологического нарушения и порождаемого им соответствующего специфического симптома или симптомокомплекса на соответствующем месте, определяемой данной диагностической схемой

При анализе диагностической деятельности, ее общей структуры мы пришли к выводу, что она в широком смысле осуществляется по общепhilosophическому методу – от абстрактного к конкретному, т.е. от односторонней абстрактной характеристики объекта к его более полному и всестороннему отображению. В логическом плане данная деятельность определяется правилами классификации и определенными формами умозаключений дедуктивного характера.

В предметно-содержательном плане эта деятельность выступает как синдромный метод диагностики. Понятие «синдром» имеет множе-

ство определений. В нашем случае мы пользуемся понятием «синдром», данным Л.Б. Наумовым, который по этому поводу пишет следующее: «... синдром-симптомокомплекс, внешне единый для любых заболеваний, разных органов и систем независимо от этиологии и патогенеза, а также от пораженного органа или системы, например, боль в груди, лихорадка, кружащая тень в легком и т.п.»¹⁴.

Симптомокомплекс выражается совокупностью общих симптомов, отражающих состояние организма, системы, органа, которые могут вызываться многими причинами. Задача врача – через ряд этапов внутрисиндромной диагностики раскрыть всевозможные случаи заболеваний, форм и стадий их течения, проявляющихся этим синдромом. Решение указанной задачи происходит через создание диагностической схемы. В общей форме диагностическая схема представлена на рис.2.

В основе классификации синдрома одновременно используются разные принципы: системно-органный, патогенетический, этиологический, а также формы и стадии течения пато-

14 Наумов Л.Б. Оптимизация высшего медицинского образования. – Новосибирск: НГМУ, 1976. – 260 с.

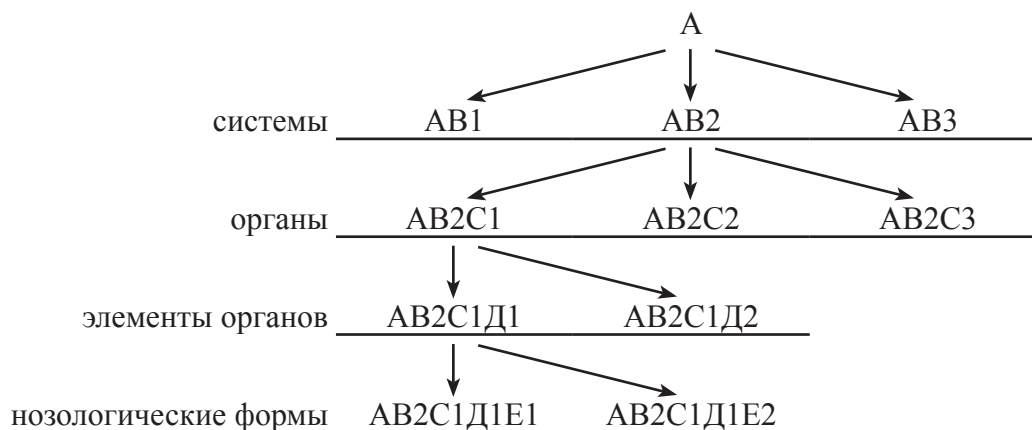


Рисунок 2. Схема диагностического процесса

логического процесса, различные метаболические реакции и т.д. С целью описания общей структуры диагностической схемы (данного на рис. 2) для простоты в основу построения синдрома мы положили системно-органный принцип классификации.

Так, синдром А выражает определенное состояние организма. При помощи проведённого нами анализа установлено, что при данном синдроме может быть поражена одна из трех систем организма, например, дыхательная (АВ1), пищеварительная (АВ2), сердечно-сосудистая (АВ3). В любом конкретном случае поражение одной из трех систем определяется наличием дополнительного; для каждой из перечисленных выше систем выявленного специфического симптома или симптомокомплекса В1, В2, В3, которые обладают специфической для данного уровня различимостью.

В свою очередь, каждый из симптомокомплексов АВ1, АВ2, АВ3, можно подразделить на органную патологию (см. рис. 2, АВ2). При этом установлено, что при поражении (в нашем случае, пищеварительной системы) могут быть поражены органы: желудок, при специфическом симптомокомплексе С1, поджелудочная железа, – при наличии специфического симптомокомплекса С2, желчный пузырь, – при наличии специфического симптомокомплекса С3. Тогда поражение каждого из органов будет характеризоваться симптомами или симптомокомплексами вышестоящих уровней А, В2 с добавлением специфического симптомокомплекса или симптома С и выражаться сложной симптоматикой для желудка АВ2С1, для поджелудочной железы АВ2С2, для желчного пузыря АВ2С3. Аналогичное построение схемы проводится

для конструктивных элементов органов и нозологических единиц. Клиническая картина заболевания включает в свое содержание симптомы или симптомокомплексы вышестоящих уровней и обладает специфической различимостью для данного уровня. Таким образом, клиническая картина заболевания выступает как сложный симптомокомплекс (АВСДЕ).

При предложенной характеристике схемы – в виде определенной соподчиненности иерархичности специфических симптомов и симптомокомплексов – мы показали лишь вершину айсберга, так как каждый специфический симптом и симптомокомплекс связан особенностями патологического процесса, его порождающего. С приближением по созданной диагностической схеме к конкретному заболеванию, наряду с уточнением его клинической картины, также уточняется и приобретает определенность соответствующий патологический процесс, лежащий в ее основе. Патологический процесс и порождаемый им определенный симптомокомплекс в своем целостном единстве, выступает как конкретное общее понятие данного заболевания.

Необходимо подчеркнуть, что синдромный метод диагности-

ки должен оптимально соответствовать структуре профессиональной деятельности врача. Это означает, что симптомы или симптомокомплексы на каждом порядке диагностического алгоритма должны обладать двумя свойствами: 1) диагностической различимостью для данного уровня; 2) максимальной доступностью и возможностью их фиксации врачом в обычных условиях. Последнее требование означает, что различительные признаки или симптомокомплексы того или иного порядка должны обладать не только существенными различительными возможностями, но и также проявляться в клинической картине заболевания.

Построенная таким образом диагностическая схема дает возможность использовать систему определенного вида дедуктивных заключений при применении ее к реальному конкретному больному, у которого страдания проявляются в виде синдрома А. Здесь в качестве большой посылки умозаключения выступают общие выводы, полученные при создании диагностической схемы в виде условно-разделительного суждения следующего вида. Если имеется симптомокомплекс А, то он проявляется поражением либо дыхательной систе-

мы при наличии специфического симптомокомплекса В1, либо поражением пищеварительной системы при наличии специфического симптомокомплекса В2, либо поражением сердечнососудистой системы при наличии специфического симптомокомплекса В3. Второе суждение данного умозаключения может быть двух видов. В первом случае оно имеет следующую форму. У больного с симптомокомплексом А имеется специфический симптомокомплекс В2. Вывод: следовательно, у больного с симптомокомплексом А поражена пищеварительная система. Во втором случае вторая посылка может иметь следующую форму; у больного с симптомокомплексом А отсутствуют специфические симптомокомплексы В1 и В2. Из этих посылок следует вывод: следовательно у больного с симптомокомплексом А поражена пищеварительная система.

Аналогично данная система умозаключений применяется для диагностики нижележащих уровней. Данная диагностическая схема построена по дедуктивному принципу, что дает возможность, при хорошем владении ею, быстро и оптимально проводить соответствующую диагностику заболеваний, особенно при неотложных состояниях и в условиях поликлиники.

Трудности построения диагностических схем обуславливаются тем, что имеющаяся научная, учебная и учебно-методическая литература, в основном, посвящена дифференциальной диагностике отдельных заболеваний или небольших их групп. Поиск же специфических клинических симптомов и симптомокомплексов для вышестоящих уровней диагностической схемы составляет определенную проблему научного и научно-методического характера.

Если же мы раскрываем структуру диагностической профессиональной деятельности врача с целью ее совершенствования, то необходимо указать способы её создания и совершенствования.

В методологическом и логическом аспектах эта задача создания диагностической схемы деятельности сводится к обобщению путем теоретического анализа – общности и универсальности созданного алгоритма для оптимального способа диагностики всех заболеваний, проявляющихся определённым симптомокомплексом А

Прежде, чем перейти к анализу процесса обобщения – при помощи индуктивных методов логики, а также при помощи теоретических способов абстрагирования идеализации, мето-

дов моделирования, мысленного эксперимента – следует пояснить одно важное положение.

Причинно-следственное отношение между развивающимся патологическим процессом (как сущностью) и его проявлением в клинической картине (как его явлением) распределяются следующим образом. Патологический процесс выступает как причина, а его отражение в клинической картине – как следствие. При диагностике заболеваний врач имеет дело с клиническими проявлениями патологического процесса, т.е. со следствиями проявления его сущности. Отметим, что логически и содержательно причинно-следственная связь будет иметь определённую форму условного суждения.

Диагностическая схема деятельности будет создана в том случае, если каждый её уровень и порядок будет состоять из такого типа суждений, которые при его применении – в виде умозаключения – выступают в форме большой посылки. При этом малой посылкой умозаключения являются данные, собранные у конкретного больного. Таким образом, система умозаключений дедуктивного характера позволяет быстро и легко поставить достоверный диагноз.

Овладение будущими врачами общественным опытом клинической медицины по определенной проблеме требует изучения соответственных монографий, статей, руководств, учебных пособий, архивного материала, историй болезней, консультации с коллегами. Это создает возможности для глубокого овладения содержанием, которое, будучи адекватно отражено в мышлении исследователя, продолжает в нем функционировать сообразно своим имманентным внутренним законам. Так, например, при создании диагностической схемы деятельности, на любом этапе межсиндромной диагностики необходимо **дать обоснование** имеющемуся симптому или симптомокомплексу, исходя из действительного его обусловливания патологией. При обосновании существенности и специфичности симптома и симптомокомплекса мы должны исходить из специфичности патологического процесса и показать, что при его развитии с необходимостью возникает данный симптом или симптомокомплекс.

Затем необходимо сопоставить этот симптомокомплекс с другими патологическими процессами, находящимися на данном порядке графа (рис. 2) и показать, что он не вытекает

и не может вытекать из данной структуры патологических процессов.

При обосновании процесса обобщения (т.е. получения из единичных и частных суждений их общей формы), мы опирались на два основополагающих принципа:

1) между патологическими процессами и их клиническими проявлениями всегда существуют устойчивые причинно-следственные отношения;

2) специфический субстанциональный симптом или симптомокомплекс В обладает не только специфической дифференциальной значимостью, но и отражает специфические особенности патологического процесса как своего основания или сущности.

Исходя из сформулированных принципов, можно перейти к разработке средств и приемов по получению общих форм суждений в профессиональном медицинском мышлении. Способы, при помощи которых происходит обобщение, относятся к методам индуктивной логики. Таких методов четыре: метод сходства, метод различия, метод остатков, метод сопутствующих изменений.

В чистом виде эти логические операции индуктивной логики (по обобщению единичных суждений

вплоть до общих) при построении диагностической схемы не находят широкого применения. Дело в том, что в реальных условиях клинической медицины мы не можем произвольно влиять на течение патологического процесса и наблюдать при этом изменение определенных симптомов или симптомокомплексов, как это делается в условиях естественных наук. Но клиническая медицина в своем общественном опыте накопила огромный теоретический и экспериментальный материал о закономерностях протекания различных патологических процессов, существенных или субстанциональных признаков их проявления в клинических картинах заболеваний, причинной взаимосвязи между изменением процесса протекания патологических процессов и изменением их субстанциональных свойств в клинической картине заболеваний и т.д.

При создании диагностической схемы этот обширный материал должен быть подвергнут профессиональной рефлексии и теоретическому осмысливанию, т.е. проанализирован, обобщен и систематизирован. При решении поставленной задачи методы индуктивной логики применяются не в чистом виде, а лишь как элементы абстрагирования, сравнения, мысленно-

го эксперимента для обоснования или отвержения гипотезы, выдвинутой для разрешения поставленной проблемы.

Логическая операция абстрагирования представляет мысленное выделение отдельных существенных сторон исследуемого процесса с точки зрения поставленной цели и мысленного отвлечения от множества других несущественных сторон этого процесса. В основе операции абстрагирования в интересующем нас аспекте выступает метод сходства и метод различия, применительно к исследованию неестественного развития патологического процесса и его клинического проявления, а в виде целенаправленного действия – с образом данного процесса и формами его проявления.

В этом случае в ходе теоретического анализа имеющегося материала исследователь выдвигает предположение, например, о специфичности и субстанциональности симптома В1 и патологического процесса П1. На основании имеющихся данных врач-исследователь дает этому предложению теоретическое обоснование. В результате врач показывает, что наличие симптома В1 связано с патологическим процессом П1 и вне его не существует, т.е. данный симптом от-

сутствует при других дифференцируемых патологических процессах П2 и П3 и существует только при наличии симптома В1. Наконец, указывается патогенетический механизм порождения данного симптома и определенный тип причиной связи.

Все это подкрепляется экспериментальными записями из историй болезней вылечившихся или умерших людей; а также данных, собранных в различных монографиях, пособиях и т.п. В ходе этого исследования гипотеза может подтвердиться, а может быть опровергнута или выдвинута другая. Аналогичные по форме исследования проводятся и при анализе связей между другими симптомами и симптомокомплексами В4В5В6 и различными сторонами патологического процесса П1. После установления связи между патологическим процессом П1 и его существенными клиническими проявлениями АВ1В4В5В6 на данном уровне проводится патогенетическое обоснование и выяснение характера взаимосвязи между определенной стороной патологического процесса и каждым определенным симптомом АВ1В4В5В6.

Логика исследования по созданию диагностические схемы деятельности в своей обобщенной и сокращенной форме должна быть положена в основу

изложения результатов этого исследования для дальнейшего понимания и освоения этой схемы всеми специалистами в сфере клинической медицины и студентами – будущими врачами.

Заключение

Собственно клиническая врачебная подготовка на додипломном уровне обучения предполагает построение учебного плана по системам организма: неврология, кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, урология, эндокринология, иммунология, что в общем не вызывает сомнения с практической точки зрения, ибо эти кафедры существуют в медицинском вузе для подготовки студентов и для переподготовки врачей на факультете усовершенствования врачей. При усовершенствовании этой части учебного плана медобразования мы исходим из того, что его содержание, будучи усвоено обучаемыми, выполняет функцию ориентировки и контроля в будущей профессиональной деятельности врачей.

Формирование и совершенствование врачебной деятельности, наряду с другими условиями, предполагает усвоение рассмотренной ранее системы логических понятий, в

т.ч. категорий индуктивного и дедуктивного характера, которые в своём целостном содержании должны стать предметом специального изучения с самостоятельным применением к конкретному клиническому материалу. Став достоянием студента, это содержание даёт ему основание для выполнения самостоятельной работы врача. Собственно, после ознакомления со структурой профессиональной деятельности, далее начинается изучение клинического материала с целью его совершенствования под углом зрения обучающего развития, что требует дальнейшей интеграции и обобщения усваиваемого материала.

Создание квалификационной характеристики, адекватной определённой специальности (терапия, врач общей практики) позволяет объективно приступить к созданию рабочих программ и учебного плана, а затем перейти к психолого-педагогическому обоснованию формирования требуемых знаний, умений, навыков, компетенций. Это уже отдельная задача исследования. Она изучена одним из нас в монографии¹⁵, а также в более поздних работах, отражающих новые

15 Костюков Н.Н. Некоторые вопросы совершенствования подготовки врачей в современных условиях. Ч. 2. – М.: ИКАР, 2009. – 205 с.

инновационные подходы¹⁶ к процессу обучения, В аналитическом обзоре¹⁷ изложены новые подходы к выделению на более прогрессивной основе целей, и содержания обучения и оптимальных способов его усвоения.

Работа по совершенствованию подготовки врачей нуждается во всех направлениях. Однако, определение целей обучения – создания первичных специальностей (терапия, педиатрия, и т.д.) и адекватных квалификационных характеристик к ним является по нашему мнению первоочередной задачей в этой работе.

Библиография

1. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. – М.: Медицина, 2001. – 606 с.
2. Камерон А. Составление учебной программы по семейной медицине // Семейная медицина и современные

16 Костюков Н.Н. Развитие науки в информационном обществе – обществе знаний и её влияние на кризис образования // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2013. – № 3-4. – С. 9-40.

17 Костюков Н.Н., Семенов И.Н. Профессиональное образование врачей: методология проектирования модернизации средствами системно-развивающего подхода // Аналитические обзоры Минобрнауки РФ. – 2014. – № 4. – С. 64.

- проблемы подготовки семейных врачей. Материалы Международного советско-канадского семинара. – Владикавказ, 1991. – С. 172.
3. Костюков Н.Н. Некоторые вопросы совершенствования подготовки врачей в современных условиях. – М.: ИКАР, 2009. – Ч. 2. – 205 с.
 4. Костюков Н.Н. Развитие науки в информационном обществе – обществе знаний и её влияние на кризис образования // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2013. – № 3-4. – С. 9-40.
 5. Костюков Н.Н., Семенов И.Н. Профессиональное образование врачей: методология проектирования модернизации средствами системно-развивающего подхода // Аналитические обзоры Минобрнауки РФ. – 2014. – № 4. – С. 64.
 6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятого пересмотра). – Женева: ВОЗ, 1994. – Т. 1. – Ч. 1. – 384 с.
 7. Наумов Л.Б. Оптимизация высшего медицинского образования. – Новосибирск: НГМУ, 1976. – 260 с.
 8. Петленко В.П. Диалектика части и целого, Проблемы целостности в современной медицине // Основ-

- ные философские вопросы современной биологии и медицины. – М., 1967. – С. 137.
9. Померанцев В.П. Пути развития высшей медицинской школы // Клиническая медицина. – 1982. – № 7. – С. 59.
 10. Программа по внутренним болезням для студентов медицинских вузов. – М.: ВУНМЦ, 1999.
 11. Сторожаков Г.И. Программа по изучению клинической проблемы «Кардиомегалия». – М.: РГМУ, 1995. – 16 с.
 12. Стратегия формирования Национальной системы квалификаций в РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.cvets.ru/Strategy_RUS_f-ETF.pdf
 13. Федеральный Государственный Образовательный Стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 «Лечебное дело», утвержден Приказом Минобрнауки РФ, п. 1086 от 08 ноября 2010 г., №1118. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116708/
 14. Федеральный Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об охране здоровья граждан РФ» (ФЗ № 323 от 21.11.2011). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156793/
 15. Федеральный Закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. «Об образовании в РФ» (ФЗ № 273 от 29.12.2012). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_163992/

Qualification profile and professional competence of major medical professions in relation to FSES-3: psychological and pedagogical aspects and problems

Bogdanov Andrei Evgen'evich

Full Doctor of Medical Sciences, professor,
Managing director of advanced projects in education,

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov,
P.O. Box 117997, Ostrovityanova str., No. 1, Moscow, Russian Federation;
e-mail: rsmu.gsurg@mail.ru

Vasil'ev Viktor Evgen'evich

Full Doctor of Medical Sciences,
professor of the department of intermediate level surgery,
Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov,
P.O. Box 117997, Ostrovityanova str., No. 1, Moscow, Russian Federation;
e-mail: rsmu.fsurg@mail.ru

Karabinenko Aleksandr Aleksandrovich

Full Doctor of Medical Sciences,
professor of the department of hospital therapy,
Member of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences,
Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov,
P.O. Box 117997, Ostrovityanova str., No. 1, Moscow, Russian Federation;
e-mail: karabinenkoa@mail.ru

Kostyukov Nikolai Nikolaevich

PhD (Medical Sciences),
senior research fellow of the curriculum and instruction department,
Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov,
P.O. Box 117997, Ostrovityanova str., No. 1, Moscow, Russian Federation;
e-mail: nkosntyukov@yandex.ru

Abstract

Clinical medical education at the undergraduate level of education involves the development of the curriculum according to body system: neurology, cardiology, pulmonology, gastroenterology, urology, endocrinology, immunology, that generally causes no doubt from a practical point of view, since these departments exist in medical universities to train students and retrain doctors at the doctors improve-

ment faculty. While improving this part of the curriculum of medical education, the authors proceed from the premise that its content, being internalized by the students, serve a function of guidance and control in the future professional activities of doctors.

The development and improvement of medical practice, along with other conditions, involves the assimilation of the previously considered system of logical concepts, including categories of inductive and deductive nature, that in its own integral subject matter should be the subject of a special study with independent application to specific clinical material.

Creating a qualification profile pertinent to particular profession (therapeutics, general practitioner) provides objective start to creating work programs and curriculum, and then come over to psycho-pedagogical rationale of the formation of required knowledge, skills, competencies.

Keywords

State educational standard, qualification profile, professional competence, clinical issues, vocational training, higher medical education, medical activities, psychological and pedagogical aspects.

References

1. Cameron, A. (1991), "Curriculum compilation in family medicine", *Family Medicine and modern problems of family physicians training. Proceedings of the International Soviet-Canadian Seminar* ["Sostavlenie uchebnoi programmy po semeinoy meditsine", *Semeinaya meditsina i sovremennye problemy podgotovki semeinykh vrachei. Materialy Mezhdunarodnogo sovetsko-kanadskogo seminara*], Vladikavkaz, p. 172.
2. "Federal Law of the Russian Federation on December 29, 2012 "On Education in the Russian Federation" (Federal Law No. 273 on 29.12.2012)" ["Federal'nyi Zakon Rossiiskoi Federatsii ot 29 dekabrya 2012 g. "Ob obrazovanii v RF" (FZ No. 273 ot 29.12.2012)"], available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_163992/
3. "Federal Law of the Russian Federation on November 21, 2011 No. 323 "On protection of the health of citizens of the Russian Federation" (Federal Law No. 323

- of 21.11.2011)" ["Federal'nyi Zakon Rossiiskoi Federatsii ot 21 noyabrya 2011 g. No. 323 "Ob okhrane zdorov'ya grazhdan RF" (FZ No. 323 ot 21.11.2011)"], available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156793/
4. "Federal State Educational Standards of higher vocational education with a specialization in 060101 "General Medicine", approved by the Order of the Russian Ministry of Education, para. 1086 on November 8, 2010, No. 1118" ["Federal'nyi Gosudarstvennyi Obrazovatel'nyi Standart vysshego professional'nogo obrazovaniya po napravleniyu podgotovki (spetsial'nosti) 060101 "Lechebnoe delo", utverzhden Prikazom Minobrnauki RF, p. 1086 ot 08 noyabrya 2010 g., No. 1118"], available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116708/
 5. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Vol. 1. Part 1 [Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em (desyatogo peresmotra). T. 1. Ch. 1]*, WHO, Geneva, 1994, 384 p.
 6. Kostyukov, N.N. (2009), *Some issues of improving the training of doctors in modern conditions. Part 2 [Nekotorye voprosy sovershenstvovaniya podgotovki vrachei v sovremennykh usloviyakh. Ch. 2]*, IKAR, Moscow, 205 p.
 7. Kostyukov, N.N. (2013), "The development of science in the information society – the society of knowledge and its impact on the education crisis" ["Razvitie nauki v informatsionnom obshchestve – obshchestve znanii i ee vliyanie na krizis obrazovaniya"], *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya (Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches)*, No. 3-4, pp. 9-40.
 8. Kostyukov, N.N., Semenov, I.N. (2014), "Professional education of doctors: design techniques for modernization by means of systemic-developmental approach" ["Professional'noe obrazovanie vrachei: metodologiya proektirovaniya modernizatsii sredstvami sistemno-razvivayushchego podkhoda"], *Analiticheskie obzory Minobrnauki RF*, No. 4, p. 64.
 9. Naumov, L.B. (1976), *Optimization of graduate medical education [Optimizatsiya vysshego meditsinskogo obrazovaniya]*, NGMU, Novosibirsk, 260 p.
 10. Petlenko, V.P. (1967), "Dialectics of the part and the whole. Integrity Issues in Modern Medicine", *Main philosophical problems of modern biology and medicine* ["Dialektika chasti i tselogo, Problemy tselostnosti v sovremennoi meditsine", *Osnovnye filosofskie voprosy sovremennoi biologii i meditsiny*], Moscow, p. 137.

11. Pomerantsev, V.P. (1982), "Ways of the development of higher medical education" ["Puti razvitiya vysshei meditsinskoi shkoly"], *Klinicheskaya meditsina*, No. 7, p. 59.
12. *Program in internal diseases for medical students* [*Programma po vnutrennim boleznyam dlya studentov meditsinskikh vuzov*], VUNMTs, Moscow, 1999.
13. Storozhakov, G.I. (1995), *Program in studying of the clinical problem "Cardiomegaly"* [*Programma po izucheniyu klinicheskoi problemy "Kardiomegaliya"*], RGMU, Moscow, 16 p.
14. "Strategy for the formation of the National qualifications system in Russia" ["Strategiya formirovaniya Natsional'noi sistemy kvalifikatsii v RF"], available at: http://www.cvets.ru/Strategy_RUS_f-ETF.pdf
15. Vinogradov, A.V. (2001), *Differential diagnosis of internal diseases* [*Differentsial'nyi diagnoz vnutrennikh boleznei*], Meditsina, Moscow, 606 p.