

ка, который организует пространство учения, помогает ученику увидеть смысл предметных действий и взять ответственность за собственный прогресс. Эта трансформация поддерживается культурой класса, где ошибки рассматриваются как ресурс учения, а не повод для санкций; где критериальная прозрачность, регулярная обратная связь и сотрудничество становятся нормой. В такой среде внешняя мотивация теряет жёстко контролирующий характер и перерабатывается в осознанную, а внутренняя подпитывается переживанием компетентности и важности учебной задачи. Тем самым формирующееся оценивание выступает системным фактором учебной мотивации и саморегуляции, а его приёмы – инструментарием педагогического сопровождения, позволяющим каждому ученику продвигаться вперёд в соответствии с собственными возможностями и образовательными целями.

Формирующее оценивание выступает механизмом развёртывания саморегуляции учащихся, поскольку переводит оценочную деятельность из режима фиксации результата в режим педагогического сопровождения учебного действия: через критериальную прозрачность, адресную обратную связь, самооценение и взаимооценение ученик получает ориентиры: «куда двигаться», «где он сейчас» и «как сократить разрыв», что запускает цикл планирования, мониторинга и рефлексии. В логике социально-когнитивного подхода саморегулируемого обучения, описанного в отечественных обзорах с опорой на триаду «личность – поведение – среда», формирующее оценивание создаёт условия для перехода от внешнего контроля к внутренним регуляторам, укрепляя чувство компетентности, автономии и ответственности за результат.

Практически это обеспечивается использованием ясных критериев и дескрипторов качества, предъявлением образцов и уровнями достижения, постапной постановкой целей «на языке ученика», а также систематической рефлексии по итогам каждого шага. Эффект поддерживается тем, что обратная связь адресует не личностные характеристики, а учебные действия и стратегии: она своеевременна, конкретна, посильна для применения, соотнесена с критериями, подталкивает к самостоятельному выбору средств улучшения. Именно такой формат доказательно связан с ростом метакогнитивных умений, устойчивостью внимания к задаче и развитием умений самоконтроля. Включение учащихся в оценочную деятельность через самооценение и взаимооценение формирует «оценочную компетентность»: умение соотносить собственный продукт с эталоном, выявлять разрыв и планировать «следующий шаг», что переводит учебную активность в режим осмыслиенного саморуководства. На уровне урока это реализуется циклом «выявление доказательств понимания – корректировка – новая проба»: «билеты на выход», диагностические вопросы высокого уровня, листы самопроверки, работа над типичными ошибками и распределение подсказок по степени поддержки позволяют своевременно перестраивать траекторию и закреплять успешные способы действия.

Библиографический список

1. Пинская М.А. *Формирующее оценивание: оценивание в классе*: учебное пособие. Москва: Логос, 2010.
2. Баланов А.Н. *Искусственный интеллект. Понимание, применение и перспективы*: учебник для вузов. Санкт-Петербург: Лань, 2025.
3. Ревинова С.Ю., Эбердыева М.М. *Информатика. Цифровая грамотность*: учебное пособие. Москва: РУДН, 2024.
4. Подымова Л.С., Сластенин В.А. *Педагогика*: учебник и практикум для вузов. Москва: Издательство Юрайт, 2023.
5. Загорулько Ю.А., Загорулько Г.Б. *Искусственный интеллект. Инженерия знаний*: учебное пособие для вузов. Москва: Издательство Юрайт, 2024.

References

1. Pinskaya M.A. *Formiruyuschee ocenivanie: ocenivanie v klasse*: uchebnoe posobie. Moskva: Logos, 2010.
2. Balanov A.N. *Iskusstvennyj intellekt. Ponimanie, primenie i perspektivi*: uchebnik dlya vuzov. Sankt-Peterburg: Lan', 2025.
3. Revinova S.Yu., 'Eeberdyeva M.M. *Informatika. Cifrovaya gramotnost'*: uchebnoe posobie. Moskva: RUDN, 2024.
4. Podymova L.S., Slastenin V.A. *Pedagogika*: uchebnik i praktikum dlya vuzov. Moskva: Izdatel'stvo Yurajt, 2023.
5. Zagorul'ko Yu.A., Zagorul'ko G.B. *Iskusstvennyj intellekt. Inzheneriya znanij*: uchebnoe posobie dlya vuzov. Moskva: Izdatel'stvo Yurajt, 2024.

Статья поступила в редакцию 14.10.25

УДК 378

Bataev Kh.M., Doctor of Sciences (Medicine), Professor, Head of Department of Faculty Therapy, A. A. Kadyrov Chechen State University (Grozny, Russia),
E-mail: hizir62@mail.ru

Borlakova Z.A., Cand. of Sciences (Pedagogy), senior teacher, Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, Internal Medicine, North Caucasus State Academy (Cherkessk, Russia), E-mail: borlakova82@bk.ru

Ganieva A.I., Cand. of Sciences (Medicine), senior lecturer, Department of Human Anatomy, Dagestan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Makhachkala, Russia), E-mail: aygumov84@list.ru

METHODS OF DEVELOPING CLINICAL THINKING IN MEDICAL STUDENTS. The article examines the theoretical, methodological, organizational, and pedagogical foundations for developing clinical thinking in medical students as a key metacompetence for future physicians. The article explores the structure of clinical thinking, including diagnostic, analytical, and prognostic components, as well as their development within the framework of cultural-activity-based and competency-based approaches. Particular attention is paid to modern pedagogical technologies—problem-based, context-based, and simulation-based learning, clinical case analysis, and case and interactive methods—that facilitate the transition from reproducible forms of knowledge acquisition to an activity-based research format. The article identifies methodological prerequisites for the effectiveness of this process, including the integration of theoretical and clinical training, interdepartmental collaboration, standardized assessment, and pedagogical support. The leading role of the teacher as a facilitator of clinical reasoning and a bearer of professional values is substantiated.

Key words: clinical reasoning, medical education, professional competence, digital environment

С методологической точки зрения мост между формирующим оцениванием и саморегулируемым обучением обеспечивается единым объектом – самоценкой: когда ученик регулярно соотносит свою работу с критериями и получает содержательную обратную связь, он осваивает процедуры целеполагания, планирования, самонаблюдения и самоисправления, то есть ключевые компоненты регуляции. Современные обзоры подчёркивают, что именно уровни обратной связи, направленные на процессы и саморегуляцию (а не только на содержание задания), дают наивысший вклад в продвижение: они укрепляют инициативу, готовность инвестировать усилия и способность создавать «внутреннюю обратную связь». В российской и зарубежной литературе накоплены данные о том, что систематическое применение стратегий формирующего оценивания (совместное уточнение целей и критериев, целенаправленные приёмы получения доказательств обучения, обучение приёмам самооценения) повышает зрелость регуляторных механизмов, снижает зависимость от внешних стимулов и способствует устойчивой учебной самостоятельности.

Получается, формирующее оценивание выступает системным фактором усиления учебной мотивации и развития саморегуляции, переводя оценочную деятельность из режима фиксации результата в режим педагогического сопровождения. Критериальная прозрачность, адресная содержательная обратная связь и включение учащихся в процедуры самооценения и взаимооценения укрепляют метакогнитивные умения, повышают осознанность целеполагания, планирования и самоконтроля, что в совокупности обеспечивает устойчивый рост образовательных результатов. Концептуальные и эмпирически подтверждённые положения исследований по формирующему оцениванию и эффективной обратной связи согласуются с полученными теоретическими выводами и указывают на необходимость приоритетного внимания к качеству обратной связи и участию учащегося в оценочной коммуникации.

Практическая значимость работы состоит в создании дидактических условий, обеспечивающих переход от внешней регуляции к внутренним регуляторам: совместное уточнение целей «на языке ученика», предъявление критериев и дескрипторов качества, регулярное получение доказательств обучения в ходе урока, адресные рекомендации по «следующему шагу». Рекомендуется институционализировать данные процедуры в образовательной организации через методическое сопровождение педагогов, обновление локальных актов по оценочной деятельности и разработку единых шаблонов обратной связи.

Таким образом, наши исследования позволили достичь поставленной цели, а их результаты подтвердили научную новизну работы. Перспективы дальнейших исследований видятся в уточнении механизмов влияния разных уровней обратной связи на компоненты саморегулируемого обучения, в сопоставлении предметно-специфических практик и в разработке валидных инструментов диагностики динамики регуляторных умений.

Х.М. Батаев, д-р мед. наук, проф., зав. каф. факультетской терапии, ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова», г. Грозный, Е-mail: hizir62@mail.ru
 З.А. Борлакова, канд. пед. наук, ст. преп., ФГБОУ ВО Северо-Кавказская государственная академия, г. Черкесск, Е-mail: borlakova82@bk.ru
 А.И. Ганиева, канд. мед. наук, доц., ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Махачкала, Е-mail: aygutov84@list.ru

МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ

В статье рассматриваются теоретико-методологические и организационно-педагогические основы формирования клинического мышления у студентов медицинских факультетов как ключевой метакомпетенции будущего врача. Раскрывается структура клинического мышления, включающая диагностический, аналитический и прогностический компоненты, а также их развитие в логике культурно-деятельностного и компетентностного подходов. Особое внимание уделено современным педагогическим технологиям – проблемно-ориентированному, контекстному и симуляционному обучению, анализу клинических ситуаций, кейсовым и интерактивным методам, обеспечивающим переход от репродуктивных форм усвоения знаний к деятельностно-исследовательскому формату. Определены методологические условия эффективности данного процесса, среди которых интеграция теоретической и клинической подготовки, межкафедральное взаимодействие, стандартизированное оценивание и педагогическое сопровождение. Обоснована ведущая роль преподавателя как фасилитатора клинического рассуждения и носителя профессиональных ценностей.

Ключевые слова: клиническое мышление, медицинское образование, профессиональная компетентность, цифровая среда

Актуальность исследования обусловлена противоречием между возросшими требованиями к готовности выпускников медицинских вузов принимать обоснованные клинические решения в условиях неопределенности и сохраняющейся доминантой репродуктивных, знаниевентрических форм обучения.

Цель исследования – теоретически обосновать и раскрыть совокупность методологических, дидактических и организационно-педагогических условий, обеспечивающих эффективное формирование клинического мышления у студентов медицинских факультетов.

Задачи исследования:

- обосновать сущность и структуру клинического мышления студентов-медиков как интегративной метакомпетенции;
- проанализировать и систематизировать современные педагогические технологии (проблемно-ориентированное, симуляционное, контекстное, кейсовые обучения), обеспечивающие развитие клинического мышления;
- выявить и описать методологические и организационные условия медицинского вуза, обеспечивающие устойчивое и воспроизводимое формирование клинического мышления.

Научная новизна исследования заключается в систематизации и комплексном обосновании методологических, педагогических и организационных условий формирования клинического мышления как интегративной метакомпетенции будущего врача.

Теоретическая значимость исследования заключается в уточнении понятийного аппарата и структурной организации клинического мышления как интегративной метакомпетенции, формирующейся на стыке когнитивных, операциональных и ценностно-смысовых компонентов профессиональной деятельности врача.

Практическая значимость исследования заключается в обосновании и систематизации педагогических условий и технологий, способствующих целенаправленному формированию клинического мышления у студентов медицинских факультетов.

Клиническое мышление выступает как интегративное когнитивно-личностное образование, включающее диагностический, прогностический и аналитический компоненты, которые, по Р.Г. Артамонову, обеспечивают «творческое решение вопросов диагностики, лечения и определения прогноза болезни на основе знания, опыта и врачебной интуиции» [1, с. 15]. В логике культурно-деятельностной парадигмы Л.С. Выготского и поэтапной теории формирования умственных действий П.Я. Гальперина эти компоненты развиваются через интериоризацию внешних профессиональных операций во «внутренний план», формируя операционно-эвристический уровень мышления будущего врача.

Психолого-педагогические исследования показывают, что рефлексивно-ценностный и компетентностный подходы являются методологической основой развития клинического мышления: так, Е.М. Вишнева и соавт. зафиксировали рост доли отличных оценок по разделу «Предварительный диагноз» с 30% до 46% после внедрения системного кейс-анализа и ежедневного тестирования, что свидетельствует об усилении метакогнитивной регуляции студентов. Дополняя эти данные, О.В. Иванчик и О.Г. Ганина уточняют дефиницию клинического мышления как процесса, объединяющего анализ биосоциального и духовного контекста болезни, что требует полисубъектного взаимодействия «студент – преподаватель – пациент».

Современные методы и педагогические технологии развития клинического мышления у студентов медицинских факультетов опираются на принцип опережающего моделирования профессиональной деятельности и переводят обучение из репродуктивного в деятельностно-исследовательский формат. Центральное место занимает проблемно-ориентированное обучение, при котором исходной дидактической единицей выступает клиническая ситуация, требующая формулирования диагностической гипотезы, выбора целесообразных лабораторно-инструментальных исследований и обоснования лечебной тактики; имен-

но этот подход, как показала К.М. Хасенова и другие исследователи, обеспечивает смещение акцента на самостоятельный анализ и тем самым ускоряет переход от наглядно-образного к клинико-логическому уровню мышления обучающихся. Важнейшим направлением модернизации является симуляционное (имитационное) обучение: специализированные центры и многоуровневые тренажёры, развивающиеся, в том числе в рамках российского общества, симуляционного обучения в медицине, позволяют воспроизводить типичные и редкие клинические сценарии, проводить инструктаж и последующий анализ действий, формируя устойчивые когнитивные схемы и снижая вероятность диагностических ошибок в реальной практике; эти технологии особенно эффективны при формировании прогностического компонента, поскольку дают возможность многократно отрабатывать выбор тактики при меняющихся исходных данных пациента.

По данным С.В. Пальянова и соавторов, систематическое включение таких задач в курс патофизиологии приводит к опережающему формированию синдромного и нозологического мышления и обеспечивает межпредметные связи с пропедевтикой и внутренними болезнями. Не менее значимы интерактивные формы – деловые и ролевые игры, разборы «кошмарных историй болезни», межпрофессиональные учебные занятия, которые активизируют коммуникативно-рефлексивный компонент клинического мышления и учат аргументировать врачебные решения в полисубъектной образовательной среде. Перспективным считается использование виртуальных пациентов и электронных образовательных сред, позволяющих индивидуализировать темп и траекторию освоения клинического материала: исследования С.И. Карабь и последующие публикации показывают, что такие цифровые модели создают безопасное пространство для принятия пробных решений и немедленной обратной связи, что особенно важно при ограниченном доступе студентов к реальные клиники.

Современные авторы – Е. М. Вишнева, М. Б. Болгучева и др. – подчёркивают необходимость сочетания активных методов с компетентностно-ориентированным оцениванием, включающим структурированное наблюдение, «портфель» клинических ситуаций и пошаговую экспертизу диагностических рассуждений; именно такая организационно-методическая связка превращает перечисленные технологии в целостную систему формирования клинического мышления и согласует её с профессиональными стандартами.

Особое место занимает контекстное обучение, при котором теоретический материал изначально предъявляется студенту в профессионально значимом клиническом контексте: разбор ведётся не в отвлечённой форме, а «привязан» к реальной или максимально приближённой к реальности врачебной ситуации, что фактически снимает традиционный разрыв между фундаментальными дисциплинами и клиникой и тем самым усиливает смысловую и профессиональную мотивацию обучающегося. В условиях ускоряющейся цифровизации медицинского образования всё более востребованным становится смешанное обучение: очная (аудиторная) работа со сложными, полиморбидными или диагностически неочевидными клиническими случаями дополняется продуманной самостоятельной деятельностью в электронных курсах, в том числе на платформах с автоматизированной проверкой клинико-диагностических решений и с фиксацией этапов рассуждения. При этом «обязательным дидактическим требованием становится включение этапов рефлексии и педагогического сопровождения (предварительный инструктаж, коллективное обсуждение допущенных ошибок, поэтапная фиксация алгоритма диагностического поиска, соотнесение результата с клиническими рекомендациями); в противном случае даже технологически совершенные модели обучения фактически сводятся к тренировке отдельных умений и не обеспечивают формирование целостного клинического мышления и устойчивой профессиональной картины болезни» [2, с. 55].

Методологические и организационные условия эффективного формирования клинического мышления у студентов медицинского вуза представляют собой иерархически связанную и внутренне согласованную систему, в которой исходным, определяющим уровнем выступает признание клинического мышления не

частным профессиональным умением (наподобие овладения отдельной манипуляцией или протоколом), а интегративной метакомпетенцией, формирующейся на стыке когнитивного, ценностно-смыслового и операционального уровней деятельности будущего врача и обеспечивающей переход от знания к клиническому решению. В методологическом плане решающими и концептуально оправданными являются компетентностный, деятельностный, контекстный и аксиологический подходы, поскольку именно их сочетание позволяет перенести акцент с простой трансляции разрозненных медицинских знаний на их целенаправленное включение в решение типовых, а также усложненных, междисциплинарных и нетипичных клинических задач, требующих выбора диагностической стратегии, обоснования тактики лечения и соотнесения её с этическими и профессиональными нормами [3, с. 12].

Через призму деятельностного подхода клиническое мышление трактуется как особая форма профессионального рассуждения врача, развивающаяся именно в условиях проблемной, неполной и зачастую противоречивой клинической ситуации; следовательно, первое и принципиальное методологическое условие организации обучения состоит в том, чтобы целеполагание задавалось не в категориях «изучить тему», «освоить раздел» или «повторить материал», а в категориях решения профессиональной (клинической) задачи с конкретным пациентом. Иначе говоря, исходной точкой конструирования учебного процесса должна быть модель профессионального действия, а не перечень теоретических сведений. Это, в свою очередь, требует, чтобы все дисциплины клинико-биологического и патофизиологического блоков изначально проектировались в логике клинико-ориентированной интеграции: даже такая, на первый взгляд, фундаментальная тема, как строение органа, его метаболические пути или фармакодинамика лекарственного средства, должна завершаться ситуационной (квазиклинической) задачей, в которой обучающийся сопоставляет наблюдаемый симптомокомплекс с вероятным нозологическим вариантом, отбирает адекватный диагностический алгоритм (лабораторный, инструментальный, дифференциально-диагностический), а также обозначает возможные риски и осложнения. Если этого связующего шага нет, формируется именно тот разрыв между фундаментальными и клиническими знаниями, на который указывает В. П. Андронов: теоретические сведения оказываются «висящими» и не трансформируются в профессиональное клиническое суждение, а у студента закрепляется представление о клинике как о сфере, начинающейся «потом», после базовой подготовки, что методически неверно и снижает эффективность последующей клинической практики.

Вторым методологическим условием выступает опора на контекстное обучение (в трактовке А.А. Вербицкого), то есть такое построение образовательного процесса, при котором студент не просто знакомится с теоретическими конструктами клинической диагностики, но изначально действует внутри моделируемого профессионального контекста, «примеряя» на себя позицию врача. Это достигается через работу с учебными клиническими случаями, разыгрывание симуляционных сценариев, поэтапный анализ реальных или учебных историй болезни, проблемные коллоквиумы и клинико-патофизиологические разборы, где требуется не воспроизвести тему, а обосновать клиническое решение. «Именно контекстность, а не набор задач «на симптомы», обеспечивает интериоризацию не только самого алгоритма диагностического поиска (выделение ведущего синдрома, формирование диагностической гипотезы, её проверка, выбор подтверждающих методов), но и ценностно-этических регуляторов врачебного решения – принятия во внимание безопасности пациента, медицинской деонтологии, соблюдения права больного, рациональности назначения исследований» [4, с. 126].

При этом такой контекст не может быть эпизодическим или вспомогательным, он разворачивается по вертикали всего курса и становится всё более сложным: от простых, относительно «чистых» моносиндромных ситуаций на младших курсах (лихорадка, абдоминальный болевой синдром, синдром интоксикации), где отрабатываются базовые диагностические шаги, к полиморбидным, диагностически конфликтным и клинико-этическим случаям на старших курсах, когда требуется учет сочетание нескольких заболеваний, возрастные и социальные факторы, лекарственные взаимодействия, а иногда и ограничения по проведению инвазивных методов. В исследованиях, посвященных формированию клинического мышления у студентов медицинских вузов, показано, что именно такая «вертикальная контекстуализация» обеспечивает перенос знаний из фундаментального уровня в практико-ориентированный, препятствует фрагментации клинических представлений и формирует у будущего врача готовность рассуждать в условиях неопределенности и неполноты данных, а не только решать типовые учебные задачи.

Третье методологическое условие связано с принятием системно-синергетической логики построения образовательного процесса: клиническое мышление в реальной врачебной практике формируется не по прямой, линейной траектории «от темы к теме», а через последовательные «сгущения» и наслаждения опыта, когда обучающийся многократно возвращается к одному и тому же симпту, синдрому или клиническому сюжету, но каждый раз – в новом дисциплинарном поле и при измененном уровне сложности задачи. Такой циклический, самоусиливающийся режим обучения, на который указывают разработки системно-синергетического и постнеклассического подхода в педагогике, создает условия для самоорганизации профессионального знания и появления устойчивых структур клинического рассуждения.

Практически это означает, что одно и то же клиническое содержание (например, одышка, абдоминальный болевой синдром, лихорадка неясного генеза) должно целенаправленно «прокручиваться» через разные учебные среды: на этапе патофизиологии – как модель нарушения функции, на пропедевтике – как предмет клинического осмотра и составления синдромологической формулы, на кафедрах внутренних болезней и хирургии – как ситуация выбора диагностического и лечебного алгоритма с учётом коморбидности и факторов риска; дополнительно тот же случай разыгрывается в симуляционном центре или на тренинге командных действий. Повторяемость при возрастании контекста создаёт эффект кумулятивного профессионального понимания: студент не просто «узнаёт» симптом, а помогает его в всём более сложные клинико-патогенетические связи и начинает оперировать не единичным признаком, а конфигурацией признаков.

Организационные условия, обеспечивающие реализацию указанных методологических положений, должны быть не только описаны в методических рекомендациях кафедр, но и институционально закреплены в самой образовательной программе и локальных нормативных актах вуза, чтобы клинико-ориентированная логика не зависела от энтузиазма отдельных преподавателей. Прежде всего необходимо ранняя клиникоориентированность учебного плана: уже на 1–2 курсах параллельно изучению нормальной анатомии, физиологии и биохимии студент должен регулярно сталкиваться с упрощёнными, структурированными клиническими задачами, мини-кейсами по типу «симптом – синдром – нозологическая гипотеза», а также с элементами контактной работы с «пациентом», в том числе с использованием имитированных пациентов, виртуальных сценариев, цифровых симуляторов анамнеза. В противном случае к началу профильных клинических дисциплин у обучающегося не формируется так называемый клинический тип наблюдательности и диагностической настороженности (фиксирование нетипичных признаков, умение сопоставлять жалобы и объективный статус, чувствительность к факторам риска), о дефиците которых пишут Е. В. Плащевая и ряд практиков медицинского образования; такой дефицит потом приходится компенсировать за счёт увеличения нагрузки на клинических кафедрах, что не всегда возможно в условиях ограниченного фонда часов и клинических баз.

Следующее ключевое условие – наличие устойчивой, постоянно функционирующей симуляционно-тренировкой инфраструктуры. Федеральные и ведомственные документы по симуляционному обучению подчёркивают, что только многоуровневая система тренажёров – от простейших фантомов и процедурных манекенов до высокореалистичных сценариев с видеoreгистрацией, объективным структурированным клиническим экзаменом и последующим поэтапным разбором – создаёт по-настоящему безопасную учебную среду. В такой среде можно отрабатывать именно диагностическое рассуждение и принятие клинического решения без риска для пациента, со свободой повторения действий и с возможностью варьировать сложность клинической ситуации. Кроме того, стандартизованные симуляционные сценарии позволяют унифицировать и сами задания, и критерии оценивания, что резко повышает объективность контроля, избавляет от субъективного фактора и даёт администрации вуза прозрачные данные о сформированности клинического мышления у конкретных групп.

Необходимо, чтобы работа в симуляционном центре была не эпизодической и «по записи», а встроенной в официальное расписание и имела жёсткую методическую связку с темами клинических и профильных кафедр: сценарий симуляции должен продолжать, конкретизировать или операционизировать то, что студент только что получил на лекции или практическом занятии. Если симуляция выносится на факультативный уровень или проводится нерегулярно, она воспринимается студентами как дополнительная практика, а не как обязательный этап формирования клинического мышления; в таком случае теряется её диагностическая функция, и вуз не получает достоверного представления о том, на каком именно шаге (обзор анамнеза, интерпретация данных, выбор тактики) у обучающегося возникает ошибка. Встроенность в расписание, межкафедральная координация, единая база сценариев и единый пакет оценочных листов – вот те организационные параметры, которые превращают симуляцию из «интересной технологии» в работающий механизм поэтапного формирования, мониторинга и коррекции клинического мышления будущего врача.

Не менее значимым организационным условием является устойчивая межкафедральная интеграция и координация требований к обучающимся, поскольку клиническое мышление, по справедливому замечанию авторов диссертационных и прикладных исследований по военному, сестринскому и терапевтическому медицинскому образованию, не может формироваться в «точечном» режиме на одной, пусть даже очень методически оснащённой кафедре, если смежные кафедры продолжают опираться преимущественно на репродуктивные формы контроля и разнесённые по времени зачёты. В этой ситуации у студента закрепляется фрагментарная учебная стратегия: он осваивает элементы диагностического рассуждения там, где это требуют, но не переносит их в другие дисциплины, где по-прежнему оценивают в основном объём запомненной информации, – именно на это указывают работы по междисциплинарной интеграции в медицинских вузах. Поэтому необходимы специально конструируемые единые междисциплинарные модульные блоки (часто на 2–3 кафедры), в конце которых студент выполняет комплексную клиническую задачу, включающую анализ жалоб и анамнестических данных, формулирование предварительного клинического диагноза или синдромального заключения, обоснование перечня первоочередных лабораторно-инструментальных исследований и выбор дальнейшей лечебно-диагностической стратегии.

агностической тактики с учётом стандартов и клинических рекомендаций; при этом оценка выполняется несколькими преподавателями из разных кафедр по заранее согласованым диагностико-критериальным шкалам, что повышает объективность и сопоставимость результатов. Использование подобных согласованных шкал и сценариев проверки находится в русле отечественных публикаций об объективном структурированном клиническом экзамене и критериальной оценке клинических компетенций будущих врачей.

Важнейшим организационным механизмом, обеспечивающим прозрачность и управляемость этого процесса, выступает модульно-рейтинговая система: она позволяет не только фиксировать факт выполнения итоговой комплексной задачи, но и отслеживать динамику сформированности отдельных компонентов клинического мышления – наблюдательности (полнота и точность сбора данных), аналитичности (способность вычленить ведущий синдром и провести дифференциальное сопоставление), прогностичности (умение предвидеть возможные осложнения, риски и потребность в дообследовании) и рефлексивности (осмысливание допущенных ошибок и их причин). На основе накопленного рейтинга преподавательский коллектив получает возможность своевременно включать коррекционные и восстановительные задания, возвращаться к «пропавленным» этапам диагностического поиска, усиливать практико-ориентированный компонент за счёт симуляционных и ситуационных задач, что в итоге снижает разрыв между «бумажным» усвоением материала и реальным клиническим действием. Аналогичная логика описывается и в работах по практико-ориентированному и деятельности обучению в медицинских вузах, где подчёркивается, что только при сквозной координации модулей со стороны нескольких кафедр удаётся выстроить непрерывную линию от теоретического материала к профессиональному клиническому решению [5, с. 5].

Отдельную группу условий образуют кадрово-методические и рефлексивно-сопровождающие компоненты, без которых сама по себе предметная и межкафедральная интеграция не приводит к устойчивому развитию клинического мышления. Формирование клинического мышления принципиально невозможно без преподавателя, владеющего технологиями проблемного обучения, ситуационного анализа, симуляционного и сценарного разборов клинических случаев, а также приёмами поэтапного «распределения» клинической информации для студента. Поэтому в медицинском вузе должна действовать внутренняя, регулярно обновляемая система повышения квалификации преподавателей, в рамках которой педагог осваивает не только новые технические средства (симуляционные манекены, виртуальные клиники, платформы для решения ситуационных задач), но и методические приёмы фасилитации клинического рассуждения, ведения аналитической и диагностической дискуссии, организации взаимного и взаимодополнительного оценивания студентов в малых группах. Именно на это указывают исследования, фиксирующие, что качество клинического мышления напрямую коррелирует с тем, насколько преподаватель демонстрирует собственную рефлексивную позицию и делает явной логику перехода «симптом – синдром – диагноз – прогноз – профилактика».

Работы О.Н. Моисеевой и ряда авторов, анализирующих подготовку будущего врача в контексте когнитивного и деятельностиного подходов, показывают, что именно рефлексивная позиция преподавателя (проговаривание хода диагностического поиска, фиксация точек неопределённости, комментирование ошибок

и неполных решений) позволяет студенту не только увидеть внутреннюю структуру профессионального рассуждения, но и воспроизводить её в новых, более сложных клинических задачах, то есть переносить способ действия, а не заучивать частный ответ. В противном случае работа с клиническими ситуационными задачами превращается в «угадывание диагноза» или в репродукцию готовых алгоритмов без понимания их оснований.

Также к организационным условиям следует отнести создание в вузе особой, целенаправленно сконструированной образовательной среды, которая не только обеспечивает выполнение учебного плана, но и постоянно стимулирует профессиональное самоопределение, ценностное отношение к клинической деятельности и учебно-исследовательскую активность студентов именно в клинической сфере. Речь идёт не о разовых мероприятиях, а о системе: действующие при клинических кафедрах студенческие научные кружки, регулярные студенческие конференции по разбору сложных и диагностически нетипичных случаев, участие в межвузовских олимпиадах по внутренним болезням, педиатрии, хирургии, скорой и неотложной медицинской помощи, конкурсах клинических ситуационных задач. В этих форматах студент получает опыт публичной аргументации собственного клинического решения перед экспертами и сверстниками, осваивает профессиональный язык описания случая, учится обосновывать выбор диагностического маршрута и тактики лечения, а значит, укрепляет рефлексивный и коммуникативно-аналитический компоненты клинического мышления. Именно такой эффект кружковой и конференционной деятельности фиксируется в исследованиях, посвящённых роли студенческих научных объединений и кружков в профессиональном становлении будущих врачей: систематическое участие повышает уверенность в выбранной специальности, формирует установку на постоянное самообразование и расширяет представление студента о реальном спектре клинических проблем.

Таким образом, клиническое мышление следует рассматривать как ключевую метакомпетенцию будущего врача, обеспечивающую не только правильность диагностических и прогностических суждений, но и ценностно обоснованный выбор лечебной тактики. Показано, что его развитие невозможно в условиях преобладания репродуктивного обучения: требуются проблемно-ориентированные, контекстные, симуляционные и кейсовые технологии, организующие деятельность студента в формате профессионального рассуждения и рефлексии. Эффективность этих технологий определяется не только их отдельным использованием, сколько встраиванием в клинико-ориентированную образовательную среду, где обеспечены межкафедральная интеграция, ранний выход в клинический контекст, стандартизированное оценивание (включая объективный структурированный клинический экзамен) и постоянное педагогическое сопровождение. Ведущая роль в этом процессе принадлежит преподавателю как модератору клинического мышления и носителю профессиональных образцов. Следовательно, стратегическая задача медицинского вуза состоит в целенаправленном проектировании такой дидактической системы, в которой формирование клинического мышления станет не побочным эффектом практических занятий, а осознанной целью и критерием качества подготовки врача.

Целевой аудиторией статьи являются преподаватели клинических и доклинических кафедр медицинских вузов, методисты и руководители образовательных программ, организаторы симуляционных центров, а также исследователи в области педагогики профессионального медицинского образования.

Библиографический список

1. Артамонов Р.Г. Алгоритмы клинической диагностики. *Медицинский научный и учебно-методический журнал*. 2002; № 11: 7–20.
2. Байдаров А.А., Вронский А.С., Лазарьков П.В., Асташина Н.Б., Шамарина А.М. Симуляционное обучение в медицине: прошлое, настоящее и будущее. *Пермский медицинский журнал*. 2023; Т. 40, № 6: 53–60.
3. Сабитова Н.Г., Базыгутдинова А.А., Трофимов Н.А. Перспективы дальнейшего развития инновационных методов обучения в медицинском вузе. *Дневник науки*. 2025; № 9: 1–14.
4. Вербickij A.A. *Aktivnoe obuchenie v vysshej shkole: kontekstnyj podhod*. Москва: Высшая школа, 1991.
5. Пальянов С.В., Гетман Н.А., Корпачева О.В. Формирование клинического мышления обучающихся патофизиологии (базовый курс) с помощью ситуационных задач. *Современные проблемы науки и образования*. 2023; № 4: 1–8.

References

1. Artamonov R.G. Algoritmy klinicheskoy diagnostiki. *Medicinskij nauchnyj i uchebno-metodicheskij zhurnal*. 2002; № 11: 7–20.
2. Bajdarov A.A., Vronskij A.S., Lazar'kov P.V., Astashina N.B., Shamarina A.M. Simulyacionnoe obuchenie v medicine: proshloe, nastoyaschee i buduschee. *Permskij medicinskij zhurnal*. 2023; Т. 40, № 6: 53–60.
3. Sabitova N.G., Bazygutdinova A.A., Trofimov N.A. Perspektivy dal'nejshego razvitiya innovacionnyh metodov obucheniya v medicinskem vuze. *Dnevnik nauki*. 2025; № 9: 1-14.
4. Verbickij A.A. *Aktivnoe obuchenie v vysshej shkole: kontekstnyj podhod*. Moskva: Vysshaya shkola, 1991.
5. Pal'yanov S.V., Getman N.A., Korpacheva O.V. Formirovaniye klinicheskogo myshleniya obuchayushchihysya patofiziologii (bazovyj kurs) s pomosch'yu situacionnyh zadach. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2023; № 4: 1–8.

Статья поступила в редакцию 02.11.25

УДК 378

Minazova V.M., Cand. of Sciences (Pedagogy), senior lecturer, Department of Pedagogy and Psychology, A.A. Kadyrov Chechen State University (Grozny, Russia), E-mail: veneraminazova@mail.ru

Zhulina G.N., Cand. of Sciences (Psychology), senior lecturer, Department of Developmental Psychology, Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University (Rostov-on-Don, Russia), E-mail: gnzzhulina@sfedu.ru

Bostanova S.N., Cand. of Sciences (Psychology), Senior Lecturer, Head of Department of General and Educational Psychology, U.D. Aliyev Karachay-Cherkess State University (Karachayevsk, Russia), E-mail: Bostanova14@mail.ru