

10. **Chernomorov G. A.** Theory of decision-making. – Novocherkassk, 2002. – 276 p.
11. **Gromov L. A.** Ethics of management: teaching guide. – St. Petersburg, 2007. – 183 p.

BIBLIOGRAPHY

- Ashkerov A.** On justice: an essay on existence of existence of party affiliation. – Moscow, 2008. – 245 p.
Bellman R., Zade L. Decision-making in vague terms. Issues of analysis and decision making. – Moscow, 1976.
Chernomorov G. A. Theory of decision-making – Novocherkassk, 2002.
Diev V. S. Management philosophy: problems, approaches, trends. – The NGU Bulletin. Section: Philosophy. – 2011. – Vol. 9, no. 1. – P. 5–15.
Diev V. S. Uncertainty as an attribute and a factor of decision-making. – The NGU Bulletin. Section: Philosophy. – 2010. – Vol. 8, no. 1. – С. 3–8.
Diev V. S. Risk and uncertainty in philosophy, science, management. – The TGU Bulletin. – 2011. – No. 2(14) – P. 79–89.
Diev V. S. Management of decision-making: uncertainty, models, and intuition. – Novosibirsk, 1998. – 163 p.
Diev V. S., Karpovich V. N. Management philosophy: teaching guide. – Novosibirsk, 1998. – 75 p.
Mamardashvili M. K. Arrow of cognition (a sketch of the natural history of epistemology). – Moscow, 1997. – 304 p.
Mikeshina L. A. The philosophy of cognition. Polemical chapters. – Moscow, 2002. – 624 p.
Society of the risk and people: ontological and axiological aspects: a monograph. – Ed. by PH.D, Professor V. B. Ustyantsev. – Saratov, 2006.
Shevchenko A. A. Justice and rationality: philosophical analysis. – Novosibirsk, 2004. – 304 p.
Shevchenko A. A. Moral and political contexts of justice. – Novosibirsk, 2007. – 212 p.

Принята редакцией: 07.09.2015

DOI: 10.15372/PHE20150609
УДК 378+61+13

ПАРАДИГМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ: НАУЧНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ

Е. В. Ушакова (Барнаул)

В статье представлен анализ диалектических преобразований медицинских знаний в системе российского медицинского образования, включая современные инновационные процессы, с позиций философии образования. Раскрыты рубежные события в развитии отечественного медицинского образования в связи с социальными трансформациями, происходящими в стране. Определены главные характеристики пара-

© Ушакова Е. В., 2015

Ушакова Елена Владимировна – доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой философии и биоэтики, Алтайский государственный медицинский университет.

E-mail: foaushakova@gmail.com

Ushakova Elena V. – Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Head of the Chair of Philosophy and Bioethics at the Altai State Medical University.

дигмы медицинского образования. Проанализированы инновационные процессы в медицинских знаниях в начале XXI в. в аспекте концепции качества образования.

Ключевые слова: медицинское знание, медицинское образование, развитие медицины советского и постсоветского периодов, парадигма, качество, инновации медицинского образования.

PARADIGM OF MEDICAL EDUCATION IN THE SYSTEM OF MEDICAL KNOWLEDGE: A SCIENTIFIC-PHILOSOPHICAL ANALYSIS

E. V. Ushakova (Barnaul)

The article presents an analysis, from the standpoint of the philosophy of education, of the dialectical transformation of medical knowledge in the system of Russian medical education, including modern innovation processes. There are revealed the milestone in the development of domestic medical education due to social transformations occurring in the country. There are identified the main characteristics of the paradigm of medical education. There are analyzed the innovation processes in the medical knowledge in the early XXI century in terms of the concept of quality education.

Keywords: *medical knowledge, medical education, development of medicine of the Soviet and post-Soviet period, paradigm, quality, innovations of medical education.*

Истоки медицинских знаний и современность

Медицинское знание по сути своей – одно из древнейших в жизни людей. Оно вобрало в себя и поставило на научно-рациональную основу глубинный опыт человечества, связанный с поддержанием жизни, с сохранением жизни в ситуациях болезней, травм, стихийных бедствий, других несчастий, с обеспечением здорового существования отдельных людей, семей, целых сообществ.

Знания о здоровье людей имели исходно разную природу. Возможно, что первые знания такого рода существовали у древнего человечества на уровне инстинктов самосохранения, присущих еще высшим животным и передавшихся от них в процессе психической эволюции. Общеизвестно, что животные в случае болезни способны отыскать определенные травы, местообитание и пр., которые помогают им восстановить здоровье (например, после змеиного укуса, отравления, травмы, ранения и пр.). У человека также существует инстинкт самосохранения и самооздоровления, который, к сожалению, в современных условиях подавлен мощными рациональными структурами психики и резко измененной окружающей средой.

Древнейшие традиции лечения и оздоровления заключали в себе опыт многих поколений, аккумулированный как в широко распространенных народных знаниях, так и в особых более глубоких знаниях, имевшихся, например, у шаманов, целителей, знахарей и пр. Эти устные традиции жизненного опыта как народной мудрости оздоровления, так и особых тайных знаний целителей содержали в себе много таких сведений, кото-

рые после научного изучения соответствующих традиций, доказательств подтверждения лечебных эффектов входили в арсенал медицинских научных и практических (клинических) знаний. Например, огромный материал из традиционных знаний врачевания травников, использования других природных продуктов (меда, воска, пантов, живицы, мумие и пр.) был взят на вооружение фармакологической наукой, опыт костоправов вошел в современную хирургию, традиции хатка-йоги – в структуру ряда оздоровительных процедур лечебной физкультуры, опыт иглокалывания и прижигания акупунктурных точек был использован в ряде психотерапевтических и других лечебных процедур восстановительной медицины и т. д. Многие традиции целительства были окутаны тайной, магическими ритуалами. Например, в шаманских практиках лечения имел место процесс общения с духами и душами больных. Душу больного в ритуалах камлания призывали вернуться в тело больного человека, воссоединиться с телом и вернуть человеку здоровье. Но даже в таких необычных традициях содержался определенный опыт, который в определенной мере оказался важным в психологических аспектах медицины.

Прошли века, прежде чем интуитивный, чувственный и рациональный опыт традиций врачевания трансформировался в современные медицинские знания: клинические, медико-технологические, научные и педагогические. Сегодня передача научных медицинских знаний осуществляется в специальных учебных заведениях среднего, высшего медицинского образования и послевузовской подготовки интернов, ординаторов, а также специалистов-исследователей (аспирантов, докторантов, соискателей), причем, согласно новому закону «Об образовании в Российской Федерации» 2012 г., аспирантура стала уровнем высшего образования (третьим после бакалавриата и магистратуры) или после специалитета (см.: [1; 2]).

Путь советской и российской медицины и медицинского образования как жизненный путь вузов страны

Отечественное здравоохранение в советский и постсоветский периоды прошло сложный, но впечатляющий путь. Общее повышение в сравнении с дореволюционным состоянием уровня жизни, грамотности и социально-гигиенической культуры населения оказывало сильное положительное влияние на динамику смертности. Особую роль в этом процессе сыграла советская концепция развития общественного здравоохранения, ориентированная на массовую профилактику и предупреждение инфекционных и эпидемических заболеваний, на вакцинацию и иммунизацию всего населения. В результате страна, пережившая в XX в. несколько разрушительных войн, достигла к середине 1960-х гг. среднеевропейского уровня продолжительности жизни (около 70 лет). Под достаточно эффективный

социальный контроль были поставлены все опасные инфекционные и паразитарные заболевания, эпидемии, болезни органов дыхания и пищеварения, младенческая и материнская смертность.

Так, число больничных учреждений в конце 2010 г. составляло около 6,3 тыс., больничных коек – 1339,5 тыс. (93,7 на 10 000 человек населения). Доля частных клиник в России не превышает 5–10% от их общего количества. В России – 707 тыс. врачей различных специальностей (на конец 2007 г.) [2; 3].

В РФ действуют «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». В общих положениях отмечено следующее: охрана здоровья граждан в России – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Согласно Плану мероприятий по достижению количественных и качественных показателей, установленных на 2008 г. (по данным Министерства экономического развития России), совокупные расходы на здравоохранение в России в 2006 г. составляли 3,9% ВВП (из них 3,2% ВВП – государственные расходы, 0,7% ВВП – частные), 2007 г. – 4,4% ВВП [4–6].

В мае 2012 г. Министерство здравоохранения и социального развития РФ было преобразовано в Министерство здравоохранения РФ и Министерство труда и социальной защиты РФ.

За отмеченный период в стране медицинское образование получило мощное развитие. По всей стране сформировалась сеть медицинских вузов. В системе высшего образования России медицинское образование обладает несомненной спецификой, которая в целом заключается в его комплексном характере. Например, образование на естественных факультетах (физическое, биологическое и т. п.) имеет в своей основе фундаментальное естественнонаучное знание; образование на гуманитарных факультетах – фундаментальное социально-гуманитарное знание. А медицинское образование с необходимостью включает в себя как естественнонаучное знание (базис биологических, химических, физических, экологических знаний о человеке), так и социогуманитарное знание (философия человека, этика, психология отношений и т. д.). Следовательно, медицинское образование по блоку фундаментальных знаний – особое, естественно-гуманитарное.

Таким образом, медицинское образование является особым – комплексным. Его содержание разностороннее: и естественно-гуманитарное, и теоретико-прикладное, и профильно-государственное (по назначению). Все это придает медицинскому образованию особый статус, обуславливает сложность и разноплановость подготовки специалистов в

этой отрасли. Недаром по сравнению с другими вузовскими специальностями срок обучения специалиста-медика в совокупности оказывается наиболее длительным.

Стратегические установки современного медицинского познания, знания и образования

Медицинские знания и врачебная практика. Российскому высшему медицинскому образованию 250 лет [7]. За столь длительный срок оно доказало, что студенты получают хорошие профессиональные знания, а профессорско-преподавательский состав имеет высокую квалификацию. Эмигранты-медики первой волны, в том числе преподаватели медицинских факультетов российских университетов, после октябрьского переворота 1917 г. в ряде европейских столиц и городов создали и возглавили кафедры (София, Белград, Загреб), работали в Праге, Париже в Пастеровском институте. Выпускник Военно-медицинской академии профессор В. Г. Коренчевский долгие годы возглавлял английский Листеровский институт, П. Н. Грабар преподавал в Страсбургском университете, они натурализовались и работали в Германии, Польше, США, Канаде и других странах [8].

В настоящее время подготовка специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в РФ (вузовское медицинское образование) осуществляется в 47 медицинских вузах, а также на медицинских факультетах государственных университетов. Общий выпуск врачей и фармацевтов составляет около 25 тыс. в год. Планирование числа обучающихся осуществляется на уровне министерства совместно с территориальными органами управления здравоохранением [4; 9]. Специфика организации обучения обусловливается особенностями контингента обучающихся, а также целями, содержанием и условиями обучения.

Однако, вновь обращаясь к общероссийским процессам, отметим, что, несмотря на развитую сеть медицинских вузов и ссузов в нашей стране, до сих пор имеет место диспропорция в обеспечении медицинскими кадрами по регионам, в городской и сельской местности. Особенно сложное положение с обеспечением кадрами сельских медучреждений. В субъектах Российской Федерации имеет место нехватка врачебных кадров в первичном звене здравоохранения, особенно в сельской местности, которая в целом по России составляет более 40 тыс. врачей. Обеспеченность врачами на селе в 3,4 раза ниже, чем в городе [3].

В обеспечении кадрами системы здравоохранения страны медицинское образование, особенно высшее, играет ключевую роль. Именно профессиональное медицинское образование своей главной целью ставит реализацию профессиональной составляющей развития личности. Глав-

ная претензия работодателей (руководителей медицинских учреждений и их подразделений) к профессиональным образовательным учреждениям сегодня – оторванность полученных знаний от практики, что проявляется в неумении обращаться с современным оборудованием, психологической неподготовленности к реалиям профессиональной деятельности. Работодатели часто упрекают вузы в излишней теоретизации знаний при подготовке будущих врачей, но при этом сами формально подходят к проведению производственных практик. Работодатель должен участвовать в ее организации и проведении, а также в итоговой аттестации [3; 6; 10].

Как отмечает Т. С. Сорокина, в настоящее время здравоохранение в России и странах СНГ в целом развивается в сложных социально-экономических условиях. При переходе к рыночной экономике и децентрализации управления существенно изменяется и стратегия развития здравоохранения. В соответствии с тенденциями социально-экономического и политического развития устанавливаются новые отношения между регионами страны и государственными структурами, разрабатывается новая стратегия по совершенствованию управления здравоохранением, намечается и проводится ряд реформ, которые должны способствовать преодолению назревших проблем и укреплению здоровья нации. Среди них следующие проблемы и задачи:

- распределение функций между регионами страны и государственными структурами в области здравоохранения;
- переход отрасли здравоохранения на смешанное финансирование;
- поэтапный переход к медицинскому страхованию граждан на основе экономических методов управления деятельностью учреждений здравоохранения всех уровней; внедрение обязательного и добровольного медицинского страхования; развитие сети страховых фондов и страховых компаний;
- приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи;
- развитие санитарно-противоэпидемического обеспечения, Государственного санитарного надзора и мероприятий по охране территории страны от заноса карантинных инфекций;
- приоритетное развитие актуальных и наиболее сложных для всей страны широкомасштабных программ, таких как «Чернобыль», «Арал». «Иммунопрофилактика», «СПИД», «Аллергические заболевания», «Алкоголизм и наркомания», «Психическое здоровье человека», «Планирование семьи», «Медико-генетическая помощь», «Младенческая смертность», «Онкологические заболевания», «Сахарный диабет», «Трансплантология» и др.;
- обеспечение качества медицинской помощи населению;
- использование передовых медицинских технологий;

- создание системы медицинской помощи в экстремальных ситуациях (стихийные бедствия, другие чрезвычайные ситуации);
- укрепление межгосударственного творческого сотрудничества в целях совершенствования системы здравоохранения при активной координации этой деятельности Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения и др. [1].

Охрана здоровья населения и каждого человека в отдельности становится реальностью только при условии участия в этом важнейшем общегосударственном деле всех отраслей народного хозяйства, при выполнении широкого комплекса социально-экономических и медико-социальных мер в масштабах всей страны.

Все вышеизложенное ставит перед современным медицинским образованием ряд новых задач и необходимость их незамедлительного решения [5].

Новая парадигма обучения в системе непрерывного медицинского образования (НМО.) По мнению А. И. Субетто, вуз можно считать системой, состоящей из элементов, включающих педагогическую, научно-исследовательскую, а также хозяйственную и социальную составляющие [11]. По мнению Л. С. Гребнева, к вузовской системе образования следует добавить и систему управления [9].

В настоящее время изменяется сама парадигма медицинского образования в общей системе трансформации российского образования. В систему образования вводятся два новых основных принципа.

1. *Непрерывное медицинское образование (НМО) в общей системе образования.* Оно осуществляется под новым лозунгом «Обучение через всю жизнь» (в общей системе образования и дополнительного образования, сертифицирования специальностей, рабочих мест и пр.), отличаясь от прежней установки «Обучение на всю жизнь». Эта Концепция развития непрерывного медицинского образования в Российской Федерации подготовлена в целях исполнения Указа Президента РФ № 598 от 07.05.2012, в котором поставлена задача разработки современной программы повышения квалификации и оценки уровня знаний медицинских работников, а также реализации положений Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (№ 323 от 21.11.2011).

Отметим, что проблема непрерывного медицинского образования не нова. Своими истоками она методологически восходит еще к Гиппократу, который утверждал беспредельность совершенствования искусства врачевания. Он был убежден, что человек, избравший профессию врача, обречен на вечное учение. Согласно современному видению, врач должен быть профессиональной, творческой и постоянно развивающейся личностью [6].

В настоящее время существуют следующие этапы последипломной подготовки врачей (организованных форм обучения): 1) *специализация* – прохождение интернатуры или ординатуры по специальности широкого профиля (первичная специализация), а затем по более узкой специальности (вторичная специализация); 2) *усовершенствование* – дальнейшее совершенствование профессиональных знаний и навыков: *общее усовершенствование* – повышение квалификации по всем разделам специальности (согласно существующей законодательной базе, повышение квалификации специалистов должно осуществляться не реже одного раза в 5 лет); *тематическое усовершенствование* – по отдельным избранным разделам специальности или актуальным вопросам; *курсы информации или стажировки* на базе НИИ и крупных учреждений практического здравоохранения [2; 3; 5].

Система повышения квалификации врачей (последипломное медицинское образование) представлена 7 учреждениями последипломного образования, факультетами усовершенствования врачей при медицинских вузах, а также курсами информации и стажировки на базе научно-исследовательских институтов и крупных учреждений практического здравоохранения.

Однако непрерывное медицинское образование предусматривает не только специальные системы дополнительного образования, это в значительной мере – самообучение, самообразование и саморазвитие врача, медработника, специалиста определенного уровня, настроенного выйти на более высокий уровень подготовки и творчества.

2. *Принцип, согласно которому, «не человека учат, а человек учится».* Логика образования направлена на самостоятельную работу личности, в процессе которой личность переходит на новый уровень творческого развития. Формирование парадигмы образования XXI в. предъявляет и новые требования к качеству образовательной системы, развитию профессиональной компетентности личности [12]. Это связано с тем, что в 1990-е гг. в мировом образовательном сообществе произошло переосмысление не только понятия «образование», но и, например, термина «обучение». Понятие «education» стал замещаться понятием «learning». В первом случае главной фигурой образовательного процесса являлся преподаватель, «проводник, ведущий к знаниям, умениям, навыкам», во втором – центральной фигурой становится тот, «кто сам идет к знаниям-умениям-навыкам», точнее – «к образованию собственной личностной культуры» [12]. В основе лежат принципы, разработанные «Болонской системой», то есть принятые Болонской декларацией, основополагающими принципами которой считаются:

– автономия и ответственность университетов;

- переход на двухуровневую подготовку специалистов (бакалавр, магистр);
- введение системы кредитов как средства студенческой мобильности;
- принятие системы легко понимаемых и сопоставимых академических степеней;
- обеспечение высокого уровня качества образования на основе сопоставимых критериев и методик и внедрение системы непрерывного образования;
- совместимость приобретенных студентами в вузах знаний, умений и навыков с современным рынком труда (см.: [13]).

Однако специалисты и эксперты в области высшего образования отмечают, что, присоединяясь к Болонскому процессу, Россия не должна в точности копировать Болонскую систему образования, ей необходимо сохранить сильные многовековые традиции российского высшего образования. В противном случае могут наступить негативные процессы в образовании, связанные с нарушением ментальных оснований российской науки и отечественного образования [10].

Кроме того, в настоящее время формируется общественная парадигма, основанная на знаниях. Цели и задачи такого обучения провозглашены в 1999 г. в Кельнской хартии на саммите Большой восьмерки, в которой отмечено, что непрерывное образование должно стать главной политической программой гражданского общества. Ход и перспективы реализации идеи непрерывного образования в государствах членах Европейского Союза отражены в проекте «Образование и обучение-2020» [13].

В основу критериев такого обучения положена компетентность. Компетентность определяется как обладание человеком соответствующей компетенцией, включающей его личностное отношение к ней и предмету деятельности, понимание ответственности за свои действия. Компетентностный подход в образовании положил начало образованию модульных дисциплин, которые составляют группу родственных компетенций, обеспечивающих формирование специалиста, способного построить знание в соответствии с новыми условиями.

В АГМУ широко внедряются инновационные системы медицинского образования согласно ФГОС, развиваются новые информационные технологии, дистанционное обучение. Как отмечают проректор по учебной работе университета И. Е. Бабушкин и заведующий учебно-методическим отделом АГМУ В. И. Лукьянов, высшее медицинское образование оказывает значительное влияние на положение дел в практическом здравоохранении, выступая своеобразным зеркалом процессов, происходящих в отрасли. Сегодня государственную политику в области образования в стране определяет единственная структура – Министерство образования и науки. В то же вре-

мя медицинские вузы, подчиняясь государственной политике в области образования, продолжают оставаться неотъемлемой частью системы здравоохранения. Занимая преподавательскую должность, врач в полной мере является педагогом-профессионалом.

При переходе к реализации ФГОС на клинических кафедрах (в старших курсах) и при разработке компетентностно-ориентированных образовательных программ следует не только учитывать традиционные подходы, выработанные в отечественной медицинской высшей школе, в том числе при реализации ГОС, но и широко внедрять новые образовательные инновационные технологии, использующие современный отечественный и зарубежный опыт. В то же время не следует забывать об опасности того, что чрезмерное увлечение компетенциями и бумажной отчетностью пагубно влияет на реальный образовательный процесс, в котором лишь условно разграничиваются компетенции, а изобилие пунктов рабочих программ чаще не является решающим фактором в реальном усвоении теоретических и практических знаний обучающимися. Указываем это в связи с тем, что в последние годы наметилась опасная тенденция бюрократизации образования с изобилием отчетных бумаг и катастрофически уменьшающимся временем на реальные процессы овладения качественными жизненно важными знаниями.

Реализация новых целей в медицинском образовании страны и в отдельных вузах, как справедливо отмечает П. В. Глыбочко, предполагает решение стратегических направлений: внедрение компетентностного подхода, развитие вариативности образовательных программ с использованием новых образовательных технологий, внедрение эффективной качественной подготовки и переподготовки специалистов на базе опыта передовых институтов, формирование системы внешней независимой сертификации профессиональных компетенций и аккредитации специалистов, создание системы непрерывного профессионального развития, основанной на принципах открытого образовательного пространства [10].

С учетом поставленных задач все преподаватели вузов должны непрерывно обучаться. Но бюджетная система повышения квалификации, которая существовала в годы советской власти, практически не действует. Поэтому в повышении квалификации в условиях ограниченных бюджетных средств большое значение имеют дистанционное обучение и самообразование. К сожалению, самообразование преподавателей не стимулируется, в достаточной мере не систематизировано. Кроме того, есть еще и объективный фактор нашей жизни – необходимо иметь время на самообразование.

Создание непрерывного образовательного континуума преподавателей высшей медицинской школы ставит во главу угла включение обучающегося в образ жизни врача, формирование у него профессионально-

субъектной позиции. Специалисты считают, что в целом на современном этапе в системе здравоохранения должны котируются не просто «квалифицированные профессионалы» в узком плане, а творческие личности, способные приобретать нужные компетентности и (на их основе) новые методы подготовки других специалистов [1; 3; 9; 10; 12; 14].

Доказательная медицина и научные знания в работе врача. Еще одно новое направление в здравоохранении и медицинском образовании России формируется на рубеже XX–XXI вв., хотя корни его уходят в становление научной медицины Нового времени. Это новое образовательно-научно-прикладное направление – *доказательная медицина*. Оно связано с объективным процессом развития знаний. Так, в настоящее время удвоение объема научной информации в разных дисциплинах происходит за 5–7 лет, а в области биологии, генетики, морфологии – за 2–3 года [6].

Доказательная медицина (медицина, основанная на доказательствах) – это медицинская практика, отличающаяся применением в лечении отдельного пациента только таких вмешательств (методов диагностики, профилактики, лечения), эффективность которых доказана высококачественными научными исследованиями.

Одновременно существовал и другой подход к медицинской практике – прагматический, согласно которому тот метод лечения лучше, который быстрее помогает пациентам. При этом неважно, знаем ли мы, как этот метод действует. Например, точно не известно, почему однократная инъекция дексаметазона женщине, у которой начались преждевременные роды, значительно снижает вероятность смерти у незрелого новорожденного от респираторного дистресс-синдрома, но известно, что это вмешательство действует – значит, его следует применять [5].

Традиционно в понимании научных основ медицины лежало представление о причинах болезней, механизмах их развития, механизмах действия лекарственных средств, хирургических операций и других вмешательств. К сожалению, наши знания о некоторых болезнях недостаточны: неизвестны ни их причины, ни механизмы развития. Иногда только кажется, что причина болезни известна. Так, до открытия инфекционного возбудителя язвенной болезни (*Helicobacter pylori*) ее лечили содой, сном, резекцией желудка, и для каждого метода лечения были свои объяснения, своя теория язвенной болезни – нервная, самопереваривания и т. д. [5].

Принцип доказательной медицины, являющийся основой современного здравоохранения, выступает мощным стимулом развития медицинской науки, в том числе и в вузах России. Он применим не только для лечения отдельных больных. В управлении здравоохранением, методах финансирования здравоохранения, управления качеством, в организации сестринского дела, сестринских вмешательств – везде практика должна включать только действия, эффективность которых доказана для отдель-

ных пациентов, для здоровья населения в целом, для функционирования медицинских учреждений и т. д. Неэффективные вмешательства из практики должны быть исключены, а новые вмешательства включаются в повседневную практику только тогда, когда их эффективность доказана. Таким образом, для выбора метода лечения конкретного пациента лучше иметь не только знания о механизмах развития болезни, но и научные доказательства того, что у таких пациентов определенное вмешательство помогает достичь желаемых результатов. Здесь все более важное значение приобретает такое понятие и реальность, как медицинский прогноз – предвидение вероятного развития и исхода заболевания, основанное на знании закономерностей патологических процессов и течения болезни. Статистика позволяет в некоторой степени обосновать ожидаемый исход, а также частоту и характер осложнений, но все же главное здесь зависит от специалиста, который владеет не только профессиональными знаниями, врачебным опытом, но и практикой научного исследования.

В рамках нового направления доказательной медицины значение научных исследований в медицинском вузе все более возрастает. В русле решения этих важных задач следует рассматривать педагогические новации, научные исследования и разработки ученых, практическую значимость достижений специалистов медицинских вузов страны. В рамках этой многогранной деятельности решается целый комплекс региональных вопросов. Среди них особое значение имеют следующие: создание единого образовательного информационного пространства; внедрение новых эффективных технологий в систему здравоохранения для улучшения общественного здоровья; повышение качества обучения будущих специалистов; повышение их роли в процессе обеспечения высококвалифицированными кадрами учреждений здравоохранения нашей страны, участвующих в интегральном процессе оздоровления населения и увеличения активного срока жизнедеятельности россиян.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Сорокина Т. С.** История медицины: учеб. – М., 2009. – 560 с.
2. **История** здравоохранения в России. – [Электронный ресурс]. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Здравоохранение_в_России (дата обращения: 22.04.2015).
3. **Михайлова Л. А.** Ресурсы здравоохранения и отдельные показатели деятельности учреждений здравоохранения Российской Федерации в 2002 году // Главная медицинская сестра. – 2003. – № 10. – С. 31–33.
4. **Денисов И. Н.** Основные направления совершенствования подготовки врачебных кадров // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 12–17.
5. **Система** медицинского образования в России. Общая информация. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rasfd.com/index.php?productID=586&PHPSESSID=1a6e2fe0ddef388d9c070d535eb9a03c> (дата обращения: 22.04.2015).

6. **Юшук Н. Д., Мартынов Ю. В.** Непрерывное обучение врачей – требование современной практики здравоохранения // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2013. – № 1. – С. 16–25.
7. **Пальцев М. А. и др.** Научно-исторический очерк о становлении Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, ее развитии, сегодняшнем дне и перспективах инновационной деятельности. – М., 2008. – С. 16–21.
8. **Блиев Ю., Гречишникова В.** На том берегу // Медицинская газета. – 1992. – 7 февр. – С. 10.
9. **Гребнев Л. С.** Высшая школа в новом законе «Об образовании в РФ»: хотим как лучше? // Высшее образование в России. – 2011. – № 1. – С. 13–25.
10. **Глыбочко П. В.** Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня // Медицинское образование и вузовская наука. – 2012. – № 2. – С. 6–9.
11. **Субетто А. И.** Система управления качеством в вузе (модель): материалы симпозиума «Квалиметрия в образовании: методология и практика». – М., 2003. – 25 с.
12. **Болонский** процесс: поиск общности европейских систем высшего образования (проект TUNING) / под науч. ред. В. И. Байденко. – М., 2006. – 211 с.
13. **Образование** в экономике России: аналитический доклад. – М., 2008.
14. **Ten Cate O., Billett S.** Competency-based medical education: Origins, perspectives and potentialities. – Medical Education. – 2014. – No. 48 (3). – P. 325–332.

REFERENCES

1. **Sorokina T. S.** History of medicine: a textbook. – Moscow, 2009. – 560 p.
2. **The history** of health care in Russia. – [Electronic resource]. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Здравоохранение_в_России (date of access: 22.04.2015).
3. **Mikhailov L. A.** Health resources and selected indicators of health care institutions of the Russian Federation in 2002. – Home nurse. – 2003. – No. 10. – P. 31–33.
4. **Denisov I. N.** Key areas for improvement of preparation of the medical staff. – Health Economics. – 2007. – No. 11. – P. 12–17.
5. **The system** of medical education in Russia. General information. – [Electronic resource]. – URL: <http://www.rasfd.com/index.php?productID=586&PHPSESSID=1a6e2fe0ddef388d9c070d535eb9a03c> (date of access: 22.04.2015).
6. **Yushchuk N. D., Martynov Yu. V.** Continuing education of doctors - the requirements of modern healthcare practice. – Medical Education and Professional Development. – 2013. – No. 1. – P. 16–25.
7. **Paltsev M. A. et al.** Scientific-historical essay about the formation of the Sechenov Moscow Medical Academy, its development, today's state and prospects for innovations. – Moscow, 2008. – P. 16–21.
8. **Bliev Yu, Grechishnikova V.** On the other bank. – Medical newspaper. – 1992. – 7 February. – P. 10.
9. **Grebnev L. S.** Higher education in the new law «On Education in the Russian Federation»: we want it in a better way? – Higher education in Russia. – 2011. – No. 1. – P. 13–25.
10. **Glybochko P. V.** Providing innovative nature of continuing medical education qualitatively new level. – Medical education and university science. – 2012. – No. 2. – P. 6–9.
11. **Subetto A. I.** Quality management system in higher education (a model): proceedings of the symposium «Qualimetry in education: methodology and practice». – Moscow, 2003 – 25 p.
12. **The Bologna** Process: Search generality of European higher education systems (project TUNING). – Under scientific. ed. of V. I. Baydenko. – Moscow, 2006. – 211 p.
13. **Education** in the Russian economy: Analytical report. – Moscow, 2008.
14. **Ten Cate O., Billett S.** Competency-based medical education: Origins, perspectives and potentialities. – Medical Education. – 2014. – No. 48 (3). – P. 325–332.

BIBLIOGRAPHY

- An S. A.** Integrity of philosophizing of children in socio-cultural space. – Philosophical problems of childhood development, education, education. – Barnaul, 2014. – 391 p.
- An S. A., Ushakova E. V., Nalivayko N. V.** Formation of philosophical outlook of the students in modern education. – Philosophy of Education. – 2015. – No. 5(62). – P. 101–112.
- Borisov S. V.** Children's philosophizing as a manifestation of the special form of rationality. – Philosophy and the Future of Civilization: abstracts and presentations of IV Russ. Philosoph. Congress (Moscow, May 24–28, 2005): in 4 vols. – Moscow, 2005. – Vol. 4. – 720 p.
- Kulipanova N. V., Nalivayko N. V., Orlova N. P., Ushakova E. V.** The diversity of contemporary social systems and strategies of globalizing education. – Philosophy of Education. – 2012. – No. 5(44). – P. 64–77.
- Kudryavtsev P. S.** History of physics. From ancient physics to Mendeleev. – Moscow, 1948. – Vol. I. – 536 p.
- Losev A. F.** History of ancient philosophy in the modern exposition. – Moscow, 2005. – 846 p.
- Nalivayko N. V., Parshikov V. I.** Philosophy of education: a theoretical-methodological analysis. – Novosibirsk, 2002.
- Nalivayko N. V., Ushakova E. V.** Education and science in the society of the XXI century. – Philosophy of Education. – 2013. – No. 6(51). – P. 42–52.
- Postman N. A.** Disappearance of childhood. – [Electronic resource]. – URL: <http://www.meddia-ecology.blogspot.ru/2001/02/blog-post-17.html> (date of access: 15.03.2014).
- Postman N. A.** Now about something else... – [Electronic resource]. – URL: <http://rodnaya-istoriya.ru/index.php/istoriya-i-praktika-massmedia/a-teper...-o-drugom.html> (date of access: 15.03.2014).
- Semilet T. A.** Communicative correction of the philosophy of childhood and adulthood. – Philosophical problems of childhood development, education, education. – Barnaul, 2014. – 391 p.
- Tseluyko S. I.** About the future of philosophy. – Bulletin of the Russian Philosophical Society. – 2013. – No. 1. – P. 143–148.
- Zenkovsky V. V.** Psychology of childhood. – Ekaterinburg, 1995. – 346 p.

Принята редакцией: 11.10.2015